



UNIVERSITAT DE
BARCELONA

Percepción de calidad de los cuidados en el ámbito de salud mental penitenciaria desde la perspectiva de la población atendida y profesionales

Marta Domínguez del Campo



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

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

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



UNIVERSITAT DE
BARCELONA

TESIS DOCTORAL

Percepción de calidad de los cuidados en el ámbito de
salud mental penitenciaria desde la perspectiva de la
población atendida y profesionales

Marta Domínguez del Campo

2025



UNIVERSITAT DE
BARCELONA

Programa de Doctorado

Infermeria i Salut

Línea de investigación

Infermeria de salut mental i addiccions: instruments d'anàlisi i mesurament

Percepción de calidad de los cuidados en el ámbito de
salud mental penitenciaria desde la perspectiva de la
población atendida y profesionales

Tesis Doctoral

Marta Domínguez del Campo

Directores

Dr. Antonio R. Moreno Poyato

Dr. Juan F. Roldán Merino

Tutora

Dra. Montserrat Puig Llobet

Barcelona, mayo de 2025

A quienes confiaron su vulnerabilidad, su historia y su cuidado.

A quienes, pese a todo, siguen eligiendo cuidar.

"No es el qué, sino el cómo". Y aunque he materializado estas palabras una vez llegada a este punto del camino, el sentido de las mismas me ha acompañado a lo largo de este viaje hasta encontrarme en este punto de inflexión, escribiendo las palabras más difíciles de escribir de la presente memoria, ya que... si me cuesta sintetizar... ¡Cómo voy a poder hacerlo cuando soy tan agradecida! (en palabras de mi madre).

Por poner un orden formal, en primer lugar, quiero agradecer a quienes han sido la guía en este camino, quienes apostaron por mi sin conocerme, quienes me han ayudado a poner orden y tempo, sin perder el foco en el «porqué». A mis directores, gracias por la confianza y por regalarme vuestro tiempo y sabiduría. Hasta ahora creo que no he sido consciente y quizá, tampoco vosotros os habíais dado cuenta, pero arreglasteis lo que no habíais roto y eso es uno de los mayores regalos que me ha hecho la vida. Por cuidarme de la manera en la que lo habéis hecho, cada uno complementando al otro, esos cuidados no han sido invisibles.

Al Dr. Roldán: Juan, gracias por haberme dado esta y otras oportunidades (y todas las que están por venir), por enseñarme a que en el amor y en la enseñanza todo está en los pequeños detalles. Por cuidar de todos nosotros aun cuando las circunstancias no acompañaban, por mostrarme el valor de la resiliencia y de la vida.

Al Dr. Moreno: Toni, gracias por enseñarme el valor de las relaciones (terapéuticas todas ellas). Por hacer de un menú del día, un durum o una cerveza momentos excepcionales e inolvidables, llenos de ciencia, reflexión y pasión por el cuidado. Gracias por enseñarme a contemplar la esencia de la vida, por haber sido un apoyo incondicional dentro y fuera "de la pista de baile".

A la Dra. Puig por tu disposición y sensibilidad en el cuidado, por tu mirada hacia la mujer y por abrimos camino al resto.

A la Dra. Lluch, por iluminarnos con cada sonrisa, reconfortarnos en cada abrazo, guiarnos en cada paso y asombrarnos con cada una de tus palabras.

De mayor quiero ser como vosotros.

Parte de este camino he podido compartirlo con unos compañeros de doctorado, admirables, enfermeras comprometidas con la disciplina, inteligentes, perseverantes, cuidadoras. Manu, Sara, el inicio de todo esto fue por vosotros, gracias por convencerme en adentrarme en este "team", por estar, por acompañar, e incluso, tomar el relevo cuando he necesitado cuidarme.

Ana, Júlia, Kadi, escribiendo estas líneas también os tengo muy presentes, qué suerte rodearte de mujeres tan brillantes e inspiradoras.

Esta andadura comenzó mucho antes de lo imaginado, con mi continuo interrogante sobre la influencia del contexto en el cuidado de la persona, si en ese momento no hubiera propuesto adentrarme en el mundo de la salud mental penitenciaria, quizá no estaría escribiendo estas líneas. Por ello, es el momento de agradecer a quienes llevan tanto tiempo acompañándome en esto:

Gemma, qué te puedo decir que sea suficiente para describir lo enormemente feliz que me hace tenerte en mi vida. Por ser luz entre las sombras, por cuidarme desde el primer día con tanta generosidad y cariño, por preocuparte de cada una de nosotras aun cuando tú debías ser la máxima prioridad, en definitiva, por ser como eres, GRACIAS.

Susana, ¡Cuánto tengo que seguir aprendiendo de ti! de tu perseverancia, de tu entrega, de tu cariño; gracias por ser la gran mujer y científica que eres y luchar porque otras podamos ser.

Marcos, Sol, José de Dios, Noe, Elena muchísimas gracias por vuestra dedicación, por todo lo que habéis trabajado conmigo en la sombra por esta investigación (y por todas).

También, no puedo olvidar a las personas que me ayudaron a poder crear mi vínculo con el «área» cuando era residente: Carlos, Laura, Enric y en mi periodo como enfermera de la UHPP-C: José Manuel, Aitor, Hilari, Montse, gracias por abrirme los muros. Especialmente, Enric, además, gracias por habernos allanado el camino a los investigadores en salud mental penitenciaria. Es un honor poder aprender de ti.

Entrar en prisión te cambia la vida, y como profesional, romper con los estigmas asociados también lo hace. Cuidar en el medio penitenciario implica mucho más que asistir clínicamente: es sostener, dignificar y acompañar a personas con trayectorias vitales marcadas por la vulnerabilidad, el estigma y la exclusión. Es, como diría el gran referente Rafa Clua, cuidar en la lavandería o en la biblioteca. Gracias a todos los profesionales del área de salud mental penitenciaria por su profesionalidad, mantenida en todas las circunstancias. Recuerdo mi primer día, la rigidez asusta pero el trabajo en equipo me hizo tener ganas de volver al día siguiente. A mis compañeros de la UHPP-C, muchas gracias por toda vuestra ayuda y por el tiempo compartido, aunque, permitidme guardar un espacio especial para ella: Andrea, gracias por no rendirte, nunca dejes tu perseverancia a favor de la mejora de los cuidados, gracias por estar, por cuidar y enseñar con la sensibilidad

con la que lo haces. Sensibilidad que me recuerda a otra mujer brillante y (transculturalmente comprometida), Helen, gracias por preocuparte por mí y por ocuparte tan bien de «mi pequeña gran ilusión» durante mi ausencia, ojalá llegue el día en el que la asistencia y la investigación estén tan integradas que no tengamos que decidir "hacia donde ir". Y en esas y venidas, también, por los que llegan: Gracias David por compartir ambos mundos, en tan poquito tiempo estoy aprendiendo mucho de ti y de tu mirada cualitativa.

Y es que, me siento muy afortunada de haber podido construir lo que estamos construyendo, de poder alimentar mi infinita curiosidad en mi día a día, de que mis constantes «y esto, ¿por qué es?» se hayan convertido en mi granito de arena para acercar la evidencia para que la persona esté lo mejor cuidada siempre y gracias a ello, también ha podido desarrollarse esta tesis.

Isabel, Raquel, Josep María, Susana, gracias por haber apostado por ello, estaré, siempre, enormemente agradecida por haber dado ese paso tan necesario para la disciplina y, sobre todo, por haber confiado en mí para poder crecer «en mi casa» y permitirme acompañar al resto a que cuidemos cada día un poquito mejor. Ojalá, algún día pueda llegar a conseguir, aunque sea, la mitad de lo que habéis conseguido. Sois inspiración.

Pero ¿falta alguien verdad? Quien se adentró de lleno en esta aventura, quien se arremanga a más no poder, quien me ha demostrado que me aprecia bonito, porque me quiere libre, quien cada día quiere mejorar para que todos mejoremos. Una de las personas más honradas, responsables y trabajadoras que conozco, Ramón: gracias por ser guía, foco y ancla.

Hay personas que se convierten en hogar, casi desde el primer día, que protegen tan solo con su presencia. Bárbara, gracias por alegrarte de mis logros más que si fueran los tuyos propios. Gracias por cuidarme «desde el amor», como te gusta decir a ti. Por ser valiente, luchadora, leal y sobre todo real. Gracias por abrazarme cuando ni si quiera yo sé que lo necesito. A mis compañeros del Campus, gracias por impregnarme de vuestra sabiduría, resiliencia, compromiso y capacidad de adaptación.

Como veis, mi llegada a Barcelona me ha dado mucho, y entre tanto, tener en mi vida a unas personas maravillosas. A mis amigas: Alexita, Ana, Sandra, Cris, Alba, Ro, Laura's, gracias, gracias y gracias por ser mi chute de energía y mi calma. Cada ratito con vosotras se siente como una caricia en el alma cuando más lo necesitas. A mis pibes: Juan, Vladi, Lucas,

Joshuá, Ales, Rubén, ¡qué feliz me hace teneros! Gracias por cuidarme tanto y tan bien, sobre todo, en esos días en los que el día a día cuesta mucho más. Por los viernes. Por ser los mayores <<fans>> de esta tesis y aguantar mis chapas.

