

**EVALUACIÓN DEL MODELO DE HUMANIZACIÓN DE UNA
UNIDAD DE HOSPITALIZACIÓN PSIQUIÁTRICA DE
ASTURIAS**

Alma Arias Ramón

Susana María González Conesa

María Zapico Fernández

Lucía Cortés Martínez

Carmen Fábregas Pisonero

ENFERMERÍA ESPECIALISTA DE SALUD MENTAL

**UNIDAD DOCENTE MULTIPROFESIONAL DE SALUD
MENTAL DEL PRINCIPADO DE ASTURIAS**

ÍNDICE

RESUMEN Y PALABRAS CLAVE	3
1. INTRODUCCIÓN	5
2. MÉTODO Y PROCEDIMIENTO	11
2.1. TIPO DE ESTUDIO.....	11
2.2. ÁMBITO DE ESTUDIO.....	11
2.3. POBLACIÓN Y MUESTRA.....	14
2.4. MEDICIONES.....	16
2.5. PROCEDIMIENTO DE RECOGIDA DE DATOS.....	18
2.6. ANÁLISIS DE DATOS.....	19
3. RESULTADOS	21
3.1. VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS.....	21
3.2. VARIABLES CLÍNICAS.....	21
3.3. VARIABLES DE RESULTADOS.....	22
3.4. CUESTIONARIOS.....	24
3.5. RELACIÓN ENTRE EL DIAGNÓSTICO Y LOS RESULTADOS CLÍNICOS.....	28
4. DISCUSIÓN	30
5. CONCLUSIONES	36
6. BIBLIOGRAFÍA	38
7. AGRADECIMIENTOS	41
8. ANEXOS	42
8.1 TABLAS.....	42
8.2 FIGURAS.....	47
8.3 CUESTIONARIOS.....	50
GAD-7: Escala de Ansiedad Generalizada.....	50
PSYQUEST: Satisfacción con los ingresos psiquiátricos.....	52
MARS-12: Evaluación de la Recuperación.....	56
8.4 HOJA DE RECOGIDA DE DATOS.....	59
8.5 MANUAL DE INSTRUCCIONES.....	61
8.6 CARTA DE PRESENTACIÓN.....	62
8.7 CONSENTIMIENTO INFORMADO.....	65

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Características de las variables sociodemográficas según unidad hospitalaria.....	42
Tabla 2. Distribución de diagnósticos clínicos según unidad hospitalaria.....	43
Tabla 3. Procedencia de los pacientes según unidad hospitalaria.....	44
Tabla 4: Medidas de satisfacción de los pacientes hospitalizados en psiquiatría.....	45

ÍNDICE DE FIGURAS

Gráfico 1. Gráfico de cajas y bigotes de la media de edad en las unidades estudiadas.....	47
Gráfico 2. Puntuación total por dimensiones y unidades del cuestionario PSYQUEST (Rango 0-25).....	48
Gráfico 3. Puntuación media por unidades e ítem del cuestionario PSYQUEST.....	49
Gráfico 4. Puntuación media por unidad con medidas, grupo control y dimensiones del cuestionario PSYQUEST. Se observan diferencias significativas entre unidades.....	50

RESUMEN Y PALABRAS CLAVE

La humanización de la atención en las unidades de hospitalización psiquiátrica es un elemento clave para mejorar la experiencia del paciente, su bienestar emocional y su proceso de recuperación. Sin embargo, su implementación es desigual entre dispositivos asistenciales. El objetivo del estudio es evaluar el impacto de las medidas de humanización sobre la satisfacción, la recuperación y los niveles de ansiedad en pacientes hospitalizados, comparando una unidad con estas medidas frente a otras sin ellas.

Se trata de un estudio cuantitativo, analítico y cuasi-experimental sin asignación aleatoria, realizado en tres unidades de hospitalización psiquiátrica del Principado de Asturias. La muestra estuvo compuesta por 153 pacientes. Se emplearon los cuestionarios PSYQUEST (satisfacción), MARS-12 (recuperación) y GAD-7 (ansiedad).

Resultados: La edad media fue de 47 años, con distribución equilibrada por sexo y nivel educativo. La unidad con medidas de humanización obtuvo puntuaciones más elevadas en la satisfacción con el personal de la unidad pero no se observaron diferencias estadísticamente significativas entre grupos ($p=0,055$), con una media de 23,37 y con los servicios de la unidad (media 22,44), siendo esta última estadísticamente significativa. La mayoría mostró niveles bajos o leves de ansiedad, sin diferencias entre unidades. No se observaron diferencias significativas en la duración del ingreso ni en la contención mecánica, aunque sí en la contención química.

Conclusión: Las medidas de humanización mejoran la percepción de la atención, especialmente en aspectos relacionados con el entorno y los servicios, aunque su impacto en variables clínicas es limitado.

Palabras clave: Humanización, Hospitalización psiquiátrica, Satisfacción del paciente, Recuperación, Ansiedad, Enfermería en salud mental.

Keywords: Humanization, Psychiatric hospitalization, Patient satisfaction, Recovery, Anxiety, Mental health nursing.

1. INTRODUCCIÓN

La hospitalización psiquiátrica es un procedimiento complejo el cual se basa en el ingreso de pacientes con trastornos mentales graves en entornos controlados para poder llevar a cabo un tratamiento de dicha alteración. Sin embargo, esta experiencia suele ir acompañada de dificultades psicológicas relacionadas con el ambiente hospitalario, como el aislamiento, la despersonalización y la falta de atención a las necesidades emocionales del paciente (1,2). En España, diversos estudios han resaltado cómo estas condiciones afectan negativamente a los pacientes, especialmente en su bienestar y recuperación, aumentando la ansiedad en muchos casos y el sentimiento de vulnerabilidad (3,4).

En respuesta a este problema, se han formulado diversas respuestas, entre ellas se hace especial mención a la humanización de la atención psiquiátrica. Este enfoque pone el énfasis en la dignidad, la autonomía y el bienestar integral del paciente, abarcando no sólo los aspectos clínicos, sino también los emocionales y sociales (5,6). Se trata de superar la visión biomédica tradicional, promoviendo una atención basada en la empatía, el respeto y la participación activa del paciente en su propio proceso terapéutico (7).

El déficit en la humanización se manifiesta en hospitales que son percibidos como fríos y despersonalizados, donde el trato puede ser distante y el enfoque se limita a lo médico, dejando de lado el bienestar psicológico y social de las personas atendidas (8,9). Esta falta repercute directamente en la relación terapéutica, dificultando la confianza y colaboración indispensables para una recuperación efectiva (10).

En nuestro país, la literatura reciente ha subrayado la necesidad de reformas que promuevan un modelo de atención respetuoso con los derechos humanos y que favorezca la calidad de vida de quienes se encuentran internados (11). Se destaca también la importancia de políticas

públicas que impulsen la formación del personal sanitario en competencias emocionales y estrategias de humanización (12).

El marco teórico actual sobre humanización sostiene que el cuidado debe centrarse en la persona y no exclusivamente en la enfermedad. Esto implica crear ambientes seguros y acogedores en los que el paciente pueda conservar un grado de autonomía durante su estancia hospitalaria, siendo tratado con dignidad y respeto (3,13).

En los últimos años se ha impulsado a través de Organismos internacionales, como la Organización Mundial de la Salud (OMS), la adopción de modelos de atención centrados en la persona, promoviendo estrategias para humanizar las unidades de hospitalización psiquiátrica. Estas integran la mejora del entorno físico, la capacitación del personal a través de la formación y la participación activa de los pacientes (14,15).

No obstante, siguen persistiendo importantes barreras que dificultan la instauración efectiva de las medidas que promueven la humanización, como la sobrecarga laboral, la limitación de recursos y la estigmatización social asociada a los trastornos mentales (7,16). Además, la evidencia científica señala que el entorno físico hospitalario influye de manera decisiva en la experiencia del paciente. Ambientes más cálidos y personalizados se asocian con menores niveles de estrés, una mejor adherencia al tratamiento y una mayor satisfacción general (1,9).

En la literatura española, estudios recientes han evaluado programas específicos de humanización en unidades de hospitalización psiquiátrica, evidenciando mejoras en la calidad de vida de los pacientes y en la percepción que tienen los profesionales sobre su práctica clínica (6,7,11). Estos programas contemplan la formación del personal, el rediseño de los espacios hospitalarios y el fomento de la participación activa de los pacientes.

La justificación de este trabajo radica en evaluar la necesidad de incorporar medidas de humanización en la atención psiquiátrica hospitalaria, a tenor del creciente respaldo científico que demostraría su impacto positivo en la salud mental y el bienestar global de los pacientes. Este enfoque permitiría superar modelos tradicionales centrados exclusivamente en el tratamiento farmacológico, favoreciendo cuidados integrales y respetuosos que pueden mejorar tanto los resultados clínicos como la satisfacción del paciente ([11,17](#)).

La unidad de hospitalización psiquiátrica de Langreo ha implementado, desde finales de 2024, un conjunto de medidas estructuradas orientadas a la humanización de la atención en salud mental. Estas intervenciones incluyen permitir el uso de dispositivos electrónicos (como teléfonos y tabletas), la ampliación del horario de visitas, el mantenimiento de la puerta de la unidad en régimen abierto y la implementación de una sala de confort sensorial.

Respecto al uso de estos dispositivos está permitido de forma libre durante el horario diurno, favoreciendo el contacto del paciente con su entorno social y familiar y contribuyendo a la normalización de la experiencia de hospitalización. Con el objetivo de preservar el descanso nocturno y el adecuado funcionamiento de la unidad, su utilización puede restringirse entre las 22:00 y las 09:00 horas cuando interfiera con el ocio nocturno o el descanso. Cualquier limitación debe estar clínicamente justificada y reflejada en las órdenes no farmacológicas, garantizando un uso proporcional de las restricciones.

En relación con la política de visitas, la unidad adopta un modelo flexible, con un horario ininterrumpido desde las 13:00 hasta las 20:00 horas. Las visitas se realizan de manera individual, permitiéndose intercambios entre familiares o allegados. De forma excepcional, y siempre que exista solicitud familiar, estabilidad clínica y autorización del psiquiatra responsable, puede valorarse la concesión de un pase permanente.

Otra medida de humanización es el modelo de control de accesos a la unidad. Mientras que en muchas unidades de hospitalización psiquiátrica la puerta de entrada permanece cerrada con llave y su apertura depende del personal sanitario, la unidad de Langreo adopta un modelo de “puerta abierta”, mediante una puerta automática acristalada que permite la entrada y salida sin sistemas de autorización continua. El funcionamiento de esta puerta puede ser modificado desde el control de enfermería en caso de necesidad, permitiendo su configuración en distintos modos, como acceso exclusivo de entrada o de salida.

Asimismo, se han reformado los espacios comunes, especialmente la sala de ocio y descanso, configurada como un entorno diferenciado de las áreas clínicas. Este espacio ha sido diseñado para ser tranquilo, seguro, funcional, acogedor y accesible, facilitando la socialización y la realización de actividades recreativas y terapéuticas. La sala presenta una distribución abierta y espaciosa que facilita la movilidad y permite una supervisión discreta por parte del personal, garantizando la seguridad sin interferir de forma constante en las actividades de los pacientes.

Finalmente, como última medida la unidad dispone de una sala de confort sensorial, diseñada como un espacio destinado a la relajación física y emocional. Esta sala integra zonas de descanso, modulación sensorial y recursos de realidad virtual . Siendo útil para poder realizar técnicas de respiración y relajación guiada como estrategias no invasivas para reducir la ansiedad y la hiperactividad.

En relación con la política de visitas, la unidad contaba inicialmente con un régimen estructurado de una hora diaria en el caso de Avilés y de una hora y media en el caso de Oviedo. Posteriormente, tras la indicación de la dirección del SESPA en diciembre de 2025, este horario fue ampliado, estableciéndose una franja de visitas comprendida entre las 12:00 y las 20:00 horas en Avilés y entre las 14:00 y las 20:00 horas en Oviedo. No obstante, a pesar

de esta ampliación horaria, se mantiene la restricción de un único periodo de visita diario, con una duración máxima de dos horas por parte de los familiares.