Y si cuidar en la distancia es complicado, con ellas no existen distancias, Carol y Yiyi, vosotras sabéis perfectamente qué significa todo esto para mí, cuantas batallas he librado (y hemos librado) durante todos estos años, pero las cosas bonitas llegan y ahora nos toca vivir la mejor etapa y como siempre, juntas.

Sois familia.

Y si algo hizo cambiarme la vida fue poder encontrar mi lugar, mi hogar, la <<otra parte de mi familia>>. Pepita, Miriam, Shey, Isma, José y mis niños preferidos: Aarón y Leo, gracias por ser mi lugar seguro donde poder echar raíces.

Y si todo lo anterior pensaba que estaba siendo difícil de escribir, ya os podéis estar imaginando como comienza a estar mi labio inferior... ya son 43 meses haciendo la tesis que os prometí que terminaría... aunque ya sabéis siempre me quedarán cinco proyectos más. Gracias por estar tan presentes que los kilómetros se hacen milímetros.

Mamá, ahora sí, no le tengas más manía a la tesis (ahora a lo que venga). Por enseñarme el valor del compromiso, de la constancia, de la dedicación más absoluta con todo lo que haces. Gracias por ser la mujer que eres, gracias por ser mi madre.

Papá, no querías que me alejara de casa para hacer la residencia... pero un par de años más tarde, todo cambió, ¿lo recuerdas? Hija, brilla, ese es tu sitio, conviértete en quien debes ser. Aunque tengo que reconocer que, a veces se me hace cuesta arriba, cuando quiero estar y no puedo. Gracias por enseñarme el valor de la valentía, de la lealtad y del esfuerzo, gracias por ser mi padre.

Nene, hermanita, Julieta, pri, GRACIAS por haber tomado el relevo, por querer ser mejores personas cada día y, por consiguiente, hacer que yo también me esfuerce para serlo. Los tiempos han sido duros y habéis estado a la altura, como diría alguno... ¡qué maduros! Por cuidarme (y cuidarnos) tanto. Por ser la representación de todos a una, por sentirnos tan cerca.

<<Tenim un nom que ho sap tothom>> y este solo puede ser uno: Los Cariños. Si a alguien le tengo que dedicar esta tesis es a ti. Conmigo aprendiste el significado de ser <<doctoranda>> aunque en realidad hasta ahora ni yo misma lo sabía, pero contigo aprendí el significado del amor. Como ya te he dicho en alguna ocasión, gracias por ser motor y no freno. Por inspirarme a ser mejor cada día, por dar el 100% de los dos cuando la investigación me tiene absorta, por mostrarme lo orgulloso que estás de mí y de nuestra vida todos los días. Por ayudarme a que confíe en mí y a exponerme a mis miedos. Pero también, por recordarme que está bien parar, escucharme y cuidarme para coger impulso. Y porque sé que, aunque lo intentara no podría sin ti. Porque por muy duro que haya sido el día, al final siempre llegaremos a casa. Eres mi paz.

A quienes han vigilado más que mis directores que esta tesis acabe escribiéndose... Ares y Minerva. Gracias por acompañarme cada día y cada noche frente al ordenador (y por haber querido escribir en ella algún que otro párrafo).

<<Y para terminar me agradezco a mí, porque me he traído hasta aquí>> (es la primera vez que escribo este tipo de palabras, así que dejaré que las canciones hablen). Después de tanta tormenta parece que se calmó el mar, aunque, a veces, sigo en menos veinte. Gracias por haber aprendido que está bien no sentirse bien, pero también, que la hiperexigencia no es mi mayor aliada. Gracias ansiedad por haber sido el motor de muchos proyectos, aunque ahora he aprendido a escucharte todo lo que me querías decir. Gracias curiosidad por ser mi esencia más absoluta. Gracias ilusión por hacer que cada proyecto sea mágico. El mañana fue muy bonito.

RESUMEN

INTRODUCCIÓN

La calidad de los cuidados en salud mental es un concepto multidimensional, influido por la relación terapéutica, la participación en la planificación del cuidado y la percepción del entorno, cuya manifestación impacta tanto en la recuperación de las personas atendidas como en la satisfacción laboral de los profesionales.

En el ámbito penitenciario, su evaluación es fundamental para garantizar una atención efectiva y humanizada. A pesar de la alta prevalencia de problemas de salud mental entre las personas ingresadas en los centros penitenciarios, existen pocas investigaciones que comparen la percepción de calidad de los cuidados entre las personas atendidas y los profesionales de la salud.

En este sentido, la familia de instrumentos Quality of Psychiatric Care (QPC) se presenta como la más adecuada, por su validación tanto en profesionales como en usuarios de diferentes ámbitos (comunitario, hospitalario y penitenciario). En España, se han validado instrumentos QPC para ámbitos hospitalarios y comunitarios, pero no existía una adaptación para el ámbito penitenciario.

OBJETIVOS

La presente tesis doctoral se estructura en tres estudios independientes cuyos objetivos generales fueron:

- Adaptar transculturalmente al castellano y validar psicométricamente el instrumento QPC-FIPS (versiones profesionales).
- Adaptar transculturalmente al castellano y validar psicométricamente el instrumento QPC-FIP (versión personas atendidas).
- Evaluar la percepción de la calidad del cuidado desde la perspectiva de las personas atendidas y de los profesionales de las unidades de salud mental penitenciarias del Parc Sanitari Sant Joan de Déu.

METODOLOGÍA

Para dar respuesta a los objetivos relacionados con la adaptación y validación de los instrumentos, se llevó a cabo un estudio psicométrico estructurado en dos fases:

- 1. Adaptación transcultural de los instrumentos QPC-FIPS y QPC-FIP mediante un proceso de traducción, retrotraducción y pilotaje de pretest cognitivo.

- 2. Validación de las propiedades psicométricas de los instrumentos mediante el análisis de la validez de constructo, mediante un análisis factorial confirmatorio (CFA), la validez convergente y la fiabilidad mediante coeficientes de consistencia interna y estabilidad temporal de las versiones adaptadas al castellano.

Para dar respuesta al objetivo referente a la evaluación de la percepción de la calidad, se llevó a cabo un estudio cuantitativo descriptivo de corte transversal en cuatro unidades de salud mental penitenciarias del Parc Sanitari Sant Joan de Déu, con una muestra total de 170 profesionales y 124 personas atendidas.

El análisis estadístico incluyó pruebas de normalidad mediante el test de Shapiro-Wilk para determinar la distribución de las variables. Para la comparación de medias, se aplicaron pruebas paramétricas o no paramétricas dependiendo de la normalidad. Además, se llevaron a cabo modelos de regresión multivariada para identificar factores asociados a la percepción de calidad del cuidado. Para el control del error tipo I en comparaciones múltiples, se aplicó la corrección de Bonferroni-Holm.

RESULTADOS

Ambos instrumentos mostraron una estructura factorial de siete dimensiones, coherente con la versión original. Presentaron alta fiabilidad (alfa de Cronbach $> .910$) y buena estabilidad temporal (ICC $> .80$).

Las personas atendidas reportaron percepciones de calidad significativamente más altas que los profesionales ($p < .001$), excepto en la dimensión Apoyo, donde no se encontraron diferencias.

Los factores asociados a una mejor percepción de la calidad de la población atendida fueron la participación en la planificación de cuidados y los cuidados enfermeros individualizados, entre otros. En cuanto a los profesionales, se destacó la satisfacción laboral, tanto intrínseca como extrínseca.

Se identificaron diferencias significativas entre unidades asistenciales en las dimensiones de participación, alta, aislamiento, seguridad y percepción general de la calidad ($p < .05$).

CONCLUSIONES

Los instrumentos Quality in Psychiatric Care – Forensic In-patients (QPC-FIP) y Quality in Psychiatric Care – Forensic In-patients Staff (QPC-FIPS), adaptados transculturalmente al castellano, presentaron buenas propiedades psicométricas en términos de validez de

constructo (con una estructura de 7 dimensiones, congruente con las versiones originales) y fiabilidad (consistencia interna y estabilidad temporal) para evaluación de la percepción de la calidad en el ámbito de la salud mental penitenciaria.

La presente tesis evidencia discrepancias y confluencias en las percepciones de las personas atendidas y de los profesionales en cuanto a la calidad del cuidado. Los hallazgos refuerzan la necesidad de analizar ambas perspectivas para comprender la atención en salud mental penitenciaria.

Se destaca la importancia de: utilizar instrumentos estandarizados para la evaluación de la calidad; la necesidad de implementar estrategias centradas en la persona; así como, mejorar las condiciones laborales de los profesionales, para optimizar los cuidados en unidades de salud mental penitenciarias.

Descriptores en ciencias de la salud (DeCS): Salud mental, Calidad de la Atención de Salud, Prisiones, Derechos Humanos, Atención Centrada en el Paciente.

ABSTRACT

INTRODUCTION

Quality in Psychiatric Care is a multidimensional concept, influenced by the therapeutic relationship, participation in care planning, and the perception of the environment. Its manifestation impacts both the recovery of inpatients and the job satisfaction of staff.

In the prison setting, evaluating quality is essential to ensure effective and humanized care. Despite the high prevalence of mental health issues among forensic in-patients, there is a lack of research comparing perceptions of quality of care between in-patients and healthcare staff.

In this context, the Quality in Psychiatric Care (QPC) instrument family emerges as the most suitable, having been validated for both staff and in-patients across various settings (community settings, hospital, and forensic). In Spain, QPC instruments have been validated for hospital and community settings, but there is not adaptation for the forensic mental health setting.

AIMS

This doctoral thesis is structured into three independent studies, with the following general aims:

- To perform a cross-cultural adaptation into Spanish and psychometric validation of the QPC-FIPS instrument (staff's version).
- To perform a cross-cultural adaptation into Spanish and psychometric validation of the QPC-FIP instrument (in-patient's version).
- To assess the perception of care from the perspective of in-patients and staff in the Psychiatric Forensic Units of Parc Sanitari Sant Joan de Déu.

METHODOLOGY

To validate the instruments, a psychometric study was conducted, structured in two phases:

- 1. Cross-cultural adaptation of the QPC-FIPS and QPC-FIP instruments through a process of translation, back-translation, and pretest cognitive pilot testing.
- 2. Validation of the psychometric properties of the instruments through construct validity analysis using confirmatory factor analysis (CFA), convergent validity, and reliability via internal consistency and test-retest stability coefficients for the Spanish-adapted versions.

ABSTRACT

To assess the perception of quality of care, a cross-sectional descriptive quantitative study was conducted in four psychiatric forensic units at Parc Sanitari Sant Joan de Déu, with a total sample of 170 professionals and 124 in-patients.

Statistical analyses included normality testing using the Shapiro-Wilk test to determine variable distributions. Depending on normality, parametric or non-parametric tests were applied for mean comparisons. Additionally, multivariate regression models were used to identify factors associated with the perception of care quality. Bonferroni-Holm correction was applied to control for Type I error in multiple comparisons.

RESULTS

Both instruments demonstrated a seven-factor structure, consistent with the original versions. They exhibited high reliability (Cronbach's alpha > .910) and good temporal stability (ICC > .80).

In-patients reported significantly higher perceptions of care quality than staff ($p < .001$), except in the Support factor, where no differences were found.

Factors associated with a better perception of quality of care among in-patients included participation in care planning and individualized nursing care, among others. Among staff, both intrinsic and extrinsic job satisfaction stood out as influential.

Significant differences were identified between facilities in the dimensions of participation, discharge, isolation, safety, and general perception of quality ($p < .05$).

CONCLUSIONS

The Quality in Psychiatric Care – Forensic Inpatients (QPC-FIP) and Quality in Psychiatric Care – Forensic Inpatients Staff (QPC-FIPS) instruments, cross-culturally adapted into Spanish, demonstrated strong psychometric properties in terms of construct validity (with a seven-dimension structure consistent with the original versions) and reliability (internal consistency and test-retest stability) for assessing perceptions of quality of care in psychiatric forensic units.

This doctoral thesis highlights both discrepancies and convergences in the perceptions of in-patients and staff regarding the quality of care. The findings emphasize the need to analyze both perspectives to better understand mental health care in forensic settings.

ABSTRACT

It underscores the importance of using standardized instruments for quality assessment, implementing person-centered strategies, and improving professionals' working conditions to optimize care in psychiatric forensic units.

Medical Subject Headings (MeSH): Mental Health, Quality of Health Care, Prisons, Human Rights and Patient-Centered Care.

RESUM

INTRODUCCIÓ

La qualitat de l'atenció en salut mental és un concepte multidimensional, influït per la relació terapèutica, la participació en la planificació de les cures i la percepció de l'entorn assistencial. Aquests elements impacten tant en el procés de recuperació de les persones ateses com en la satisfacció laboral dels professionals.

En l'àmbit penitenciari, l'avaluació de la qualitat esdevé essencial per garantir una atenció efectiva, digna i humanitzada. Malgrat la elevada prevalença de trastorns de salut mental entre les persones internes als centres penitenciaris, són escassos els estudis que comparin la percepció de la qualitat de l'atenció entre les persones ateses i els professionals sanitaris.

En aquest context, la família d'instruments *Quality of Psychiatric Care* (QPC) es presenta com la més adequada, atesa la seva validació tant per a professionals com per a persones ateses en diversos àmbits (comunitari, hospitalari i penitenciari). A l'Estat espanyol, fins ara s'havien validat instruments QPC per a àmbits hospitalaris i comunitaris, però no existia cap adaptació específica per al context penitenciari.

OBJECTIUS

Aquesta tesi doctoral s'estructura en tres estudis independents amb els objectius generals següents:

- Adaptar transculturalment al castellà i validar psicomètricament l'instrument QPC-FIPS (versió per a professionals).
- Adaptar transculturalment al castellà i validar psicomètricament l'instrument QPC-FIP (versió per a persones ateses).
- Avaluar la percepció de la qualitat de les cures des de la perspectiva de les persones ateses i dels professionals de les unitats de salut mental penitenciàries del Parc Sanitari Sant Joan de Déu.

METODOLOGIA

Per donar resposta a la validació dels instruments, es va dur a terme un estudi psicomètric estructurat en dues fases:

- 1. Adaptació transcultural dels instruments QPC-FIPS i QPC-FIP mitjançant un procés de traducció, retrotraducció i pilotatge mitjançant pretest cognitiu.
- 2. Validació de les propietats psicomètriques dels instruments a través de l'anàlisi de la validesa de constructe (mitjançant anàlisi factorial confirmatòria, CFA), de la validesa convergent i de la fiabilitat, avaluada amb coeficients de consistència interna i estabilitat temporal de les versions adaptades.

Per donar resposta a l'objectiu d'avaluar la percepció de la qualitat de les cures, es va realitzar un estudi quantitatiu descriptiu, de disseny transversal, en quatre unitats de salut mental penitenciàries del Parc Sanitari Sant Joan de Déu, amb una mostra total de 170 professionals i 124 persones ateses.

L'anàlisi estadística va incloure proves de normalitat mitjançant el test de Shapiro-Wilk. La comparació de mitjanes es va fer mitjançant proves paramètriques o no paramètriques segons la distribució de les variables. Addicionalment, es van aplicar models de regressió multivariada per identificar els factors associats a la percepció de qualitat de les cures. Per controlar l'error de tipus I en comparacions múltiples es va aplicar la correcció de Bonferroni-Holm.

RESULTATS

Els dos instruments van mostrar una estructura factorial de set dimensions, coherent amb la versió original. Van presentar una alta fiabilitat (alfa de Cronbach > .910) i una bona estabilitat temporal (ICC > .80).

Les persones ateses van reportar percepcions de qualitat significativament més altes que les dels professionals ($p < .001$), excepte en la dimensió de Suport, on no es van observar diferències.

Els factors associats a una millor percepció de la qualitat entre les persones ateses van ser, entre d'altres, la participació en la planificació de les cures i l'atenció infermera individualitzada. Pel que fa als professionals, va destacar el paper de la satisfacció laboral, tant intrínseca com extrínseca.

Es van identificar diferències significatives entre unitats assistencials en les dimensions de participació, alta, aïllament, seguretat i percepció general de la qualitat ($p < .05$).

CONCLUSIONS

Els instruments Quality in Psychiatric Care – Forensic Inpatients (QPC-FIP) i Quality in Psychiatric Care – Forensic Inpatients Staff (QPC-FIPS), adaptats transculturalment al castellà, van mostrar unes bones propietats psicomètriques pel que fa a la validesa de constructe (amb una estructura de set dimensions, coherent amb les versions originals) i a la fiabilitat (consistència interna i estabilitat temporal) per a l'avaluació de la percepció de la qualitat de l'atenció en l'àmbit de la salut mental penitenciària.

Aquesta tesi posa de manifest tant les discrepàncies com les convergències en les percepcions de les persones ateses i dels professionals pel que fa a la qualitat de les cures. Els resultats reforcen la necessitat d'incorporar ambdues perspectives per comprendre i millorar l'atenció en salut mental en l'àmbit penitenciari.

S'emfatitza la importància de fer servir instruments estandarditzats per a l'avaluació de la qualitat, d'implementar estratègies centrades en la persona i de millorar les condicions laborals dels professionals com a camins essencials per optimitzar l'atenció en les unitats de salut mental penitenciàries.

Paraules clau: Salut mental, Qualitat de l'atenció sanitària, Presons, Drets humans i Atenció centrada en la persona.