En el caso de Avilés, mayoritariamente, no se contemplan visitas fuera de la propia unidad de hospitalización, excepto casos muy puntuales, como son pacientes con hijos menores donde la visita se realiza fuera de la unidad bajo supervisión del personal. Sin embargo en Oviedo esto sí está permitido, donde dependiendo de la situación de cada paciente el tiempo de permiso varía.

En cuanto al control de accesos, la unidad no dispone de un modelo de “puerta abierta”. El acceso se mantiene controlado por parte del personal sanitario tanto para el acceso de la unidad como para la salida.

La unidad tampoco dispone de una sala de confort sensorial ni de espacios específicos destinados a la modulación sensorial, si fuese necesario realizar estrategias no invasivas para reducir la ansiedad y la hiperactividad estas se llevarían a cabo en la habitación del paciente .

En conjunto, estas unidades de hospitalización psiquiátricas no integran de forma estructurada medidas específicas de humanización de la atención.

Teniendo en cuenta la relevancia de las medidas de humanización de cara a la mejora en la calidad de la atención a los pacientes nos encontramos ante un escenario de interés para el presente estudio, ya que permite analizar y comparar diferentes modelos de atención en hospitalización psiquiátrica. En este sentido, la evaluación de la unidad de Langreo con relación a las de Oviedo y Avilés facilita el contraste entre enfoques asistenciales con distinto grado de implementación de prácticas humanizadoras, contribuyendo a una mejor comprensión de su impacto en la experiencia del paciente y en el proceso terapéutico. Por este motivo se plantea desarrollar un trabajo de investigación con los siguientes objetivos:

Objetivo general

Evaluar el impacto de las medidas de humanización en una unidad de hospitalización de salud mental sobre los resultados percibidos por los pacientes, mediante la aplicación de cuestionarios estandarizados, analizando la satisfacción con la atención recibida, los niveles de recuperación y los niveles de ansiedad.

Objetivos específicos

1. Describir las características sociodemográficas y clínicas de la muestra incluida en el estudio, así como la distribución de las principales variables analizadas.
2. Explorar los niveles de satisfacción de los pacientes en sus distintas dimensiones.
3. Explorar la relación entre las variables sociodemográficas y los niveles de recuperación y ansiedad de los pacientes.
4. Comparar los niveles de satisfacción, recuperación y ansiedad entre las diferentes unidades de hospitalización, identificando posibles diferencias en función del tipo de unidad (con medidas de intervención respecto a las que no tienen).
5. Identificar si las variables clínicas y sociodemográficas influyen en los resultados del estudio en los niveles de satisfacción, recuperación y ansiedad.

2. MÉTODO Y PROCEDIMIENTO

2.1. TIPO DE ESTUDIO

Se ha llevado a cabo un estudio de tipo cuantitativo, analítico y cuasi-experimental sin asignación aleatoria de los sujetos de estudio y con la definición de dos unidades asistenciales como control.

2.2. ÁMBITO DE ESTUDIO

Se ha realizado en las unidades de hospitalización de agudos de psiquiatría de los hospitales del Principado de Asturias: Hospital San Agustín (área III), Hospital Universitario Central de Asturias (área IV), Hospital Valle del Nalón (área VIII).

Estas áreas disponen de todos los niveles de atención y especialidades médicas.

Población a la que asisten:

- Área III: 141.794 personas
- Área IV: 329.459 personas
- Área VIII: 68.121 personas

En concreto, la red asistencial de salud mental comprende diferentes dispositivos que se distribuyen entre la atención hospitalaria y la comunitaria. Cada uno de ellos atiende a una población específica, en función del estado personal, la patología, la gravedad, las necesidades individuales en el momento concreto, el apoyo del cuidador y los objetivos de salud de la persona.

En caso de fase aguda, se identifican dispositivos de internamiento hospitalario, como las unidades de hospitalización de agudos de adultos de estas áreas. A continuación describiremos las características de las tres unidades.

2.2.1. Unidad de hospitalización área III

Se trata de una unidad cerrada, mediante una puerta que se abre con timbre, las personas ingresadas sólo pueden salir, si están acompañadas y si es por indicación médica.

Consta de siete habitaciones dobles con aseo propio. Dos de ellas son individuales y tienen una ventana de visualización constante y directa con el control de enfermería.

La unidad, dispone de una sala común, un pasillo, un comedor, sala de psicomotricidad, dos almacenes. En esta unidad, no está permitido fumar, ni existe posibilidad de salida a una zona exterior como, por ejemplo, una terraza.

Actualmente, existen cámaras de video vigilancia en las puertas de la unidad exclusivamente que permiten la visualización de imágenes, pero no la grabación.

Las zonas de trabajo de los profesionales son: un control de enfermería abierto, con una puerta que se cierra, un área clínica compartida entre todos los profesionales, un baño, un office sucio cerrado, donde se guarda el material de limpieza y los enseres de los pacientes. Contiguo a la unidad de hospitalización se encuentran tres despachos para los adjuntos de psiquiatría, otro para la dirección de salud mental y un despacho de información de familiares.

2.2.2. Unidad de hospitalización área IV

Se trata también de una unidad cerrada, con acceso mediante una puerta que se abre con timbre. Las personas ingresadas sólo pueden salir si están acompañadas o si es por indicación médica.

Consta de dos partes divididas por una puerta, en el lado más grande se encuentran 14 habitaciones, cuatro de ellas son individuales y tienen una ventana de visualización constante, siendo las 10 restantes dobles. En el lado opuesto del pasillo se encuentran 5 habitaciones

adicionales, entre las cuales dos de ellas actúan como habitación individual aunque con la posibilidad de añadir una cama supletoria si hay necesidad por parte del servicio.

La unidad dispone de tres salas comunes para actividades recreativas, dos de un lado y otra del otro contando con aparatos de psicomotricidad, zona de manualidades y TV, pasillo y dos comedores. En esta unidad tampoco está permitido fumar y está dotada de cámaras de video vigilancia que permiten la visualización de imágenes, pero no la grabación.

Las zonas de trabajo de los profesionales son: un control de enfermería cerrado, con puerta que se cierra y que cuenta con un timbre para que los pacientes puedan demandar asistencia. En el interior hay dos salas de ordenadores y un office compartido, en una de las salas trabajan las enfermeras que atienden a los pacientes de la unidad con 14 habitaciones y en la otra sala la enfermera que atiende a los pacientes de la zona de 5 habitaciones. Además existe un control para todo el personal sanitario de la unidad que es compartido para ambos lados de la planta. La unidad cuenta con dos almacenes, uno de ellos con material de enfermería y pertenencias de los pacientes, existiendo otro a mayores para servicios de limpieza. Contiguo a la unidad de hospitalización se encuentran cuatro despachos para los adjuntos de psiquiatría y el despacho de la supervisora de enfermería.

2.2.3. Unidad de hospitalización área VIII

Se trata de una unidad abierta, mediante una puerta con sensor de entrada y salida, permaneciendo siempre activo salvo indicación por parte del personal de enfermería por riesgo de fuga en algún paciente con alteración de la conducta; en este caso se desactiva el sensor de la salida y solo se podría salir pulsando un botón el cuál se encuentra en el interior del control de enfermería.

La unidad consta de 6 habitaciones dobles, una de ellas con una ventana de visualización constante y directa con el control de enfermería. También disponemos de dos almacenes (uno

para pertenencias de pacientes y útiles de limpieza y otro para material sanitario), un despacho médico, una sala de reuniones y trabajo para los clínicos, y una sala de ocio. Dicha sala dispone de zona de lectura, varias zonas de reunión y unos sofás para ver la televisión. Por último también disponemos de un sala de confort sensorial, la cual presenta un par de butacas reclinables, proyector, aromaterapia y luces que se adaptan según las necesidades del paciente.

El control de enfermería se encuentra abierto al pasillo de la unidad, contiguo a un office para el personal y aun zona de trabajo y almacenamiento para el material del personal de enfermería.

2.3. POBLACIÓN Y MUESTRA

La población accesible incluye a las unidades de hospitalización psiquiátrica del área III, IV y VIII. Se estudiaron todas las altas producidas desde el 15 de octubre de 2025 hasta el 31 de enero de 2026.

La elección de estas áreas se fundamenta en criterios de accesibilidad dado que constituyen las zonas de referencia de los investigadores como residentes en la especialidad de Enfermería de Salud Mental. Asimismo, se seleccionan debido a que presentan una diferencia relevante en cuanto a las medidas de humanización implementadas en sus unidades: el área VIII cuenta con estrategias de humanización activas en su unidad de hospitalización psiquiátrica, mientras que las áreas III y IV no disponen de dichas intervenciones, por lo que constituyen el grupo control del estudio. Esta circunstancia ha permitido una comparación directa entre unidades con y sin medidas de humanización.

Con la finalidad de evaluar cada una de las unidades se estudió a los pacientes dados de alta en un periodo definido (15/10/25-31/01/26)

2.3.1. Criterios de inclusión

- Pacientes ingresados en unidades de hospitalización psiquiátrica.
- Pacientes mayores de 18 años.
- Pacientes que tengan la capacidad para dar consentimiento informado de manera voluntaria y libre.
- Pacientes que entiendan y se puedan expresar en castellano.

2.3.2. Criterios de exclusión

- Pacientes que no estén estables para participar.
- Pacientes que se nieguen a participar.
- Personas con barreras idiomáticas insalvables, diversidad funcional, como la discapacidad intelectual, la existencia de deterioro cognitivo.
- Pacientes incapacitados legalmente.

2.3.3. Tamaño y método de muestreo

Inicialmente el tamaño de la muestra se estimó en una población accesible de 216 pacientes, calculada tomando como referencia el promedio de altas mensuales registrado en las tres áreas de salud seleccionadas (III, IV y VIII) durante los meses de marzo a junio de 2025. Se empleó el área con menor número de altas (Área VIII - Langreo), con un promedio de 24 pacientes dados de alta al mes. Extrapolando esta cifra a las tres áreas, se estimó una media de 72 altas mensuales, lo que equivale a 216 pacientes en total durante los tres meses de recogida de datos.

Si se utilizan 72 pacientes en el grupo de estudio y 144 en los centros “control” (ratio 1:2) se podrían detectar diferencias significativas de medias estandarizadas de puntuación en los test cuantitativos de 0,4 puntos con una potencia del 80%; y detectar como significativas diferencias de proporción del 23% entre ambas poblaciones para prevalencias de valoración de los test (valores dicotómicos): OR=2,7. Por razones de carácter organizativo no se consiguió el tamaño de muestra que estaba inicialmente previsto.

Se incluyeron en el estudio los pacientes dados de alta durante el periodo definido y que cumplían los criterios de inclusión.

2.4. MEDICIONES

Los datos que se recogerán a lo largo del estudio serán los siguientes:

Variable principal: unidad de procedencia

Variables sociodemográficas: se recogerán las siguientes variables, previo a la realización de la intervención, en el cuestionario de variables sociodemográficas:

- Edad (en años).
- Sexo (masculino/femenino).
- Nivel educativo (sin estudios/estudios primarios/secundarios/universitarios o superiores) según el Instituto Nacional de Estadística (INE).

Variables clínicas:

- Diagnóstico clínico (Trastorno de la personalidad, Trastorno ansioso-depresivo, Trastorno bipolar, Trastorno adaptativo mixto, Trastorno por consumo de sustancias, Otros trastornos psicóticos, Otros).
- Procedencia según unidad hospitalaria.

Variables de resultados:

- Tiempo de ingreso (valores continuos).