RELACIÓN CON LOS
OBJETIVOS DE DESARROLLO
SOSTENIBLE (ODS) Y LAS
ESTRATEGIAS NACIONALES
DE SALUD MENTAL

La presente tesis doctoral se enmarca en el **Objetivo de Desarrollo Sostenible (ODS) 03. Bienestar y Salud**, específicamente en el acceso a servicios de atención de salud esenciales de calidad, así como en el **ODS 10. Reducción de las desigualdades**, ya que busca reducir las desigualdades en poblaciones vulnerables como son las personas privadas de libertad con problemas de salud mental (Organización de las Naciones Unidas, 2015).

En cuanto a la estrategia de Salud Mental del Sistema Nacional de Salud (SNS) 2022 – 2026, los estudios presentados se encuentran conectados con los principios de la Línea estratégica 2: Atención centrada en la persona, la Línea estratégica 5: Derechos humanos y atención sin coerción y la Línea estratégica 6: Reducción de la desigualdad en salud mental (Ministerio de Sanidad, 2022).

Finalmente, relacionado con el reciente Plan de Acción de Salud Mental (2025 – 2027), los resultados obtenidos se alinean con el Modelo de atención orientado a los derechos humanos, humanización y lucha contra el estigma (línea 3) y el abordaje de problemas de salud mental en contextos y colectivos de mayor vulnerabilidad (línea 5) (Comisionado de Salud Mental, 2025).

ÍNDICE DE CONTENIDOS

INTRODUCCIÓN	- 1 -
1.1. Fundamentos teóricos: Bases conceptuales	- 1 -
1.1.1. Metaparadigma enfermero.....	- 1 -
1.1.2. Conceptualización de persona.....	- 3 -
1.1.3. Conceptualización de entorno	- 4 -
1.1.4. Conceptualización de cuidado.....	- 5 -
1.2. Modelo de atención en salud mental: Atención Centrada en la Persona y Modelo de Recuperación	- 8 -
1.2.1. Principios de la Atención Centrada en la Persona en salud mental	- 8 -
1.2.2. Modelo de Recuperación en Salud Mental	- 10 -
1.3. El medio penitenciario y su atención a la salud mental	- 13 -
1.3.1. Marco legislativo penitenciario.....	- 13 -
1.3.2. Atención a la salud mental en el ámbito penitenciario de Cataluña	- 14 -
1.3.3. Características definitorias de la población atendida en unidades de salud mental penitenciaria.....	- 16 -
1.3.4. Necesidades de la población atendida en unidades de salud mental penitenciaria	- 17 -
1.4. Calidad de los cuidados en el ámbito de la salud mental penitenciario: influencia en la Recuperación y Calidad de Vida	- 18 -
1.4.1. Evolución conceptual de la calidad asistencial.....	- 18 -
1.4.2. Calidad de los cuidados en salud mental: Quality Rights.....	- 20 -
1.4.3. Impacto de la calidad de los cuidados en el proceso de recuperación y calidad de vida	- 22 -
1.4.4. Importancia de la perspectiva de la persona atendida en la evaluación de la calidad de los cuidados en entornos penitenciarios	- 23 -
1.4.5. Instrumentos de evaluación de la calidad de los cuidados en unidades de salud mental	- 24 -
1.4.6. Quality in Psychiatric Care	- 26 -
1.4.7. Quality in Psychiatric Care – Forensic Inpatients (<i>Staff</i>)	- 27 -
JUSTIFICACIÓN	- 29 -
OBJETIVOS	- 35 -
METODOLOGÍA Y RESULTADOS	- 39 -
RESULTADOS DEL OBJETIVO 1	- 43 -
RESULTADOS DEL OBJETIVO 2	- 57 -
RESULTADOS DEL OBJETIVO 3	- 75 -

DISCUSIÓN.....	- 109 -
5.1. Proceso de adaptación transcultural de los instrumentos	- 111 -
5.2. Evaluación de las propiedades psicométricas de los instrumentos	- 113 -
5.3. Percepción de la calidad de los cuidados en salud mental penitenciaria desde la perspectiva de la población atendida y de los profesionales.....	- 116 -
5.3.1. Análisis general de la percepción de la calidad de los cuidados	- 116 -
5.3.2. La relación terapéutica y el apoyo percibido	- 117 -
5.3.3. Participación, autonomía y planificación del alta	- 119 -
5.3.4. Entorno institucional: aislamiento, percepción de seguridad y características forenses	- 120 -
5.3.5. Comparativa de la percepción de la calidad de los cuidados en diferentes contextos -	122 -
5.3.6. Integración la percepción de la calidad de los cuidados en las bases teóricas del cuidado de la salud mental.....	- 123 -
5.4. Fortalezas y limitaciones	- 124 -
IMPLICACIONES.....	- 127 -
6.1. Implicaciones para la práctica clínica	- 129 -
6.2. Implicaciones para la organización y la gestión de la unidades de salud mental penitenciaria	- 130 -
6.3. Implicaciones para la planificación sanitaria	- 130 -
6.4. Implicaciones para la formación, innovación y la investigación.....	- 131 -
6.5. Líneas futuras de investigación.....	- 132 -
CONCLUSIONES	- 133 -
FINANCIACIÓN	- 139 -
PRODUCCIÓN CIENTÍFICA DERIVADA.....	- 143 -
9.1. Artículos derivados de la tesis	- 145 -
9.2. Comunicaciones orales y posters	- 146 -
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	- 147 -
ANEXOS.....	- 165 -
11.1. Anexo 1: Convenio de colaboración internacional	- 167 -
11.2. Anexo 2: Informe favorable del CEIm – PIC 73-18	- 177 -
11.3. Anexo 3: QPC – FIP - castellano	- 181 -
11.4. Anexo 4: QPC – FIPS - castellano	- 185 -

ÍNDICE DE ACRÓNIMOS

α	A de Cronbach
ACP	Atención Centrada en la Persona
AFC	Análisis Factorial Confirmatorio
AGFI	Índice de Bondad de Ajuste
AQUAS	Agencia de Calidad y Evaluación Sanitarias de Cataluña
B	Beta
BBNFI	Índice de Bentler Bonnet Normed Fit
BBNFI	Índice de Bentler Bonnet Non Normed Fit
CCI	Coefficiente de Correlación Intraclase
CFI	Índice de Ajuste Comparativo
CAPE	Combined Assessment of Psychiatric Environments
CEIm	Comité Ético de Investigación con medicamentos
CDPD	Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad
EQS	Programa estadístico Structural Equation Modeling
GFI	Índice de Bondad de Ajuste
GPEQ	General Practitioners Experiences Questionnaire
IQR	Rango Intercuartílico
ISO	Organización Internacional para la Normalización Lingüística
N	Muestra
NTP-394	Escala general de satisfacción laboral
OMS	Organización Mundial de la Salud
ONU	Organización de las Naciones Unidas
p	Coefficiente de significación
PCP-QC	Programa de Colaboración con Primaria – Centro Quatre Camins
PLAENSA	Plan de encuestas de satisfacción
PRECA	Estudio de Prevalencia de trastornos mentales en centros penitenciarios españoles
POPEQ	The Psychiatric Outpatient Experiences Questionnaires
PSSJD	Parc Sanitari Sant Joan de Déu
QPC	Quality in Psychiatric Care
QPC-FIP	Quality in Psychiatric Care- Forensic In-patients

QPC-FIPS	Quality in Psychiatric Care- Forensic In-patients Staff
QPC-IP	Quality in Psychiatric Care- In-patients
QPC-IPS	Quality in Psychiatric Care- In-patients Staff
QPC-OP	Quality in Psychiatric Care- Out-patients
QPC-OPS	Quality in Psychiatric Care- Out-patients Staff
RMSE	Raíz del Error Cuadrático Medio
r	Coeficiente de correlación de Pearson
rho	Coeficiente de correlación de Spearman
SE	Standard Error
SPSS	Statistical Package for the Social Sciences
SERVQUAL	Escala de medición la calidad en el servicio
UPP	Unidades Psiquiátricas Penitenciarias
UHPP-C	Unidad de Hospitalización Psiquiátrica Penitenciaria de Catalunya
UHRPI	Unidad de Rehabilitación Psiquiátrica Intensiva
UTT	Unidad Terapéutica del Centro Educativo Els Tl·lers
$\tilde{\chi}$	Mediana

INTRODUCCIÓN

1.1. Fundamentos teóricos: Bases conceptuales

La base teórica que sustenta el presente trabajo versa sobre el Metaparadigma enfermero y la relación entre sus elementos metaparadigmáticos. Para la presente tesis doctoral se materializará dicha teoría en la percepción de la calidad de los cuidados de las personas atendidas en unidades de salud mental penitenciaria, así como, de los profesionales de salud mental de dichas unidades.

Por ello, en primer lugar, se presentará una conceptualización de los elementos metaparadigmáticos y siguiendo con la base más conceptual, se ahondará en la Atención Centrada en la Persona, actual modelo de atención en salud mental, así como, en la calidad de los cuidados en la atención a la salud mental. Tras esto, se especificarán las características que conforman el entorno penitenciario y su atención a la salud mental, exponiendo las características definitorias propias de las personas atendidas en dicho medio: los problemas de salud mental, necesidades y funcionalidad del presente grupo poblacional. Finalmente, se abordará la temática específica de la presente tesis doctoral: el estudio de la calidad de los cuidados en el ámbito de la salud mental penitenciaria y los instrumentos de evaluación de esta.

1.1.1. Metaparadigma enfermero

El concepto de metaparadigma en Enfermería fue introducido por Margaret Hardy en 1978, utilizando el marco teórico de Thomas Kuhn para abordar lo que ella describió como el estado “caótico” del conocimiento enfermero en esa época (Hardy, 1978).

Hardy definió el metaparadigma como una orientación ontológica, es decir, una forma en la que la disciplina de la enfermería se posiciona ante el mundo, influenciando profundamente la naturaleza del conocimiento que genera. Según Hardy, la Enfermería estaba en un estado "pre-paradigmático", en el que coexistían diversas perspectivas poco cohesionadas (Hardy, 1978). En contraposición, Jacqueline Fawcett afirmó posteriormente que la Enfermería ya contaba con un metaparadigma unificado basado en cuatro conceptos globales: persona, entorno, salud y cuidado (Fawcett, 1984).

Estos conceptos, identificados previamente por Yura y Torres (1975) en el análisis de programas de enfermería en Estados Unidos (Yura & Torres, 1975), formaban una estructura básica que, según Fawcett, proporcionaba dirección para el desarrollo teórico

en la disciplina (Fawcett, 1984). Mediante un análisis de los modelos conceptuales de su época, Fawcett estableció relaciones clave entre estos conceptos, como persona-salud, persona-salud-entorno y persona-salud-cuidado, postulando que estos vínculos orientaban el estudio enfermero. Sin embargo, Thorne et al. (1998) señalaron que los conceptos del metaparadigma de Fawcett eran inestables, siendo interpretados de maneras contradictorias, y criticaron que el intento de Fawcett por imponer unidad en la disciplina había generado divisiones en lugar de cohesión teórica (Thorne et al., 1998).

En su evolución, Fawcett propuso en 2023 una versión revisada del metaparadigma que incluye los conceptos de “Seres Humanos”, “Entorno Global”, “Salud Planetaria” y “Actividades de los Enfermeros”, estableciendo una relación entre estos elementos para situar las actividades enfermeras en un contexto más amplio y global (Fawcett, 2023). En 2024, añadió la “Cultura” como un quinto concepto del metaparadigma, reconociendo su influencia en los modos de vida y creencias de las comunidades atendidas. Además, Fawcett se unió a la iniciativa de promover un metaparadigma que integre diversas perspectivas y refleje la heterogeneidad cultural y social de las poblaciones (O’Rourke & Fawcett, 2024).

Este enfoque plantea que la Enfermería, como disciplina esencial dentro del campo de la salud, debe basar su práctica clínica, docente, e investigadora en la interrelación de dichos conceptos.

1.1.2. Conceptualización de persona

El origen etimológico de la palabra procedente de la Grecia clásica, en dicha época se denominaba «persōna» a la máscara que se colocaban los actores para representar los diferentes personajes, lo cual muestra el paralelismo existente con la capacidad del ser humano de configurar su personalidad a lo largo de su vida. Con relación a la acepción conceptual de persona como “sujeto de derecho” (RAE, 2024c), ésta se remonta a la civilización romana donde comienza a denominarse persona a aquél sujeto con derecho, siendo éste un ciudadano “romano, libre y padre de familia”.

La preocupación filosófica por la persona tiene su origen en el siglo V a.c de la mano de Sócrates, sin embargo, no es hasta la aparición de la corriente fenomenológica que no se comienza a comprender a la persona como ser intencional integrado en su mundo. Alcanzado el siglo XX, aparece la corriente fenomenológica de la mano de Edmund Husserl, quien defiende que el Ser Humano tiene una intencionalidad que va a depender del objetivo que pretenda alcanzar, eligiendo así su actitud ante la situación y tras esto, las acciones que prefiera realizar entre todas las posibilidades que se presenta. Cada elección conlleva una posibilidad de acción, pero esta posibilidad de acción que se crea, paradójicamente, lleva asociado una restricción. Es por ello, que la persona está “condenada a ser libre” como expresaría posteriormente Sartre o “el hombre es forzosamente libre” haciendo alusión a Ortega (Ortega y Gasset, 1930).

Debido a esta libertad de elección las personas cambian, evolucionan, se transforman en función de las decisiones que toman sobre sus relaciones, intereses o prioridades con el fin de construirse a sí mismas mediante actos intencionados (Heidegger, 1927), actos de cuidado. Esta idea ha sido recogida por varias enfermeras teorizadoras como Martha Rogers o Rosemarie Rizzo Parse, quienes consideran que la persona no está preestablecida si no que se va constituyendo a lo largo de la vida a través de sus elecciones en relación con las circunstancias que le rodean (Parse, 2018; Rogers, 1971).

Teniendo en cuenta que el ser humano no existe en solitario, su transcendencia está vinculada a la de su entorno y sus vivencias a la de los demás, dando lugar a una realidad compartida.

1.1.3. Conceptualización de entorno

El concepto de entorno puede identificarse etimológicamente como “el conjunto de condiciones o circunstancias físicas, sociales, económicas, etc. de un lugar, una colectividad o una época” (RAE, 2024a). Se puede identificar que el «entorno» es la situación cultural temporoespacial donde ocurre un hecho, en otras palabras, se puede asemejar al escenario donde se lleva a cabo la acción. Este escenario permitirá a la persona la realización de una serie de acciones, así como, limitará sus elecciones y su modo de proceder, dependiendo de la relación que se forme entre ambos elementos: persona y entorno (Domínguez del Campo & Jiménez Rodríguez, 2017).

Atendiendo a una explicación teórica, la Teoría General de Sistemas, anunciada por Ludwing von Bertalanffy, explica que el entorno es definido como el “*área de sucesos y condiciones que influyen sobre el comportamiento de un sistema*” (von Bertalanffy, 1976), es decir, el área de sucesos que influye en el comportamiento de la persona. La teoría mencionada ha sido extrapolada a las ciencias económicas y de las teorías surgidas en ese ámbito se puede identificar que, el análisis coyuntural de los elementos del entorno puede predecir la tendencia que llevará aquello que es influido por ese entorno, en el caso que nos concierne, la tendencia del cuidado de la persona (Domínguez del Campo & Jiménez Rodríguez, 2017).

Adentrándonos en teorizaciones en el campo del cuidado, se destaca el modelo de adaptación que propone Sor Callista Roy, quien define que el entorno es un conjunto de condiciones que influirán en la conducta de las personas. Los estímulos que la persona recibe del entorno pueden ser de tres formas diferentes: por un lado, puede determinarse como estímulo focal, si es el estímulo más inmediato; estímulos contextuales, aquellos que están presentes en la situación y contribuyen al estímulo focal; y, por último, estímulos residuales, los cuales no están determinados en la situación del momento (Roy, 2009). Extrapolando dicha idea a la cuestión que nos concierne, el estímulo focal podría asemejarse a una situación vivida por una persona durante su estancia en el medio penitenciario; el estímulo contextual puede derivarse de las condiciones del medio penitenciario y el estímulo residual se equipararía a las circunstancias vividas por la persona que han constituido su trayectoria vital y, por consiguiente, su cuidado.

1.1.4. Conceptualización de cuidado

Tal y como muestra la Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de ordenación de las profesiones sanitarias, “corresponde a los Diplomados universitarios en Enfermería la dirección, evaluación y prestación de los cuidados de Enfermería orientados a la promoción, mantenimiento y recuperación de la salud, así como a la prevención de enfermedades y discapacidades” (Jefatura del Estado de España, 2003).

Añadido a esto, enfermeras dedicadas a la teorización sobre la Enfermería coinciden en el establecimiento del cuidado como constructo de la disciplina enfermera (Hernández - Conesa, 2003; Kérouac, 1996). Aunque dicho planteamiento no ha sido siempre de ese modo, la historia de los cuidados se retoma al comienzo de la especie humana ya que, desde entonces, es necesario «ocuparse» de la vida para que ésta pueda persistir.

Cuidar ha sido una práctica universal que garantiza la continuidad y el desarrollo, basada en la creación de hábitos específicos en cada grupo según sus posibilidades de responder a estas necesidades. Haciendo alusión a los estudios de Hernández Conesa, el descubrimiento del fuego por parte de los humanos en el Paleolítico originó ciertas prácticas para la conservación del grupo, tales como obtención de luz y calor, procesamiento de alimentos. Tras ello, la evolución en el Neolítico hacia el sedentarismo produjo que el cuidado proporcionado por los miembros del grupo no se realizara exclusivamente hacia las personas sino también hacia el entorno que los rodeaba para conservar su supervivencia (Hernández - Conesa, 2003). En cuanto a la realización de actos de cuidado, cabe destacar que todo lo relacionado con la conservación de los integrantes del grupo y la alimentación recaía en las mujeres. Así pues, se encargaban del mantenimiento del fuego, la recolección y preparación de los alimentos o el cuidado de las gestantes y los partos (Hernández Conesa, 1995).