- Número de contenciones. Se analizó el número de contenciones mecánicas como variable discreta y, posteriormente, se dicotomizó (presencia/ausencia) para su comparación entre unidades mediante pruebas de chi-cuadrado. Además, se construyó una variable de contención química por día de ingreso (número de contenciones dividido por días de estancia) con el fin de ajustar la duración del ingreso, analizándose mediante ANOVA.
- Valoración de la satisfacción: El cuestionario autoadministrado **PSYQUEST** es un instrumento desarrollado y validado por Cocho Santalla et al., publicado en el *Spanish Journal of Psychiatry and Mental Health*. que puede emplearse para valorar la satisfacción percibida con los ingresos en las unidades de hospitalización psiquiátricas, está compuesto por 20 ítems y dividido en cuatro dimensiones de satisfacción: satisfacción con el personal, satisfacción con los servicios de la unidad, satisfacción con la información recibida y satisfacción global. Debe tenerse presente que este cuestionario puede emplearse con dos modalidades de análisis de resultados: como variable ordinal (alta, media o baja satisfacción) o como puntuación cuantitativa (escala de 0 a 20 para cada dimensión y de 0 a 100 para la puntuación global del test). ([18](#), [25](#))
- Valoración de los niveles de ansiedad: El **GAD-7** (Generalized Anxiety Disorder 7-item scale) es una herramienta de evaluación breve desarrollada y validado por Spitzer et al. y publicado en *Archives of Internal Medicine* en 2006. Posteriormente, fue validado y estandarizado en población general por Bernd Löwe et al. (2008) en la revista *Medical Care*. Se utiliza para detectar el trastorno de ansiedad generalizada y evaluar la gravedad de sus síntomas. Consiste en 7 preguntas que exploran la frecuencia de los síntomas de ansiedad durante las últimas dos semanas, utilizando una escala tipo Likert de 0 a 3 (donde 0 es "En absoluto" y 3 es "Casi todos los días").

La puntuación total, que puede variar de 0 a 21, indica la gravedad de la ansiedad, con puntuaciones más altas sugiriendo mayor severidad. (19, 20)

- Valoración de la recuperación del paciente: Se utilizó la versión española de **MARS-12** (Maryland Assessment of Recovery Scale) adaptada transculturalmente y validada psicométricamente por Nahia Balluerka et al. (2024), publicada en *PLoS One*, para evaluar la recuperación personal. Se trata de un instrumento de 12 ítems diseñado para evaluar la recuperación en personas con enfermedades mentales graves. Los ítems se valoran mediante una escala tipo Likert de 5 puntos (de 1 = Totalmente en desacuerdo a 5 = Totalmente de acuerdo), por lo que la puntuación total oscila entre 12 y 60 puntos. Las puntuaciones más altas indican un mayor grado de recuperación personal percibida. (21)

2.5. PROCEDIMIENTO DE RECOGIDA DE DATOS

La recogida de datos se realizó de manera presencial en las unidades de hospitalización psiquiátrica de adultos de las áreas sanitarias III (Avilés), IV (Oviedo) y VIII (Langreo).

Los cuestionarios fueron administrados en formato papel y cumplimentados de manera autoadministrada por los pacientes bajo supervisión de una enfermera investigadora o enfermera colaboradora previamente informada del protocolo de estudio.

La evaluación se llevó a cabo en los días previos al alta hospitalaria (máximo 48h antes del alta), con el fin de recoger la percepción global del ingreso.

Previo a la participación, los pacientes fueron informados de forma individual sobre los objetivos, metodología y finalidad del estudio, así como del tratamiento confidencial de los datos. Se les entregó la hoja de información del participante así como se resolvieron todas las

dudas planteadas. Aquellos que aceptaron participar firmaron el correspondiente consentimiento informado. Se garantizó en todo momento el carácter voluntario de la participación. Los pacientes fueron informados expresamente de su derecho a no participar así como a revocar el consentimiento en cualquier momento sin necesidad de justificación y sin que ello supusiera ningún tipo de repercusión en su atención sanitaria.

Los datos clínicos complementarios como el número de contenciones mecánicas y químicas así como días de ingreso fueron recogidos mediante la revisión de las historias clínicas, utilizando un sistema de codificación que garantiza la pseudonimización y confidencialidad de la información.

El estudio fue aprobado por el Comité de Ética de Investigación del Principado de Asturias y se desarrolló conforme a los principios establecidos en la Declaración de Helsinki y a la normativa vigente en materia de protección de datos, en particular el Reglamento (UE) 2016/679 del Parlamento Europeo y del Consejo, relativo a la protección de las personas físicas en lo que respecta al tratamiento de datos personales (Reglamento General de Protección de Datos, RGPD) y la Ley Orgánica 3/2018, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales.

2.6. ANÁLISIS DE DATOS

Se realizó una descripción de todas las características de las poblaciones del estudio, se presentó toda la población en su conjunto, una comparativa entre la población de los tres dispositivos y finalmente una comparación entre las altas del Área VIII que entran en el estudio con respecto a las de las Áreas III y IV (situación basal de medidas). En el caso de las variables cuantitativas se presentaron medidas de centralización, dispersión y posición; además se emplearon gráficos de cajas y bigotes para su representación gráfica. Posteriormente, se compararon los valores de las poblaciones empleando t de Student y

ANOVA previa verificación de las condiciones de aplicación. Cuando el ANOVA resultó estadísticamente significativo, se realizaron comparaciones múltiples mediante el test post hoc de Tukey.

Las variables cualitativas se describieron a través de distribuciones de frecuencias, y las posibles diferencias entre las poblaciones empleando comparaciones de proporciones y Chi cuadrado.

Las contenciones mecánicas y químicas se presentaron en forma de porcentaje de aplicación o no (variable dicotómica) durante el ingreso. Además, para las contenciones químicas se creó el indicador “contenciones por días de ingreso” como el cociente entre el número de aplicaciones de contención respecto a días de ingreso.

Las variables de resultados se analizaron comparando las poblaciones del Area VIII con respecto al resto. En el caso de variables cuantitativas (PSYQUEST o MARS12 en formato numérico) se comparó a través de T de Student y se calculó el intervalo de confianza de la diferencia de las medias de las puntuaciones. En el caso de las cualitativas (resultados ordinales de test y otras) se dicotomizaron para obtener la diferencia de proporciones (con su intervalo de confianza) y se calcularon los Odds ratio como medida de efecto del impacto de las medidas organizativas sobre los resultados evaluados. Se compararon tanto conjuntamente la unidad de intervención con las de control como de manera individual cada una de ellas.

Para el procesamiento y análisis de los datos recogidos se utilizó el programa estadístico SPSS 21.0. Para la simulación del tamaño de muestra se empleó el paquete estadístico EPIDAT.

3. RESULTADOS

3.1. VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS

La población definitiva de estudio estuvo compuesta por un total de 153 pacientes, el 39,9% (n=61) pertenecía a la unidad 1, el 33,3% (n=51) a la unidad 2 y el 26,8% (n=41) a la unidad de intervención (Langreo). 112 pacientes (73,2%) correspondían a unidades sin medidas de humanización (grupo control), mientras que 41 (26,8%) pertenecían a la unidad con medidas de humanización implementadas (grupo intervención).

Las características sociodemográficas se presentan en el [Gráfico 1](#) y en la [Tabla 1](#). La edad media global fue de 46,45 años (DT = 14,82). Se observaron diferencias estadísticamente significativas en la edad entre la unidad 1, la unidad 2 y la unidad de intervención ($p = 0,012$), siendo esta última la que presentó mayor edad media.

No se encontraron diferencias estadísticamente significativas en la distribución por sexo ($p = 0,812$) ni en el nivel de estudios ($p = 0,643$) entre las unidades hospitalarias.

3.2. VARIABLES CLÍNICAS

3.2.1. Diagnósticos clínicos de la muestra

La distribución de los diagnósticos clínicos se muestra en la [Tabla 2](#). Los trastornos psicóticos fueron el diagnóstico más frecuente en las tres unidades analizadas. En la unidad 1 se observó una mayor proporción de trastornos ansioso-depresivos (31,1%), mientras que en la unidad 2 la distribución de los diagnósticos fue más equilibrada entre trastornos ansioso-depresivos, trastornos de personalidad y trastornos bipolares. Por su parte, en la unidad de intervención se registró una mayor proporción de trastornos psicóticos (36,6%) y una menor presencia de

trastornos ansioso-depresivos (12,2%). En conjunto, la distribución diagnóstica mostró una estructura relativamente similar entre las tres unidades hospitalarias.

3.2.2. Procedencia según unidad hospitalaria

La procedencia de los pacientes según unidad hospitalaria se muestra en la [Tabla 3](#). La mayoría de los pacientes ingresaron en la unidad correspondiente a su área sanitaria de referencia (91,5%).

La unidad de intervención presentó una mayor proporción de pacientes procedentes de otras áreas (17,1%) en comparación con la unidad 1 (6,6%) y la unidad 2 (3,9%). No obstante, estas diferencias no alcanzaron significación estadística ($p=0,062$).

3.2.3. Procedencia según modalidad asistencial

Al comparar la procedencia de los pacientes según modalidad asistencial, se observó una mayor proporción de ingresos procedentes de otras áreas con medidas de humanización (17,1%) en comparación con las unidades control (5,4%). Esta diferencia resultó estadísticamente significativa (test exacto de Fisher, $p = 0,043$).

3.3. VARIABLES DE RESULTADOS

3.3.1 Tiempo de ingreso

La duración media de la estancia hospitalaria fue de 14,47 días (DT = 13,02) con una mediana de 11 días y un rango comprendido entre 1 y 105 días. El intervalo de confianza al 95% para la media se situó entre 12,39 y 16,55 días.

Se observó la presencia de un valor extremo correspondiente a un paciente con una estancia de 105 días, lo que contribuyó a una elevada dispersión de los datos.

En función de la unidad hospitalaria, la estancia media fue de 15,64 días (DT = 13,68) en la unidad 1, 15,02 días (DT = 14,94) en la unidad 2 y 12,05 días (DT = 8,71) en la unidad de intervención. El análisis ANOVA no mostró diferencias estadísticamente significativas entre las unidades hospitalarias ($F = 1,00$; $p = 0,37$).

En relación con la modalidad asistencial, la estancia media en las unidades control fue de 15,36 días (DT = 14,21), mientras que en la unidad con medidas de humanización fue de 12,05 días (DT = 8,71). No se observaron diferencias estadísticamente significativas entre ambas modalidades ($F = 1,949$; $p = 0,165$).

3.3.2. Contenciones según unidad hospitalaria

Se observaron diferencias en su aplicación entre las distintas unidades. La contención mecánica fue utilizada en el 21,3% de los pacientes de la unidad 1, en el 7,8% de la unidad 2 y en el 17,1% de la unidad de intervención. No obstante, el análisis estadístico no mostró diferencias significativas entre las unidades ($p = 0,143$).

En el caso de la contención química. La unidad 2 presentó el porcentaje más elevado de pacientes sometidos a contención química (82,4%), seguida de la unidad de intervención (58,5%) y, en menor medida, de la unidad 1 (42,6%). Se evidenciaron diferencias estadísticamente significativas entre las unidades ($p < 0,001$). El chi-cuadrado 18,3; dos grados de libertad; p menos de 0,001.

La unidad 2 registró la media más elevada de contención química por día (0,48; DT = 0,54; IC95%: 0,33–0,63), seguida de la unidad de intervención (0,34; DT = 0,49; IC95%:

0,19–0,50), mientras que la unidad 1 presentó la media más baja (0,15; DT = 0,24; IC95%: 0,09–0,21), indicando un menor uso diario de este tipo de contención.

El análisis de la varianza (ANOVA) de un factor mostró diferencias estadísticamente significativas entre las unidades ($F = 8,24$; $gl = 2$; $p < 0,001$).

3.4. CUESTIONARIOS

Con el objetivo de evaluar el impacto de las medidas de humanización sobre la experiencia del paciente durante el ingreso hospitalario, se analizaron los resultados obtenidos en los cuestionarios de satisfacción (PSYQUEST), recuperación percibida (MARS-12) y niveles de ansiedad (GAD-7).

3.4.1. Impacto en satisfacción (PSYQUEST)

La satisfacción general media fue de 21,09 puntos (DT = 4,99) sobre una escala de 5 a 25.

Al analizar la satisfacción por dimensiones específicas, se observaron puntuaciones especialmente elevadas en la satisfacción con el personal de la unidad, que alcanzó una media global de 21,99 puntos (DT = 5,20), constituyendo el aspecto mejor valorado por los pacientes. Este resultado sugiere una percepción positiva del trato recibido, la accesibilidad del personal y la calidad de los cuidados proporcionados. Asimismo, la satisfacción con el psiquiatra presentó una media de 20,20 puntos (DT = 5,53), reflejando una valoración favorable de la atención médica especializada, aunque con una dispersión moderada de las puntuaciones. Por su parte, la satisfacción con los servicios de la unidad obtuvo la puntuación media más baja de las dimensiones evaluadas ($\bar{x} = 19,34$; DE = 5,73).

Desde un análisis comparativo entre unidades, como se muestra en los [Gráficos 3,4](#) y en la [Tabla 4](#) se observaron diferencias relevantes en los niveles de satisfacción. La satisfacción general fue mayor en la unidad 1 ($\bar{x}= 22,38$; DE = 4,21), seguida de la unidad de intervención ($\bar{x}= 21,27$; DE = 4,89), mientras que la unidad 2 presentó la puntuación media más baja ($\bar{x} = 19,41$; DE = 5,52), aunque manteniéndose dentro de valores positivos.

En relación con la satisfacción con el personal de la unidad, la unidad de intervención destacó con la media más elevada ($\bar{x} = 23,37$; DE = 3,56), seguida de la unidad 1 ($\bar{x} = 22,51$; DE = 4,66). La unidad 2 obtuvo puntuaciones inferiores ($\bar{x} = 20,25$; DE = 6,40), además de una mayor dispersión de las respuestas. Respecto a la satisfacción con el psiquiatra, la unidad 1 mostró la valoración más alta ($\bar{x}= 22,52$; DE = 4,25), mientras que la unidad 2 ($\bar{x}= 18,86$; DE = 5,71) y la unidad de intervención ($\bar{x} = 18,41$; DE = 5,87) presentaron puntuaciones similares y más bajas, con una mayor variabilidad.

La satisfacción con los servicios de la unidad fue la dimensión con menores puntuaciones medias en las tres unidades. La unidad de intervención obtuvo la media más alta ($\bar{x} = 22,44$; DE = 3,82), seguida de la unidad 1 ($\bar{x} = 20,56$; DE = 4,62), mientras que la unidad 2 obtuvo la puntuación más baja ($\bar{x}= 15,39$; DE = 6,09), evidenciando una mayor dispersión.

En la comparación entre el grupo intervención y el grupo control en las distintas dimensiones del cuestionario, se realizó un análisis de varianza (ANOVA) de un factor para aquellas variables que cumplían el supuesto de homogeneidad de varianzas y pruebas no paramétricas (U de Mann-Whitney) en aquellas en las que dicho supuesto no se cumplía.

La prueba de Levene mostró homogeneidad de varianzas en las dimensiones satisfacción con el psiquiatra ($p=0,246$) y satisfacción general ($p=0,623$), mientras que en satisfacción con el personal de la unidad ($p=0,006$) y satisfacción con los servicios de la unidad ($p<0,001$) no se cumplió dicho supuesto.

En la dimensión de satisfacción con el psiquiatra, se observaron diferencias estadísticamente significativas entre grupos ($F=6,060$; $p=0,015$), con una media de 20,86 (DE=5,271) en el grupo control y 18,41 (DE=5,869) en el grupo intervención.

En la satisfacción con el personal de la unidad, analizada mediante la prueba U de Mann-Whitney, no se observaron diferencias estadísticamente significativas entre grupos ($p=0,055$), con una media de 23,37 (DE=3,56) en el grupo intervención y 21,48 (DE=5,61) en el grupo control.

En la satisfacción con los servicios de la unidad, también analizada mediante prueba no paramétrica, se observaron diferencias estadísticamente significativas entre grupos, con puntuaciones superiores en el grupo intervención (22,44; IC95%: 21,23-23,64) frente al grupo control (18,21; IC95%:17,10-19,31).

En la satisfacción general, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos ($F=0,070$; $p=0,792$), con medias de 21,27 (IC95%: 19,72-22,81) en el grupo intervención y 21,03 (IC95%: 20,08-21,97) en el grupo control.

Tal y como se representa en el [Gráfico 4](#), las puntuaciones medias muestran valores más elevados en el grupo intervención en la satisfacción con el personal de la unidad (23,37 frente a 21,48), en la satisfacción con los servicios de la unidad (22,44 frente a 18,21) y en la satisfacción general (21,27 frente a 21,03), mientras que en la satisfacción con el psiquiatra las puntuaciones son superiores en el grupo control (20,86 frente a 18,41).

3.4.2. Impacto recuperación percibida (MARS-12)

En relación con la recuperación percibida, la puntuación media global en la escala MARS-12 fue de 44,56 (DE= 11,92).

En el análisis categórico, el 55,6% de la muestra presentó alta recuperación (n = 85), el 34,0% recuperación media (n = 52) y el 10,5% baja recuperación (n = 16).

Al analizar la recuperación según las unidades, se observaron diferencias en la distribución de los niveles. En la unidad 1 (n = 61), la mayoría de los pacientes presentó alta recuperación (63,9%), seguida de recuperación media (32,8%) y un porcentaje reducido de baja recuperación (3,3 %). En la unidad 2 (n = 51), los niveles de alta y media recuperación se distribuyeron de forma similar (43,1% en ambos casos), mientras que el 13,7 % presentó baja recuperación. Por su parte, en la unidad de intervención (n = 41), el 58,5 % de los pacientes mostró alta recuperación, el 24,4 % recuperación media y el 17,1 % baja recuperación.

No obstante, el análisis inferencial mediante la prueba de chi-cuadrado de Pearson no evidenció diferencias estadísticamente significativas entre las unidades ($\chi^2 = 3,951$; p = 0,139).

Respecto a la relación entre edad y nivel de recuperación, se observaron diferencias significativas. Los pacientes con alta recuperación presentaron una edad media de 43,2 años (Alta recuperación (n = 39): IC 95% = 39,07 – 47,39 años), mientras que aquellos con recuperación media o baja mostraron una edad media superior, de 50,8 años (DE = 14,0; rango 25–77). El análisis mediante ANOVA reveló diferencias estadísticamente significativas entre los grupos (F = 4,602; p = 0,036), indicando que una mayor recuperación se asocia a pacientes de menor edad.

3.4.3. Impacto niveles de ansiedad (GAD)

En cuanto a los niveles de ansiedad, la mayor parte de la muestra presentó ansiedad baja o leve. Concretamente, 58 pacientes (37,9%) mostraron ansiedad baja y 44 (28,8%) ansiedad leve, mientras que 26 pacientes (17,0%) presentaron ansiedad moderada y 25 (16,3%) ansiedad alta.

Al analizar la ansiedad por unidades, se observaron patrones similares entre ellas. En la unidad 1 (n = 61), predominó la ansiedad baja (42,6%), seguida de ansiedad leve (24,6%), moderada (19,7%) y alta (13,1%). En la unidad 2 (n = 51), la ansiedad leve fue la más frecuente (37,3%), seguida de ansiedad baja (27,5%), mientras que los niveles de ansiedad alta y moderada se situaron ambos en el 17,6 %. En la unidad de intervención (n = 41), predominó igualmente la ansiedad baja (43,9%), seguida de ansiedad leve (24,4%), ansiedad alta (19,5%) y ansiedad moderada (12,2%).

El análisis mediante la prueba de chi-cuadrado de Pearson no mostró diferencias estadísticamente significativas en los niveles de ansiedad entre las unidades ($\chi^2 = 5,658$; $p = 0,463$).

3.5. RELACIÓN ENTRE EL DIAGNÓSTICO Y LOS RESULTADOS CLÍNICOS

3.5.1. Diagnóstico y niveles de ansiedad

Se observaron diferencias estadísticamente significativas en los niveles de ansiedad según el diagnóstico clínico ($\chi^2 = 20,751$; $p = 0,001$). Los pacientes con trastorno bipolar y trastornos psicóticos presentaron mayor proporción de ansiedad baja o leve, mientras que los pacientes con trastornos de personalidad y trastornos por consumo de sustancias presentaron mayor frecuencia de ansiedad moderada o alta.

3.5.2. Diagnóstico y percepción de recuperación

Se observaron diferencias estadísticamente significativas en la percepción de recuperación al alta según el diagnóstico clínico ($\chi^2 = 15,810$; $p = 0,007$). Los pacientes con trastorno bipolar y trastornos psicóticos presentaron mayor proporción de alta recuperación en comparación con otros diagnósticos.

3.5.3 Diagnóstico y satisfacción con la estancia hospitalaria

No se observaron diferencias estadísticamente significativas en la satisfacción con la estancia hospitalaria según el diagnóstico clínico ($\chi^2 = 1,895$; $p = 0,863$).

4. DISCUSIÓN

La muestra estuvo compuesta por 153 pacientes hospitalizados en tres unidades de hospitalización psiquiátrica, con una edad media de 47 años y una distribución equilibrada por sexo y nivel educativo entre las unidades. No se observaron diferencias significativas en estas variables sociodemográficas, a excepción de la edad, siendo la unidad de intervención la que presentó una mayor edad media, lo que sugiere una población relativamente homogénea entre los dispositivos analizados.

Asimismo, se observó una asociación significativa entre edad y recuperación percibida, de modo que los pacientes más jóvenes presentaron mayores niveles de recuperación al alta hospitalaria. Este hallazgo coincide con la literatura que señala que factores individuales, como la edad o el curso clínico del trastorno, pueden influir en la percepción de recuperación durante los procesos de hospitalización psiquiátrica. (15,17). En este sentido, la mayor edad media de los pacientes en la unidad de intervención podría haber condicionado sus resultados en recuperación, pudiendo atenuar posibles efectos positivos. No obstante, el reducido tamaño muestral impidió realizar un ajuste o estandarización por esta variable en la comparación entre unidades.

En relación con el perfil clínico de los pacientes ingresados, los diagnósticos más frecuentes fueron los trastornos psicóticos y los trastornos ansioso-depresivos, seguidos de los trastornos de personalidad, el trastorno bipolar y los trastornos por consumo de sustancias. Aunque se observan algunas diferencias descriptivas —como una mayor proporción de trastornos psicóticos en la unidad de intervención y de trastornos ansioso-depresivos en la unidad 1— no se realizó contraste estadístico mediante chi-cuadrado debido al bajo número de casos en algunas categorías diagnósticas. A pesar de que estas diferencias no alcanzaron significación

estadística, podrían reflejar ligeras variaciones en el perfil clínico de los pacientes atendidos en cada unidad y deben tenerse en cuenta al interpretar los resultados del estudio.

En cuanto a la procedencia de los pacientes, la mayoría de los ingresos correspondieron a pacientes pertenecientes al área sanitaria de referencia de cada unidad. Sin embargo, se observó una mayor proporción de pacientes procedentes de otras áreas en la unidad de intervención. Aunque esta diferencia no alcanzó significación estadística al comparar las tres unidades hospitalarias, sí se observaron diferencias significativas al comparar las modalidades asistenciales, con una mayor proporción de ingresos de pacientes externos en la unidad con medidas de humanización. Este aspecto podría reflejar particularidades organizativas o circuitos asistenciales específicos y constituye un factor potencial a considerar en la interpretación de los resultados, ya que podría influir en el perfil clínico o en las características de los pacientes atendidos.