Siguiendo los postulados de Marie-Françoise Collière, Cuidar es un acto de “mantener la vida asegurando la satisfacción de un conjunto de necesidades indispensables para la vida, pero que son diversas en su manifestación. Las diferentes posibilidades de responder a estas necesidades vitales crean e instauran hábitos de vida propios de cada grupo o persona” (Colliere, 1993).

Según la Real Academia Española un hábito es el “modo especial de proceder o conducirse adquirido por repetición de actos iguales o semejantes, u originado por tendencias instintivas” (RAE, 2024b).

Madeleine Leininger, definió el concepto de cultura, en su *Teoría de la diversidad y de la universalidad de los cuidados culturales*, como aquellos valores, creencias, modos de vida de personas o grupos, aprendidos, compartidos y transmitidos entre generaciones (Leininger, 1978), por lo que se podría apuntar que “las diferentes posibilidades de responder a estas necesidades vitales” (Colliere, 1993) formarán la cultura de un grupo o sociedad determinada.

En sus comienzos, no existía un oficio formal ni una disciplina científica dedicada al cuidado, sino una serie de prácticas cotidianas realizadas por la población para sostener la vida de la comunidad, formando costumbres relacionadas con la alimentación, el abrigo, la vivienda y la salud. Con el tiempo, estos hábitos se consolidaron en rituales y creencias propias de cada cultura, adaptados a los recursos disponibles y al entorno, promoviendo una diversidad de prácticas de cuidado en distintas sociedades. Sin embargo, el avance de los cuidados hacia la profesionalización científica desplazó esta visión integral, enfocándose cada vez más en la cura de enfermedades, lo cual transformó «cuidar» en un acto orientado principalmente a tratar la enfermedad.

Este cambio, influido por el control institucional y la marginación de las prácticas tradicionales de cuidado ejercidas por mujeres, moldeó el concepto actual de cuidados profesionales (Colliere, 1993; Kérouac, 1996). Ese cuidado profesionalizado, «cuidado enfermero», se desarrolla mediante la relación interpersonal cuando la persona receptora de cuidados presenta un desequilibrio entre su demanda de autocuidado terapéutico (acciones necesarias para cuidarse) y su agencia de autocuidado (capacidad para cuidarse) (Orem, 1993). Dicho autocuidado se encuentra influenciado por los Factores Básicos Condicionantes, los cuales representan características de la persona y del entorno que modulan el tipo y/o la cantidad de autocuidados requeridos para satisfacer sus requisitos de autocuidado, entendidos como los requerimientos que mantienen el funcionamiento humano (Orem, 1993).

El cuidado profesionalizado ha evolucionado en el tiempo en base a las corrientes de pensamiento presentes en cada época. Como afirmó Kérouac, es casi imposible, hablar de la disciplina enfermera, al igual que ocurre con cualquier otra disciplina, sin tener en

cuenta los contextos donde se enmarca su evolución, por lo que estableció las diferentes corrientes de pensamientos derivadas de los paradigmas científicos identificados por el filósofo Thomas Kuhn y el físico Capra en 1970 y 1982 respectivamente (Kérouac, 1996). Desde un paradigma de la categorización, centrado en el factor causal de las enfermedades, hasta el actual paradigma de la transformación, la atención a la salud ha estado dirigida hacia un objetivo.

Actualmente, esta visión científica propone que cada fenómeno presenta un patrón exclusivo de interacción entre el fenómeno y el mundo (de fenómenos) que le rodea (Kérouac, 1996). Gracias a esta corriente de pensamiento la Enfermería comenzó con la «apertura hacia el mundo». Dentro de esta orientación, la persona se considera un ser único el cual es inseparable de su entorno, estando en “**constante cambio mutuo y simultáneo**”, por lo que la salud no puede entenderse de manera aislada sino inherente al binomio persona – entorno (Domínguez del Campo & Jiménez Rodríguez, 2017).

El concepto actual de «cuidados profesionales» hasta principios del siglo XX seguía centrado en conservar la vida de manera integral, pero que con el tiempo ha evolucionado hacia una la atención centrada en la persona teniendo en consideración sus preferencias y el entorno en el cuidado.

1.2. Modelo de atención en salud mental: Atención Centrada en la Persona y Modelo de Recuperación

1.2.1. Principios de la Atención Centrada en la Persona en salud mental

La Atención Centrada en la Persona (ACP) conforma un marco de atención que redefine el paradigma tradicional al desplazar el foco de atención desde la patología hacia la biografía, los valores y la agencia individual (Büsselmann et al., 2021; Kennedy, 2022), dando voz a sus necesidades y preferencias. De este modo, se propone un modelo de atención holístico, individualizado, respetuoso y de empoderamiento de la población atendida. La aplicación de dicho modelo implica reconocer la dignidad intrínseca de la persona, fomentar su participación en las decisiones sobre su salud, adaptar los cuidados a su situación (familiar, social, cultural, etc.) e incorporar, además, la perspectiva de los cuidadores (*o, mejor dicho, cuidadoras*) como partícipes de esta atención (OMS, 2009).

Este tipo de enfoque tiene su base en la psicología humanista (Davidson & González-Ibáñez, 2017), tomando como ejemplo, el trabajo de Carl Rogers sobre la terapia centrada en el cliente (C. R. Rogers et al., 1981) y en movimientos de derechos de personas con discapacidad (Movimiento de Vida Independiente) (Oficina Vida Independent Barcelona, 2025).

Los pilares conceptuales de la Atención Centrada en la Persona en salud mental incluyen para su aplicabilidad: la adecuación de las intervenciones a la experiencia, al entorno familiar o social y a las circunstancias de cada persona; la relación terapéutica, basada en la escucha activa; el reconocimiento de la dignidad y los derechos de la persona y la participación en la planificación de los cuidados, promoviendo la autonomía y la capacidad de decisión sobre su proceso de salud (*corresponsabilidad en el cuidado*) (Bru-Luna et al., 2024).

La literatura ha documentado que la implementación de la ACP se asocia con mejoras en indicadores como la satisfacción percibida, la adherencia terapéutica, la autonomía y los resultados clínicos (Rahman et al., 2025), así como, un incremento de la satisfacción con los servicios (Doherty et al., 2020), mayor sensación de respeto y percepción de cuidados más humanizados (Boardman & Dave, 2020). De forma paralela, se ha observado que este enfoque impacta positivamente en el clima organizacional y en el bienestar emocional de los equipos asistenciales (Oates et al., 2020).

Organismos internacionales como la Organización Mundial de la Salud (OMS) y el Institute of Medicine han definido la Atención Centrada en la Persona como un estándar de referencia para los sistemas sanitarios contemporáneos, desde que en la 62ª Asamblea Mundial de la Salud (Ginebra, 2009) se reclamó situar en el centro de la atención a la persona que recibe la prestación de servicios de salud (OMS, 2009). En este sentido, tanto la Estrategia de Salud Mental del Sistema Nacional de Salud (2022-2026) (Ministerio de Sanidad, 2022) como el reciente Plan de Acción de Salud Mental 2025-2027 (Comisionado de Salud Mental, 2025) insisten en orientar los servicios hacia un modelo basado en derechos humanos, centrado en la persona y su contexto y alineado con la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (United Nations, 2006).

Por ello, el Plan de Acción de Salud Mental 2025-2027 recoge de manera explícita que el modelo asistencial debe basarse en la dignidad, autonomía y participación de las personas, fortaleciendo la humanización del sistema y promoviendo su implicación en la toma de decisiones sobre su atención. Esta directriz se traduce en acciones concretas orientadas al empoderamiento, al acceso a información clara y comprensible, a la planificación anticipada de decisiones y al fomento de alternativas no coercitivas en la atención en crisis (Comisionado de Salud Mental, 2025).

En el contexto penitenciario, la aplicación del modelo de ACP enfrenta dificultades derivadas del régimen de seguridad, las restricciones normativas y las acciones disciplinarias propias del medio. No obstante, investigaciones recientes demuestran que es posible introducir espacios de participación y corresponsabilidad incluso en entornos de alta contención (Lumén et al., 2024a; Lutz et al., 2022), siempre que se dispongan de dispositivos institucionales orientados a la dignificación del cuidado y a la restitución de derechos (*por supuesto*).