La duración media de la estancia hospitalaria fue de aproximadamente 14 días, sin observarse diferencias significativas entre las unidades hospitalarias. Este resultado es consistente con investigaciones previas que indican que las intervenciones orientadas a la humanización no necesariamente se traducen en cambios inmediatos en indicadores asistenciales como la duración del ingreso. (3,6)

En relación con el uso de contenciones, no se observaron diferencias estadísticamente significativas en el uso de contención mecánica entre las unidades ni entre modalidades asistenciales. Sin embargo, sí se identificaron diferencias significativas en el uso de contención química, siendo la unidad 2 la que presentó una mayor proporción de pacientes sometidos a esta intervención y una mayor frecuencia de uso ajustada por días de estancia. Estos resultados reflejan la variabilidad existente en las prácticas asistenciales entre unidades

de hospitalización psiquiátrica, fenómeno ampliamente descrito en la literatura y asociado a factores organizativos, culturales y formativos de los equipos profesionales. (5,16)

Los niveles de satisfacción obtenidos mediante el cuestionario PSYQUEST fueron elevados en la muestra global, lo que indica una experiencia generalmente positiva durante el ingreso hospitalario. Este resultado difiere de algunos estudios previos que han descrito niveles más bajos de satisfacción en servicios de salud mental, especialmente en contextos donde predominan intervenciones coercitivas o entornos percibidos como restrictivos. (1,8)

Entre las dimensiones evaluadas, el personal de la unidad fue el aspecto mejor valorado por los pacientes. La relación terapéutica y la calidad del trato profesional se consideran factores clave en la satisfacción usuaria en salud mental, como muestran diversas investigaciones previas (1,10,22).

En este sentido, un estudio reciente realizado acerca de la satisfacción de usuarios en una unidad psiquiátrica evidenció que la atención proporcionada por enfermeras y enfermeros especializados en salud mental, junto con la de técnicos paramédicos y personal médico, constituye un factor determinante para que los pacientes perciban de manera positiva su hospitalización, destacando la importancia de contar con equipos de enfermería capacitados que gestionen el cuidado de manera integral, fomenten la comunicación, promuevan la autonomía y contribuyan a una experiencia de hospitalización satisfactoria (24).

En el análisis comparativo entre unidades, la unidad 1 presentó la puntuación media más alta en satisfacción general, mientras que la unidad 2 obtuvo las puntuaciones más bajas. Por su parte, la unidad de intervención destacó especialmente en la valoración del personal y de los servicios de la unidad, lo que podría estar relacionado con la implementación de medidas orientadas a la humanización de la atención. Estas intervenciones buscan mejorar el clima

terapéutico, la comunicación y la participación del paciente en su proceso de atención, aspectos que se han asociado con una mejor experiencia asistencial. (2,3,7)

Desde el punto de vista terapéutico, este enfoque favorece la autonomía, la confianza y la implicación activa del paciente en su proceso de recuperación, además de facilitar relaciones terapéuticas basadas en el respeto mutuo. Asimismo, la reducción de medidas restrictivas se ha asociado con menores niveles de estrés y frustración, lo que podría contribuir a disminuir la aparición de conductas agresivas o disruptivas. No obstante, este modelo debe adaptarse de forma flexible a las necesidades clínicas y de seguridad en situaciones concretas, manteniendo el equilibrio entre la humanización de la atención y la protección del paciente y del entorno.

En relación con la recuperación percibida, más de la mitad de los pacientes presentaron niveles altos de recuperación al alta hospitalaria, lo que sugiere una percepción positiva del impacto del ingreso en su estado de salud. Aunque se observaron diferencias descriptivas entre unidades, estas no alcanzaron significación estadística. La literatura señala que la recuperación en salud mental es un proceso complejo influido por factores individuales, relacionales y contextuales, entre los que destacan la calidad de la relación terapéutica y el entorno asistencial. (10,15,23)

Por otra parte, los niveles de ansiedad evaluados mediante la escala GAD mostraron que la mayoría de los pacientes presentaban niveles bajos o leves durante la estancia hospitalaria. Asimismo, no se observaron diferencias significativas entre las unidades, lo que sugiere una evolución clínica comparable entre los distintos dispositivos asistenciales. (19,20)

En conjunto, los resultados muestran una valoración positiva de la experiencia de hospitalización psiquiátrica, especialmente en lo relacionado con el trato recibido por el personal sanitario y la calidad de las instalaciones, incluyendo los espacios disponibles, las alternativas de ocio y el nivel de intimidad y tranquilidad durante el ingreso. Aunque la

implementación de medidas de humanización no se asoció a cambios significativos en variables asistenciales como la duración del ingreso o el uso de contenciones, sí se relaciona con una percepción favorable de determinados aspectos de la atención, reforzando la importancia de promover modelos de cuidado centrados en la persona y orientados a la humanización en salud mental ([1,2,4,13,14](#)).

No obstante, el diseño transversal del estudio impide establecer relaciones causales, y la experiencia del paciente puede estar influenciada por factores externos como la organización del servicio, la formación del personal o las políticas institucionales. Además, esta situación limita la validez externa, ya que la heterogeneidad del grupo control y las diferencias entre unidades dificultan identificar con certeza si los efectos observados se deben a las medidas de humanización o a otros factores. A pesar de que las intervenciones parecen tener cierto impacto positivo en la experiencia y satisfacción del paciente, el tamaño de la muestra menor de lo esperado y las dificultades en la selección de controles impiden confirmar estos efectos. En este sentido, el no haber alcanzado el tamaño muestral previsto —debido, en parte, al retraso en las autorizaciones y al menor número de altas durante el periodo de reclutamiento— puede haber reducido la potencia estadística, de modo que algunos resultados no significativos podrían haberlo sido con una muestra mayor. Por ello, resulta recomendable que, siempre que se introduzcan medidas de humanización, se empleen diseños pre-post para evaluar de manera más precisa su verdadero impacto.

Asimismo, no todos los pacientes están en condiciones de participar debido a su estado clínico, cognitivo o emocional, lo que puede introducir sesgos de selección, mitigados parcialmente al incluir pacientes próximos al alta. El tamaño y la representatividad de la muestra también podrían limitar la generalización de los hallazgos, al igual que las

características individuales de los pacientes, como diagnóstico, historia clínica, nivel socioeconómico o apoyo social.

Desde el punto de vista de la validez interna, en relación con la recogida de datos, los cuestionarios y escalas utilizados pueden no captar toda la complejidad de las intervenciones de humanización. Además, el hecho de que sean autoadministrados y supervisados únicamente por personal de la unidad podría generar errores o inconsistencias, si bien estos se intentaron minimizar mediante una doble revisión previa al análisis. Por último, la formación y capacitación del personal en atención humanizada puede influir tanto en la implementación de estas prácticas como en la percepción del paciente.

En este contexto, futuros estudios longitudinales o controlados serían fundamentales para evaluar con mayor precisión el impacto de las medidas de humanización en variables clínicas, asistenciales y de satisfacción, y para diseñar estrategias de mejora sólidas y basadas en evidencia en unidades de salud mental.

5. CONCLUSIONES

La muestra de pacientes hospitalizados mostró un perfil sociodemográfico y clínico relativamente homogéneo, con equilibrio de sexo y nivel educativo, y predominancia de trastornos psicóticos y ansioso-depresivos, cumpliendo con el objetivo de describir las características de la población estudiada.

Se identificó una relación significativa entre edad y recuperación percibida, de modo que los pacientes más jóvenes reportaron mayores niveles de recuperación, mientras que las variables sociodemográficas no influyeron significativamente en los niveles de ansiedad.

La comparación entre unidades mostró que la unidad con medidas de humanización presentaba una mejor valoración en la dimensión “Satisfacción con los servicios de la unidad” en comparación con el grupo control. No se observaron diferencias estadísticamente significativas en el resto de dimensiones; si bien en la dimensión “Satisfacción con el personal” se obtuvieron puntuaciones más elevadas, la ausencia de significación estadística podría estar relacionada con el tamaño muestral limitado.

Los resultados obtenidos ponen de manifiesto la importancia de promover entornos hospitalarios orientados a la humanización, así como de contar con profesionales de enfermería especializados en salud mental. La calidad del cuidado, la comunicación terapéutica y la capacidad de establecer relaciones basadas en el respeto y la confianza se configuran como elementos fundamentales para favorecer la satisfacción, la recuperación percibida y el bienestar emocional de los pacientes durante la hospitalización.

Es recomendable que la implementación de intervenciones o servicios de carácter novedoso vaya acompañada de una evaluación rigurosa. En este sentido, el empleo de diseños pre-post

con grupo de comparación permitiría valorar con mayor precisión su impacto en variables clínicas, asistenciales y de satisfacción.

6. BIBLIOGRAFÍA

1. Olofsson B, Tham A, von Essen L. Humanization in psychiatric inpatient care: Patient experiences. *Int J Ment Health Nurs*. 2021;30(5):1263-1272.
2. Blázquez Hernández T, et al. Humanización en las Unidades de Hospitalización Psiquiátrica. *Aeesme*. 2020. Disponible en: <https://www.aeesme.org/wp-content/uploads/2020/01/Humanizaci%C3%B3n-de-la-asistencia-en-las-Unidades-de-Hospitalizaci%C3%B3n-Psiqui%C3%A1trica-breve.pdf>
3. Martínez M, et al. Estado actual de la humanización en hospitales psiquiátricos españoles. *Rev Psiquiatr Salud Ment*. 2021;14(3):152-159.
4. López G, et al. Impacto del ambiente hospitalario en pacientes psiquiátricos. *UVaDoc*. 2020. Disponible en: <https://uvadoc.uva.es/bitstream/handle/10324/42028/TFG-H1935.pdf>
5. Bowers L, et al. Humanizing psychiatric inpatient care: A review of principles. *Int J Ment Health Nurs*. 2019;28(3):486-497.
6. Sociedad Española de Psiquiatría y Salud Mental (SEPSM). Humanización de la asistencia en unidades de hospitalización psiquiátrica. 2019. Disponible en: <https://sepsm.org/wp-content/uploads/2023/01/2019-Humanizacion-Asistencia-Unidades-Hospitalizacion-Psiquiatria-Breve.pdf>
7. Fundación Humans. Humanización en unidades de hospitalización psiquiátrica. 2023. Disponible en: https://fundacionhumans.com/wp-content/uploads/2023/01/Humanizacion-unidad-hospitalizacion-psiquiatria_definitivo-3.pdf
8. Bee P, et al. The nature of care in psychiatric wards: Experiences of patients and staff. *BMC Psychiatry*. 2017;17(1):92.
9. Labor Hospitalaria. Ambiente hospitalario y humanización en psiquiatría. 2024. Disponible en: https://www.laborhospitalaria.com/wp-content/uploads/2024/05/LH_338_art_06.pdf
10. Pelto-Piri V, et al. Patient-staff relationships in psychiatric care: Impact on recovery. *Psychiatr Q*. 2020;91(1):29-39.
11. Sáenz M, et al. Modelos de atención y derechos humanos en salud mental en España. *SciELO*. 2021. Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S2254-28842021000300279&script=sci_arttext
12. Rodríguez A, et al. Formación en competencias emocionales para la humanización en salud mental. *Rev Calidad Asistencial*. 2019;34(2):85-92.
13. Llorente ML. Humanización en la atención sanitaria: Bases teóricas y prácticas. *Madrid: Ediciones Médicas*; 2013.

14. World Health Organization (WHO). Mental health action plan 2013-2020. Geneva: WHO; 2013.
15. Rose D, et al. Implementing person-centered care in psychiatric settings. *Int J Ment Health Syst.* 2021;15(1):32.
16. Flynn M, et al. Barriers to humanization in mental health inpatient care: A qualitative study. *Psychiatr Serv.* 2020;71(5):470-476.
17. Priebe S, et al. The impact of humanized care on outcomes in psychiatric inpatients: A systematic review. *Lancet Psychiatry.* 2018;5(6):493-500.
18. C. Cocho Santalla, I. Vera López, B. Bardón Rivera et al., Patient satisfaction with hospital health care on acute psychiatric units: Development and validation of the PSYQUEST questionnaire, Spanish Journal of Psychiatry and Mental Health, Volume 17, Issue 4, 2024, Pages 195-202, ISSN 2950-2853, <https://doi.org/10.1016/j.rpsm.2021.10.001>.
<https://docta.ucm.es/rest/api/core/bitstreams/38b195d3-a0c4-4f53-b5a1-aca27f50b2bf/content>
19. Spitzer RL, Kroenke K, Williams JBW, & Löwe B. (2006). *A brief measure for assessing generalized anxiety disorder: the GAD-7.* *Archives of Internal Medicine,* 166(10), 1092–1097. doi:10.1001/archinte.166.10.1092.
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16717171/>
20. Lowe B, Decker O, Muller S, et al. Validation and standardization of the Generalized Anxiety Disorder Screener (GAD-7) in the general population. *Medical care.* Mar 2008;46(3):266-274. PMID: 18388841
<https://www.sbirtoregon.org/wp-content/uploads/GAD-7-spanish-pdf.pdf>
21. Balluerka N, Gorostiaga A, Sampietro HM, González-Pinto A, Aliri J. Cross-cultural adaptation and psychometric validation of a Spanish version of the Maryland Assessment of Recovery Scale (MARS-12). *PLoS One.* 2024 Feb 23;19(2):e0298554. doi:10.1371/journal.pone.0298554. PMID: 38394168; PMCID: PMC10889629.
22. Bolados-Ávila, Mónica, Fuentes-Olavarría, Daniela, & Rodríguez-Rivas, Matías E. (2023). Satisfacción usuaria en psiquiatría: niveles y factores asociados. *Index de Enfermería,* 32(1), e14247. Epub 18 de septiembre de 2023.
<https://dx.doi.org/10.58807/indexenferm20235664>
23. Hernán María Sampietro, Georgina Guilera, Maite Barrios, J. Emilio Rojo, Juana Gómez-Benito, A non-randomised controlled trial testing the effectiveness of a recovery planning workshop implemented in community mental health services in Spain, *Social Science & Medicine,* Volume 383, 2025, 118483, ISSN 0277-9536, <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2025.118483>.
24. Bolados-Ávila M, Fuentes-Olavarría D, Rodríguez-Rivas ME. Satisfacción usuaria en psiquiatría: niveles y factores asociados. *Index Enferm.* 2023;32(1):Epub 18-Sep-2023. Disponible en: <https://dx.doi.org/10.58807/indexenferm20235664>

25. Orta Malot C. Estudio de la satisfacción percibida con el ingreso en una unidad de hospitalización psiquiátrica [Trabajo Fin de Grado]. Valladolid: Universidad de Valladolid; 2025. Disponible en: <https://uvadoc.uva.es/handle/10324/78635>

7. AGRADECIMIENTOS

Queremos expresar nuestro agradecimiento a nuestro tutor metodológico, Julio, por su orientación, apoyo constante y asesoramiento durante todo el proceso de investigación, así como por su ayuda en la elaboración de este manuscrito, sin él no habríamos podido lograrlo.

A nuestras tutoras de residencia, por acompañarnos y guiarnos durante estos dos años.

Agradecemos también a los profesionales de las unidades de hospitalización de salud mental, por su colaboración en la recogida de datos y su implicación en el desarrollo del estudio, a pesar de la carga asistencial.

Asimismo, queremos reconocer la disposición de los pacientes que han participado de manera voluntaria, ya que sin su colaboración este trabajo no habría sido posible.

Finalmente, nuestro mayor agradecimiento a nuestras familias y amigos, por su apoyo incondicional, comprensión y acompañamiento durante todo el proceso de dedicación y esfuerzo que ha supuesto la especialidad y este proyecto.

8. ANEXOS

8.1 TABLAS

Tabla 1. Características de las variables sociodemográficas según unidad hospitalaria.

Variable	Unidad 1 (n=61)	Unidad 2 (n=51)	Unidad de Intervención (n=41)	Total (n=153)	p
Edad media ± DT	45,97±13,66	42,71 ±14,93	51,83 ± 15,10	46,45 ± 14,82	0,012 ⁽¹⁾
Sexo, n(%)					0,812 ⁽²⁾
Masculino	29 (47,5%)	24 (47,1%)	17 (41,5%)	70 (45,8%)	
Femenino	32 (52,5%)	27 (52,9%)	24 (58,5%)	83 (54,2%)	
Nivel de estudios, n(%)					0,643 ⁽²⁾
Sin estudios	2 (3,3%)	0 (0%)	0 (0%)	2 (1,3%)	
Primarios	11 (18,0%)	9 (17,6%)	10 (24,4%)	30 (19,6%)	
Secundarios	30 (49,2%)	25 (49,0%)	17 (41,5%)	72 (47,1%)	
Superiores	18 (29,5%)	17 (33,3%)	14 (34,1%)	49 (32,0%)	

Nota:

p: La p indica la probabilidad de que las diferencias observadas se deban al azar.($p < 0,05$)

(1): se refiere al resultado del test de significación de la ANOVA; (2) al valor de Chi cuadrado

Tabla 2. Distribución de diagnósticos clínicos según unidad hospitalaria.

Diagnóstico	Unidad 1 n(%)	Unidad 2 n(%)	Unidad de intervención n(%)	de n (%)
Trastorno psicótico	18 (29,5%)	9 (17,6%)	15 (36,6%)	42 (27,5%)
Trastorno ansioso-depresivo	19 (31,1%)	13 (25,5%)	5 (12,2%)	37 (24,2%)
Trastorno de personalidad	7 (11,5%)	9 (17,6%)	6 (14,6%)	22 (14,4%)
Trastorno bipolar	8 (13,1%)	8 (15,7%)	6 (14,6%)	22 (14,4%)
Trastorno por consumo de sustancias	6 (9,8%)	7 (13,7%)	6 (14,6%)	19 (12,4%)
Trastorno adaptativo mixto	1 (1,6%)	4 (7,8%)	0 (0%)	5 (3,3%)
Otros (TDAH,TEA,TCA)	2 (3,3%)	1 (2,0%)	3 (7,3%)	6 (3,9%)
Total	61 (100%)	51 (100%)	41 (100%)	153 (100%)

Nota: Se presentan frecuencias absolutas (n) y porcentajes (%) de los diagnósticos principales de los pacientes incluidos en el estudio según la unidad hospitalaria de ingreso.

Tabla 3. Procedencia de los pacientes según unidad hospitalaria.

Cambio área	de	Unidad 1	Unidad 2	Unidad Intervención	de	Total
No		57 (93,4%)	49 (96,1%)	34 (82,9%)		140 (91,5%)
Si		4 (6,6%)	2 (3,9%)	7 (17,1%)		13 (8,5%)

Tabla 4: Medidas de satisfacción de los pacientes hospitalizados en psiquiatría.

Dimensión	Ítem	Unidad 1	Unidad 2	Langreo	Media
Satisfacción con el psiquiatra	El/la psiquiatra me explicó el motivo y los objetivos del ingreso	4,61	4,14	3,78	4,23
	El/la psiquiatra me explicó los motivos por los que considera que necesito tomar medicación	4,62	4,00	3,85	4,21
	El/la psiquiatra me explicó los beneficios y efectos secundarios de la medicación	4,28	3,24	3,41	3,70
	El/la psiquiatra tuvo en cuenta mi opinión al decidir sobre las opciones de tratamiento	4,36	3,55	3,44	3,84
	Las entrevistas con el/la psiquiatra me son de utilidad	4,66	3,94	3,43	4,22
Satisfacción con el personal de la unidad	El personal de la unidad me ha tratado con respeto durante el ingreso	4,49	4,20	4,68	4,44
	El personal se ha interesado por mí durante el ingreso	4,59	4,16	4,83	4,51
	Siento que el personal me entiende/me escucha	4,46	3,92	4,61	4,32
	El trato con el personal me ha servido de ayuda durante el ingreso	4,52	4,04	4,59	4,38
	El personal está disponible cuando me siento muy mal	4,44	3,94	4,66	4,33

Satisfacción con los servicios de la unidad	Estoy conforme con las alternativas de ocio en la unidad (TV, radio, lectura, etc.)	3,90	2,88	4,51	3,73
	Estoy satisfecho con las diferentes salas de la unidad (comedor, habitación, sala de TV)	4,11	3,22	4,63	3,95
	Estoy satisfecho con el nivel de tranquilidad que ofrece la unidad	4,10	3,06	4,63	3,90
	Siento que tengo espacios para mi intimidad durante el ingreso	4,25	3,25	4,22	3,91
	Los objetos personales a los que tengo acceso en el ingreso son los que considero que necesito	4,20	2,98	4,44	3,86
	En general estoy satisfecho con mi estancia en la unidad	4,39	3,69	4,34	4,14
Satisfacción general	Me siento mejor al alta que cuando ingresé	4,61	3,92	4,22	4,27
	El ingreso me ha ayudado a afrontar mejor mi problema de salud	4,49	3,78	4,15	4,16
	La medicación me ha ayudado a sentirme mejor	4,38	3,80	3,98	4,08
	Volvería a acudir al hospital a pedir ayuda en un futuro si lo necesitara	4,51	4,22	4,59	4,43

8.2 FIGURAS

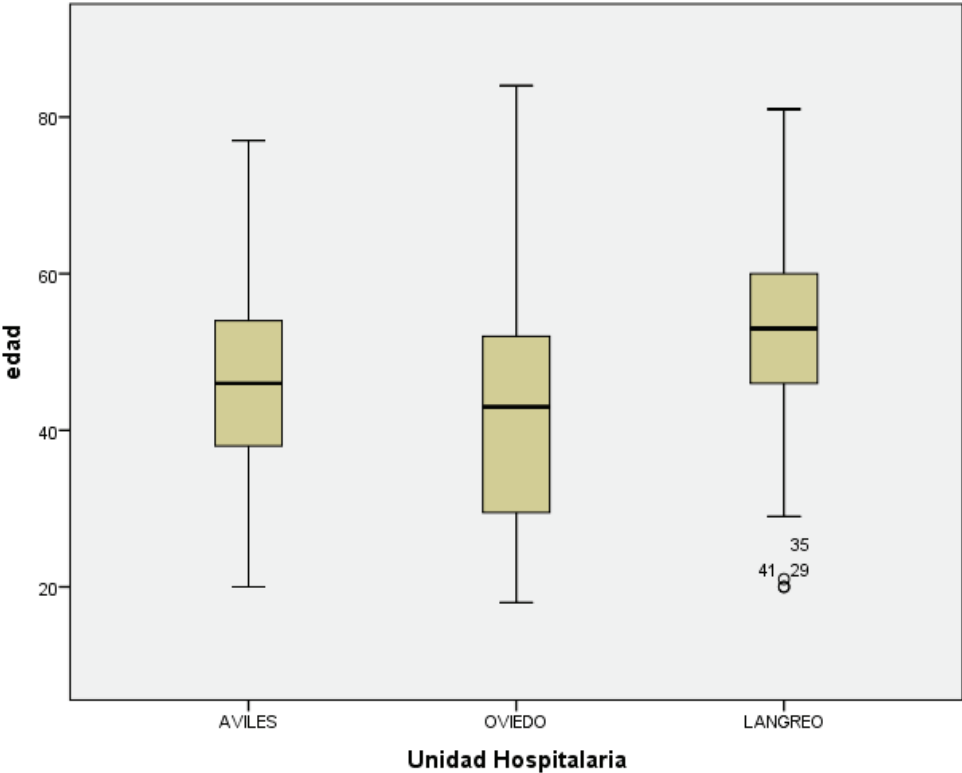


Gráfico 1. Gráfico de cajas y bigotes de la media de edad en las unidades estudiadas

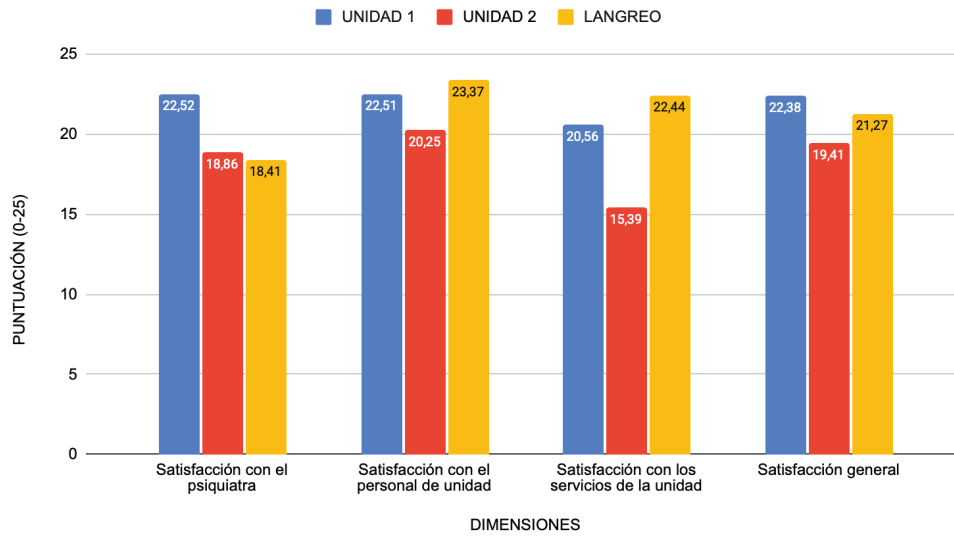


Gráfico 2. Puntuación total por dimensiones y unidades del cuestionario PSYQUEST (Rango 0-25).