En este sentido, la ACP no puede desvincularse de los determinantes sociales de la salud mental. La intersección de vulnerabilidades como el género, la clase social, la etnia o la condición jurídica condiciona tanto el acceso como la calidad de los cuidados. Es imprescindible reconocer esta complejidad para avanzar hacia una atención verdaderamente centrada en la persona que sienta las bases relacionales, éticas y organizativas que permitan transitar hacia un modelo asistencial más coherente con los principios de recuperación.

Ambos enfoques se entrelazan para configurar un paradigma que no sólo respeta la dignidad de la persona, sino que también, promueve activamente su autonomía, participación y capacidad de reconstruir un proyecto de vida con sentido, incluso en escenarios marcados por la vulnerabilidad, la exclusión y el estigma (*como es el penitenciario*).

1.2.2. Modelo de Recuperación en Salud Mental

El Modelo de Recuperación se fundamenta en la experiencia vivida y narrada por personas con problemas de salud mental, quienes desde finales del siglo XX comenzaron a cuestionar activamente los discursos y prácticas hegemónicas de la psiquiatría. El testimonio de Patricia Deegan (1988) o la formulación de William Anthony, que definía la recuperación como un "proceso profundamente personal y único de transformación de actitudes, valores, sentimientos, metas y roles..." (Anthony, 1993), constituyen hitos fundacionales de esta mirada. Lejos de plantear la atención a la salud como retorno a un estado previo, el presente modelo reclama al desarrollo de una identidad resignificada y a la (*re*)construcción de su proyecto de vida aun conviviendo con la sintomatología (Davidson & González-Ibáñez, 2017).

En su consolidación teórica, el modelo de recuperación, al igual que en caso mencionado previamente, se nutre de la psicología humanista, de los planteamientos de la rehabilitación psicosocial y de los marcos de derechos humanos. La Convención de la ONU, sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, fue clave para instaurar este enfoque al reconocer la autonomía, la dignidad y la capacidad jurídica de las personas con discapacidad psicosocial, incluyendo, el derecho a decidir sobre sus tratamientos y proyectos de vida (United Nations, 2006).

La literatura científica identifica una serie de dimensiones centrales del proceso de recuperación: **Esperanza**, entendida como creencia de posibilidad de construcción de un proyecto de vida; **Autodeterminación**, considerar que la persona es un agente activo y competente para decidir sobre su tratamiento y establecer objetivos significativos ejerciendo control sobre su vida cotidiana; **Conexión social**, con el fin de establecer relaciones significativas y sentido de pertenencia a una comunidad; **Identidad positiva y proyecto de vida**, la recuperación conlleva reconstruir una autoimagen positiva, desvinculada del estigma y desarrollar un proyecto existencial dotado de sentido; **Enfoque holístico y centrado en fortalezas**, abarcando elementos contextuales de la persona, tales

como, el acceso a vivienda digna, empleo, educación, espiritualidad, ocio y bienestar físico (Rosillo Herrero et al., 2013).

La implementación del modelo de recuperación en los servicios de salud mental implica cambios en la cultura institucional, en las prácticas profesionales y en los sistemas de evaluación, así como, una apertura ética hacia la co-construcción de los cuidados, integrando el saber (*experto*) por propia experiencia como fuente legítima de conocimiento y participación en las decisiones.

Estudios longitudinales, como el célebre estudio de Vermont, demostraron que una proporción significativa de personas diagnosticadas de esquizofrenia (aproximadamente el 40%) alcanzaron niveles sustanciales de funcionalidad y bienestar tras quince años de seguimiento (Harding et al., 1987). Estos hallazgos han sido confirmados por metaanálisis y estudios multicéntricos impulsados por la OMS, los cuales reportan tasas de recuperación clínica y psicosocial cercanas al 50% (Damsgaard & Angel, 2021).

Además, de los indicadores objetivos de remisión sintomática o reinserción laboral, la literatura especializada ha prestado creciente atención a las dimensiones subjetivas de la recuperación. Las personas que transitan estos procesos destacan la importancia de factores como la esperanza, la reconfiguración de la identidad, la autonomía en la toma de decisiones, la posibilidad de establecer relaciones significativas y la reconstrucción de un proyecto de vida dotado de sentido (Rosillo Herrero et al., 2013). Este enfoque, centrado en la experiencia vivida, que como se explicó anteriormente, desplaza el foco desde la patología hacia las capacidades, aspiraciones y horizontes vitales de las personas, contribuye a redefinir la relación terapéutica desde una óptica de horizontalidad y corresponsabilidad.

Los estudios cualitativos, a través de narrativas biográficas, testimonios y metodologías participativas, han puesto de relieve que las personas en proceso de recuperación suelen rechazar el determinismo diagnóstico y abogan por una comprensión más amplia de la salud mental, que integre el contexto social, las trayectorias vitales y las condiciones estructurales que inciden en el malestar psíquico (Killaspy et al., 2022; Tjaden et al., 2020).

Finalmente, desde una perspectiva de resultados, la implementación de programas orientados a la recuperación se ha asociado con indicadores positivos, tanto

para las personas usuarias como para los sistemas de salud, resaltando una mayor satisfacción con los servicios, un incremento en la calidad de vida percibida, una reducción del autoestigma y una mejora de la participación comunitaria (Killaspy et al., 2022).

En esta misma línea, la OMS ha impulsado la iniciativa *QualityRights*, que establece un marco normativo para transformar los servicios de salud mental conforme a los principios de la CRPD (United Nations, 2006). Esta estrategia promueve una atención orientada a la recuperación basada en el respeto de la dignidad, la autonomía y la inclusión social y propone indicadores concretos para evaluar la calidad desde una perspectiva de derechos. Los *QualityRights* no solo validan la necesidad de modelos centrados en la persona, sino que también señalan prácticas coercitivas y discriminatorias aún presentes en muchos entornos asistenciales, abogando por una transformación cultural del cuidado (World Health Organization, 2019). Dado su relevancia, este marco será abordado en mayor profundidad más adelante en el apartado dedicado a la calidad de la atención en salud mental.

1.3. El medio penitenciario y su atención a la salud mental

1.3.1. Marco legislativo penitenciario

Para encuadrar el marco legislativo penitenciario en el ámbito estatal se puede indicar que éste se encuentra regulado por la Ley Orgánica 1/1979, de 26 de septiembre, General Penitenciaria, el Código Penal (1995) y el Reglamento Penitenciario (RP) de 1996.

La Ley Orgánica General Penitenciaria (LOGP) establece que el principal objetivo de las instituciones penitenciarias es la reeducación y reinserción social de las personas condenadas a penas privativas de libertad. A su vez, dichas instituciones se encargan de la custodia de detenidos y presos y de ofrecer asistencia y apoyo tanto a personas internas como liberadas. Esta normativa fija las condiciones mínimas que deben garantizarse para cubrir las necesidades básicas de la población penitenciaria. Entre ellas se incluyen la higiene personal y del entorno, una alimentación adecuada y el derecho a mantener actividades y relaciones sociales, condicionado esto último al tipo de régimen penitenciario aplicable (Jefatura del Estado, 1979).

A continuación, se recogen las disposiciones de la LOGP y del RP relativas a la atención en salud, especialmente en salud mental. La normativa garantiza el derecho a recibir asistencia sanitaria e impone la obligatoriedad de disponer de un área de observación de salud mental (Jefatura del Estado, 1979). Además, el RP establece que la Administración debe velar por el correcto uso de estos servicios y fomentar hábitos saludables mediante programas de prevención y educación para la salud (Ministerio de Justicia e Interior, 1996).

En el ámbito de la salud mental, el Artículo 11 de la LOGP define los centros hospitalarios, de salud mental y de rehabilitación social, como centros especiales, encargados de ejecutar medidas penales, donde prevalece el carácter asistencial (Jefatura del Estado, 1979). Dentro de este marco, las unidades psiquiátricas penitenciarias (UPP), se describen como centros especializados para el cumplimiento de medidas de seguridad privativas de libertad dictadas por los tribunales (Ministerio de Justicia e Interior, 1996). En adelante, se hará mención a «Unidades de salud mental penitenciaria» en vez de a unidades psiquiátricas penitenciarias, con el fin de visibilizar la evolución hacia un modelo biopsicosocial centrado en la persona, que reduce el estigma y se alinea con las políticas sanitarias y de derechos actuales.

El RP contempla tres posibles motivos de ingreso en estas unidades: observación de personas detenidas con problemas de salud mental; aplicación de una medida de seguridad de internamiento; e imposición de medida de seguridad por aparición de un problema de salud mental sobrevenido (Ministerio de Justicia e Interior, 1996).

Para finalizar el presente apartado que ha conformado el marco legislativo penitenciario español se muestra lo indicado en el Artículo 189 del Reglamento Penitenciario en relación al proceso de recuperación: “Con el fin de incrementar las posibilidades de desinstitucionalización de la población internada y facilitar su vuelta al medio social y familiar, así como su integración en los recursos sanitarios externos, en los Establecimientos o Unidades se establecerá, con soporte escrito, una programación general de actividades rehabilitadoras, así como programas individuales de rehabilitación para cada paciente, no debiendo limitarse la aplicación de estas medidas a quienes presenten mayores posibilidades de reinserción laboral o social, sino abarcando también a aquellos que, aun teniendo más dificultades para su reinserción, puedan, no obstante, mejorar, mediante la aplicación de los correspondientes tratamientos, aspectos tales como la autonomía personal y la integración social” (Ministerio de Justicia e Interior, 1996).