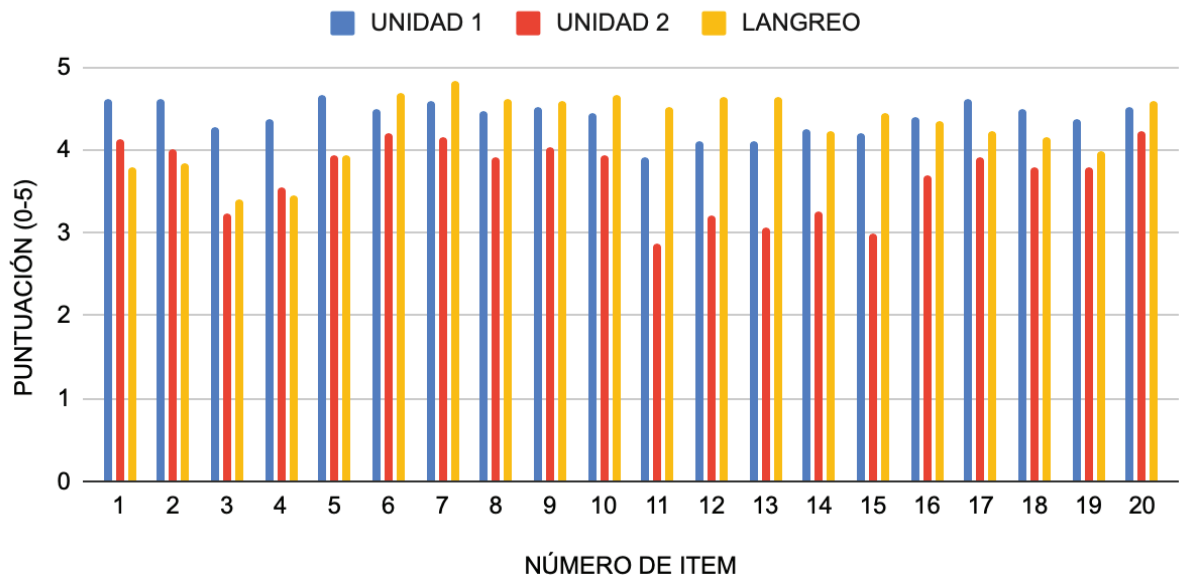


Gráfico 3. Puntuación media por unidades e ítem del cuestionario PSYQUEST

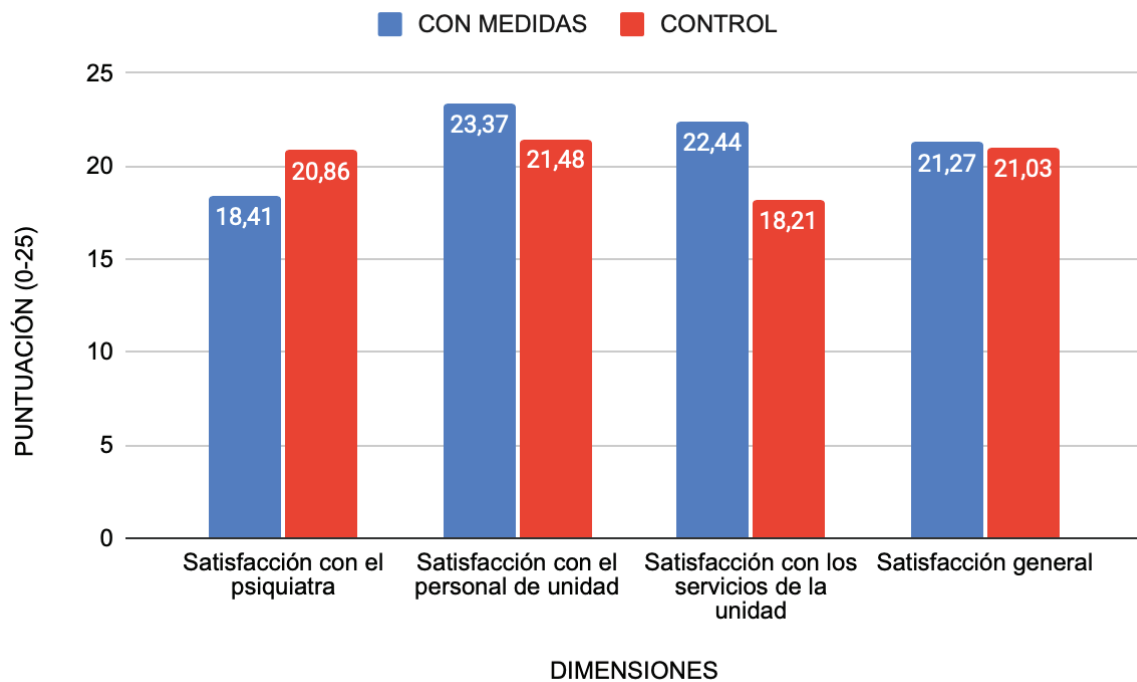


Gráfico 4. Puntuación media por unidad con medidas, grupo control y dimensiones del cuestionario PSYQUEST. Se observan diferencias significativas entre unidades.

8.3 CUESTIONARIOS

GAD-7: Escala de Ansiedad Generalizada

Durante las últimas 2 semanas, ¿qué tan seguido ha tenido molestias debido a los siguientes problemas? Marque con un círculo (○) la respuesta que mejor describa su experiencia.

Ítem	Ningún día	Varios días	Más de la mitad de los días	Casi todos los días
1. Se ha sentido nervioso/a, ansioso/a o con los nervios de punta	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. No ha sido capaz de parar o controlar su preocupación	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Se ha preocupado demasiado por motivos diferentes	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. Ha tenido dificultad para relajarse	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. Se ha sentido tan inquieto/a que no ha podido quedarse quieto/a	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. Se ha molestado o irritado fácilmente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. Ha tenido miedo de que algo terrible fuera a pasar	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

La escala tiene un rango de puntuación de **0 a 21 puntos**, y su clasificación es la siguiente:

- 0 - 4 puntos → **Ansiedad mínima (baja)**
- 5 - 9 puntos → **Ansiedad leve(media-baja)**
- 10 - 14 puntos → **Ansiedad moderada (media-alta)**
- 15 - 21 puntos → **Ansiedad grave (alta)**

PSYQUEST: Satisfacción con los ingresos psiquiátricos

Marque con un círculo (○) la opción que mejor represente su opinión sobre cada afirmación.

Ítem	Muy en desacuerdo	Algo en desacuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	Algo de acuerdo	Muy de acuerdo
1. El/la psiquiatra me explicó el motivo y los objetivos del ingreso	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. El/la psiquiatra me explicó los motivos por los que considera que necesito tomar medicación	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. El/la psiquiatra me explicó los beneficios y efectos secundarios de la medicación	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. El/la psiquiatra tuvo en cuenta mi opinión al decidir sobre las opciones de tratamiento	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. Las entrevistas con el/la psiquiatra me son de utilidad	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. El personal de la unidad me ha tratado con	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

respeto durante el ingreso

7. El personal se ha interesado por mí durante el ingreso

8. Siento que el personal me entiende / me escucha

9. El trato con el personal me ha servido de ayuda durante el ingreso

10. El personal está disponible cuando me siento muy mal

11. Estoy conforme con las alternativas de ocio en la unidad (TV, radio, lectura, etc.)

12. Estoy satisfecho con las diferentes salas de la unidad (comedor, habitación, sala de TV)

13. Estoy satisfecho con el nivel de tranquilidad que ofrece la unidad

14. Siento que tengo espacios para mi intimidad durante el ingreso

15. Los objetos personales a los que tengo acceso en el ingreso son los que considero que necesito

16. En general estoy satisfecho con mi estancia en la unidad

17. Me siento mejor al alta que cuando ingresé

18. El ingreso me ha ayudado a afrontar mejor mi problema de salud

19. La medicación me ha ayudado a sentirme mejor

20. Volvería a acudir al hospital a pedir ayuda en un futuro si lo necesitara

Comentarios adicionales:

Puntuación total: 20 - 100 puntos

Propuesta de clasificación:

- **Baja satisfacción:** 20 - 46 puntos (\approx percentil 33)
- **Satisfacción media:** 47 - 73 puntos (\approx percentil 66)
- **Alta satisfacción:** 74 - 100 puntos

MARS-12: Evaluación de la Recuperación

Lee cada frase y marca con un círculo (○) el número que mejor represente tu grado de acuerdo:

Ítem	1	2	3	4	5
1. Veo un futuro esperanzador	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. Creo que las decisiones que tomo en mi vida son buenas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Soy capaz de marcar mis propios objetivos en la vida	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. Cuando tengo una recaída, estoy seguro/a de que puedo retomar el camino de la recuperación	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. Estoy convencido/a de que puedo lograr cambios	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**positivos en
mi vida**

6. Me siento aceptado/a tal y como soy

7. Creo que soy una persona fuerte

8. Me siento bien conmigo mismo/a incluso cuando otros/as me infravaloran por mi estado de salud mental

9. Puedo tener una vida plena y satisfactoria

10. Soy optimista y creo que podré resolver los problemas que se me presenten en el futuro

11. Sé que puedo cambiar aspectos de mi vida a

**pesar de mi
estado de
salud
mental**

12.Soy
**responsable
de los
cambios que
hago en mi
vida**

Puntuación total: 12 - 60 puntos

Propuesta de clasificación:

- **Baja recuperación:** 12 - 27 puntos
- **Recuperación media:** 28 - 44 puntos
- **Alta recuperación:** 45 - 60 puntos

8.4 HOJA DE RECOGIDA DE DATOS

HOJA DE RECOGIDA DE DATOS

TÍTULO:

FECHA DE RECOGIDA: dd/mm/aaaa

NHC: (nº historia [original] al revés – SISTEMA: S/M)

- **nº historia [original] al revés:** El NHC es un identificador único para cada paciente dentro de un sistema sanitario. Invertir el número de historia clínica es una medida de seudonimización que dificulta la identificación directa del paciente, ayudando a preservar su intimidad. Es decir, si el número original es 123456, el NHC que se muestra sería 654321.
- **SISTEMA: S/M:** Son los sistemas de gestión de historias clínicas electrónicas (HCE) usados en los distintos hospitales donde realizaremos el estudio. Se indicará con una S si pertenece a SELENE (Áreas III y VIII) y con una M si corresponde a MILLENNIUM (Área IV).

Ejemplo de codificación del NHC

Número de historia original: 784231

Sistema: SELENE (Área III)

Aplicación del formato:

NHC: 132487 – S

(nº historia 784231 al revés – SISTEMA: SELENE)

Este NHC se ha obtenido invirtiendo el número de historia clínica original (784231 → 132487), y se ha marcado con una S porque pertenece al sistema SELENE, usado en el Área III.

NÚMERO DE CASO: orden de recogida (1,2,3 ...)

VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS		
Fecha de nacimiento		dd/mm/aaaa
Sexo		1. masculino 2. femenino 3. no especificar
Estudios		0. Sin estudios 1. Primarios 2. Secundarios 3. Universitarios superiores o
Área Sanitaria		1. III (Avilés) 2. IV (Oviedo) 3. VIII (Langreo)
Diagnóstico clínico		1. T.de la personalidad 2. T.ansioso-depresivo 3. T.bipolar 4. T.adaptativo mixto 5. T.por consumo de sustancias 6. Otros T.psicóticos 7. Otros
Medidas de humanización		1. Si 2. No

VARIABLES A ESTUDIO INDEPENDIENTES		
Uso de dispositivos electrónicos		1. Permitido 2. No permitido
Visitas		1. Horario ampliado (13h-21h) 2. Horario estándar 3. No
Reforma espacios comunes		1. Reformado 2. No reformado
Puerta abierta		1. Permitido

		2. No permitido
--	--	-----------------

VARIABLES A ESTUDIO DEPENDIENTES		
Satisfacción		1. Alta 2. Media 3. Baja Evaluado mediante la escala PSYQUEST.
Ansiedad		1. Alta 2. Media-alta 3. Media-baja 4. Baja Evaluado mediante la escala GAD-7.
Experiencia del paciente - Recuperación		1. Alto 2. Medio 3. Bajo Evaluado mediante la escala MARS-12.
Número de contenciones mecánicas		Número de contenciones (valores continuos)
Tiempo de ingreso		Número de días (valores continuos)

8.5 MANUAL DE INSTRUCCIONES

Fecha de recogida de datos: Se codificará la fecha en la que se codifican los datos en el siguiente formato dd/mm/aaaa.

Número de historia clínica: Se codificará el número de historia que figura en el portal clínico (Selene y Millenium).

Número de caso: Se enumerará el caso evaluado en orden correlativo con un número anónimo y confidencial vinculado a cada NHC. En este caso el número procederá del número de historia a la inversa.

Fecha de nacimiento: La que consta en NHC en formato dd/mm/aaaa.

Sexo: Se codificará lo que proceda reflejado en el cuestionario.

Estudios: Se codificará el nivel de estudios reflejado en el cuestionario.

Número de contenciones mecánicas: Se contabilizarán el número de contenciones mecánicas realizadas al paciente desde la fecha de ingreso a la fecha de alta registradas en la historia clínica. Se codificará NO CONSTA cuando no se pueda calcular.

Número de contenciones químicas: Se contabilizarán el número de contenciones químicas administradas al paciente desde la fecha de ingreso a la fecha de alta registradas en la historia clínica. Se codificará NO CONSTA cuando no se pueda calcular.

Tiempo de ingreso: Se registrará con cifras numéricas el número de días que lleve ingresado el paciente el MISMO día que se respondan los cuestionarios, restando dicha fecha a la fecha de ingreso que conste en la HC.

Uso de dispositivos electrónicos: Se codificará el uso de dispositivos electrónicos a partir de los permisos que consten en la HC, revisando en el caso de que estén permitidos, el tiempo de uso concreto.

Visitas: Se codificarán la visitas recibidas por los pacientes a partir del horario de visitas permitido que conste en la HC.

Reforma en espacios comunes: Se codificará en función de si la unidad hospitalaria breve cuenta con espacios destinados al ocio y bienestar (salas de relajación y estimulación sensorial) del paciente.

Puerta abierta: Se codificará en función de si las puertas de la unidad hospitalaria breve están permanentemente abiertas o no.

Satisfacción: Se codificará la puntuación total del cuestionario realizado máximo 48h antes del alta a través del cuestionario llamado PSYQUEST.

Ansiedad: Se codificará la puntuación total del cuestionario realizado máximo 48h antes del alta a través del cuestionario llamado GAD-7.

Experiencia del paciente (recuperación): Se codificará la puntuación total del cuestionario realizado máximo **48h** antes del alta a través del cuestionario llamado MARS 12.

8.6 CARTA DE PRESENTACIÓN

Hoja de Información

TÍTULO DEL ESTUDIO: Evaluación de la experiencia del paciente en unidades de hospitalización psiquiátrica en Asturias

SERVICIO:.....

CENTRO:

CONTACTO:.....

Introducción

Nos dirigimos a usted para informarle sobre un estudio de investigación en el que se le invita a participar. El estudio ha sido aprobado por el Comité de Ética de Investigación del Principado de Asturias.

Antes de que Ud. decida si desea participar en este estudio, es importante que entienda por qué es necesaria esta investigación, lo que va a implicar su participación, cómo se va a utilizar su información y sus posibles beneficios, riesgos y molestias. Por favor, tómese el tiempo necesario para leer atentamente la información proporcionada a continuación y pregunte todo aquello que no comprenda o tenga especial interés para usted con el fin de aclararle las dudas que le puedan surgir.

Participación voluntaria

Debe saber que su participación en este estudio es voluntaria y que puede decidir NO participar. Si decide participar, puede cambiar su decisión y retirar el consentimiento en cualquier momento, sin que por ello se altere la relación con su médico ni se produzca perjuicio alguno en su atención sanitaria.

Descripción general y objetivo del estudio

Este estudio consiste en evaluar y analizar la experiencia de los pacientes ingresados en unidades de hospitalización psiquiátrica de Asturias. Toda la información requerida se obtendrá a partir de tres cuestionarios cuyo objetivo es poder valorar los niveles de ansiedad y satisfacción durante el tiempo que ha permanecido ingresado así como el nivel de recuperación que percibe previo al alta clínica. A su vez podrá rellenar un apartado en el que puede expresar su opinión personal sobre su ingreso en la unidad. Con esta información conoceremos la diferencia en la experiencia de los pacientes en unidades de hospitalización psiquiátrica que implementan medidas de humanización respecto a aquellas que no lo hacen.

El objetivo del estudio es evaluar el impacto de las medidas de humanización implementadas en las unidades de hospitalización psiquiátrica de Asturias.

¿Cómo se asigna la intervención?

Usted es invitado a participar porque cumple los criterios necesarios, ser mayor de 18 años, haber estado ingresado durante una semana (o más tiempo) en una unidad de hospitalización psiquiátrica, tener la posibilidad de cubrir los cuestionarios y la capacidad de comprensión de los mismos en un momento estable de la enfermedad.

¿En qué consiste mi participación?

En primer lugar, usted debe cumplir los requisitos para el acceso a dicho estudio y ha de ser informado sobre el mismo. Una vez que ha sido seleccionado su participación consistirá en responder diferentes encuestas para determinar sus niveles de ansiedad, satisfacción y conocer su experiencia durante el ingreso en la unidad de hospitalización en la que se encuentra ingresado.

¿Cómo se accederá a mi historial médico y con qué fines?

Durante el transcurso del estudio, miembros del equipo investigador necesitan poder acceder a su historia clínica para consultar datos clínicos necesarios como las incidencias que ha tenido durante el ingreso y el tiempo que ha permanecido ingresado. Su historia clínica se consultará en su centro asistencial habitual. En ningún caso se sacará el original del centro.

¿Qué beneficios se espera que pueda obtener por participar en este estudio?

Es posible que usted no obtenga ningún beneficio directo por participar en el estudio, aunque su colaboración será de gran ayuda para conocer el impacto que tienen las medidas de humanización en las unidades de hospitalización y así beneficiar en un futuro a otros pacientes.

¿Recibiré algún tipo de compensación económica?

No se prevé ningún tipo de compensación económica durante el estudio para usted ni para el equipo de investigación.

Participación voluntaria y retirada del estudio.

Debe saber que su participación en este estudio es voluntaria y que puede decidir no participar o cambiar su decisión y retirar el consentimiento en cualquier momento, sin que por ello se altere la relación con el personal sanitario del centro ni se produzca perjuicio alguno en su tratamiento.

En caso de que Vd. decidiera abandonar el estudio puede hacerlo permitiendo el uso de los datos obtenidos hasta el momento para la finalidad del estudio o, si fuera su voluntad, sus datos serían borrados de los ficheros informáticos.

Confidencialidad y protección de datos:

Todos los datos que se obtengan de su participación en el estudio serán almacenados con un código y en un lugar seguro, de acceso restringido. En todo el proceso se respetará con el máximo rigor todos los aspectos relacionados con la confidencialidad, de acuerdo con la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los

derechos digitales, y con el Reglamento (UE) 2016/679 del Parlamento europeo y del Consejo de 27 de abril de 2016 de Protección de Datos.

En ningún caso las publicaciones en que se expongan los resultados del estudio contendrán información que le pueda identificar directamente, como nombre y apellidos, iniciales, dirección, nº de la seguridad social, etc.

Gastos y compensación económica

Su participación en el estudio no le supondrá ningún gasto adicional a la práctica clínica habitual.

Contacto en caso de dudas

Si durante su participación tiene alguna duda o necesita obtener más información, póngase en contacto con Investigador del estudio, incluyendo:

- Servicio:
- Forma de localizarle:

8.7 CONSENTIMIENTO INFORMADO

COMPROMISO DEL INVESTIGADOR COLABORADOR

D.

Servicio:

Centro:

Hace constar:

- ✓ Que conoce el protocolo del estudio

Titulo: Evaluación de la experiencia del paciente en unidades de hospitalización psiquiátrica en Asturias

Promotor:

- ✓ Que el estudio respeta las normas éticas aplicables a este tipo de estudios de investigación
- ✓ Que participará como investigador colaborador en el mismo
- ✓ Que cuenta con los recursos materiales y humanos necesarios para llevar a cabo el estudio, sin que esto interfiera con la realización de otros estudios ni con las otras tareas profesionales asignadas
- ✓ Que se compromete a cumplir el protocolo presentado por el promotor y aprobado por el comité en todos sus puntos, así como las sucesivas modificaciones autorizadas por este último
- ✓ Que respetará las normas éticas y legales aplicables, en particular a la Declaración de Helsinki y al Convenio de Oviedo y seguirá las Normas de Buena Práctica en investigación en seres humanos en su realización

En Asturias, a de de 20

Asdo.

CONSENTIMIENTO INFORMADO POR ESCRITO DEL PARTICIPANTE

Título: Evaluación de la experiencia del paciente en unidades de hospitalización psiquiátrica en Asturias.

Investigador:

Yo, (nombre y apellidos)...

- He leído la hoja de información que se me ha entregado.
- He podido hacer preguntas sobre el estudio.
- He recibido suficiente información sobre el estudio.
- He hablado con: ... (nombre del investigador)...
- He tenido tiempo suficiente para considerar de manera adecuada mi participación en el estudio.
- Comprendo que mi participación es voluntaria.
- Comprendo que puedo retirarme del estudio:
 - cuando quiera.
 - sin tener que dar explicaciones.
 - sin que esto repercuta en mis cuidados médicos.

Presto libremente mi conformidad para participar en el estudio y doy mi consentimiento para el acceso y utilización de mis datos en las condiciones detalladas en la hoja de información.

.....

Firma del participante
Fecha: ____/____/____
(Nombre, firma y fecha de puño
y letra por el paciente)

.....

Firma del investigador
Fecha: ____/____/____
(Nombre, firma y fecha de puño
y letra por el médico)

FORMULACIÓN DE REVOCACIÓN DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, Don/Dña con DNI..... Por este conducto deseo informar mi decisión de retirarme de este protocolo de investigación por las siguientes razones:

(Este apartado es opcional y puede dejarse en blanco si así lo desea el paciente)

.....
.....

en representación de Don/Doña

.....

Firma del participante
Fecha: ____/____/____
Nombre, firma y fecha de puño y letra
letra

.....

Firma del representante
Fecha: ____/____/____
Nombre, firma y fecha de puño y