1.3.2. Atención a la salud mental en el ámbito penitenciario de Cataluña

En el contexto europeo, la salud mental penitenciaria sigue siendo un área de preocupación, subrayándose la necesidad de una mayor integración de los servicios de salud mental dentro del sistema penitenciario. Las diferencias en los modelos de atención entre los países europeos, junto con las variaciones en las políticas de salud pública y penitenciaria, dificultan la implementación de una dirección uniforme para abordar esta problemática (Tomlin et al., 2021).

Haciendo un enfoque hacia el ámbito que nos ocupa, Cataluña, se puede indicar que han existido dos episodios claves para la gestión actual de la atención en las prisiones catalanas. En primer lugar, se realizó en 1981 la transferencia en competencias sanitarias, y, en segundo lugar, el 1 de febrero de 1984 se realizó la transferencia competencial en materia penitenciaria (Escuder Romeva et al., 2018; Peiró, 2016).

Actualmente, El Departament de Justícia i Qualitat Democràtica de la Generalitat de Catalunya, a través de la Secretaria de Mesures Penals, Reinserció i Atenció a la Víctima, es la encargada de definir la orientación y la ejecución de las medidas penales en Cataluña,

por ende, de la implementación de los planes y programas en el ámbito penitenciario (Departament de Justícia i Qualitat Democràtica., 2025).

Con relación a la salud mental en el ámbito penitenciario catalán, uno de hitos se consolidó en 2001 tras el establecimiento de un convenio entre el Departament de Salut, el Departament de Justícia y la Orden Hospitalaria San Juan de Dios. En dicho convenio se estableció el plan de necesidades en el ámbito penitenciario de las personas que presentaban un problema de salud mental, materializándose dicho plan en la apertura de la Unidad Polivalente del Centro Penitenciario Quatre Camins. Dos años más tarde, la puesta en marcha de la Unidad de Hospitalización Psiquiátrica Penitenciaria de Catalunya (UHPP-C) en el Centro Penitenciario Brians I; en 2006 la Unidad Terapéutica de Justicia Juvenil Els Til·lers; en 2007 la asistencia especializada ambulatoria en el CP Brians II; y en el año 2009 la Unidad de Hospitalización y Rehabilitación Psiquiátrica en el CP Brians II (Escuder Romeva et al., 2018; Peiró, 2016).

A continuación, se especificarán las características propias de cada una de las Unidades de salud mental Penitenciarias que conformarán el «lugar de estudio» de la presente tesis doctoral.

La Unidad de Hospitalización Psiquiátrica Penitenciaria de Catalunya situada en el Centro penitenciario Brians I (UHPP-C) presenta una amplia variedad de atención a la salud mental en el ámbito penitenciario. Entre las plazas ofertadas en la actualidad se encuentran: 10 plazas en la unidad de Agudos; 25 plazas en la unidad de Subagudos; 20 plazas en la unidad de preventivos; 8 plazas en la unidad de Rehabilitación intensiva – Mujeres; y, por último, el Servicio de atención a urgencias de 24 horas para atender a la población reclusa derivada de cualquier centro penitenciario de Cataluña.

La Unidad Hospitalaria de Rehabilitación Psiquiátrica Intensiva (UHRPI) en Brians II presenta una atención centrada en la rehabilitación y el tránsito a la comunidad. Entre las plazas ofertadas en la actualidad se encuentran: 5 plazas en el área de observación, 57 plazas de rehabilitación y 20 plazas de tránsito a la comunidad.

El Programa de Colaboración con la Atención Primaria en medio penitenciario (PCP-Penitenciario) se encuentra en todos los centros penitenciarios de Barcelona.

El Programa de Servicios Individualizados Penitenciario (PSI-penitenciario) se encuentra presente en cada una de las provincias de Cataluña. En Barcelona, las

derivaciones se realizan en su mayoría por parte de Centre Obert Barcelona (La Trinitat) donde residen solo hombres; Secció Oberta de la Presó de Dones de Barcelona (Wad Ras) donde residen hombres y mujeres; y por parte de los equipos de PCP de los diferentes centros penitenciarios.

El ingreso en las Unidades de Salud Mental Penitenciarias mencionadas se encuentra regulado en el Decreto 329/2006, de 5 de septiembre, por el cual se aprueba el Reglamento de organización y funcionamiento de los servicios de ejecución penal en Catalunya (Departament de Justicia, 2006).

1.3.3. Características definitorias de la población atendida en unidades de salud mental penitenciaria

A fin de plasmar las características de las personas que ingresan en los centros penitenciarios catalanes, en primer lugar, se expondrán los datos publicados por la Secretaria de Mesures Penals, Reinserció i Atenció a la Víctima, por otro lado, se mostrarán los resultados en relación a la prevalencia de problemas de salud mental en el ámbito penitenciario y, por último, se hará alusión a las necesidades y funcionalidad de la población que se encuentra atendida en las unidades de salud mental penitenciarias de Barcelona.

En cuanto a las características generales de la población penitenciaria en el ámbito catalán, según muestran las estadísticas publicadas por la Secretaria de Mesures Penals, Reinserció i Atenció a la Víctima, a fecha de marzo de 2025 el 94,1% de las personas eran hombres, siendo el porcentaje de población femenina un 5.9%. La edad media de la población penitenciaria se encuentra en 39 años. Realizando una clasificación por rangos de edad, encontramos que la franja mayoritaria es la de 31 a 40 años (Departament de Justícia i Qualitat Democràtica., 2025).

Relacionado específicamente con el análisis de las personas ingresadas en prisión, que presentaban algún diagnóstico de salud mental, en 2006 se llevó a cabo el estudio de Prevalencia de trastornos mentales en centros penitenciarios españoles (PRECA). Los resultados de dicho estudio indicaron que la prevalencia de presentar un problema de salud mental en medio penitenciario era del 84,4%. En un desglose por problema de salud mental, se especificó que el trastorno por Uso de Sustancias era el problema que presentaba mayor prevalencia (76,2%), seguido de trastornos de ansiedad (45,3%); trastorno del ánimo (41%) y, por último, trastornos psicóticos en el 7,1% de la población

(Vicens Pons et al., 2011). Estudios más recientes, muestran que el diagnóstico de trastorno del espectro de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos se encuentra presente en un 70% de las personas atendidas en Unidades de Salud mental penitenciarias y el Trastorno del estado de ánimo en un 23,3% (Escuder Romeva et al., 2018).

1.3.4. Necesidades de la población atendida en unidades de salud mental penitenciaria

Las personas atendidas en unidades de salud mental penitenciaria constituyen una población con un perfil de necesidades complejo, producto de la interacción entre las características definitorias de sus problemas de cuidados, su sintomatología de base y las condiciones restrictivas inherentes al medio penitenciario. Estas necesidades no se limitan al ámbito clínico, sino que incluyen dimensiones psicosociales, relacionales y estructurales, lo que demanda un abordaje terapéutico integral.

La evidencia pone de manifiesto variaciones en la identificación y satisfacción de necesidades en función de diversas variables, tales como, el diagnóstico de salud mental, el género y el régimen de internamiento (Emmanuel & Campbell, 2009). Asimismo, los estudios muestran una falta de concordancia entre las necesidades detectadas por los equipos profesionales y las expresadas por las personas internadas, subrayando la necesidad de incorporar la voz de estas últimas en la evaluación e intervención terapéutica (Escuder Romeva et al., 2018).

En el ámbito catalán, investigaciones recientes destacan la importancia de garantizar la continuidad asistencial, fortalecer el apoyo emocional y promover la participación en la planificación del tratamiento como elementos clave para una atención de calidad. Del mismo modo, se señala la necesidad de preparar adecuadamente la transición hacia la vida en libertad, contemplando tanto los determinantes sociales como los recursos comunitarios disponibles. La identificación y respuesta efectiva a estas necesidades no solo mejora los resultados clínicos, sino que repercute directamente en la percepción de calidad del cuidado, favoreciendo un proceso de recuperación sostenible y humanizado en contextos de alta vulnerabilidad (Escuder Romeva et al., 2018).

1.4. Calidad de los cuidados en el ámbito de la salud mental penitenciario: influencia en la Recuperación y Calidad de Vida

1.4.1. Evolución conceptual de la calidad asistencial

Uno de los marcos conceptuales más reconocidos y aplicados para la evaluación de la calidad asistencial fue propuesto por el Dr. Avedis Donabedian, quien conceptualizó la calidad asistencial como “aquella capaz de ofrecer al paciente el mayor bienestar posible, considerando el equilibrio entre los beneficios y riesgos inherentes a cada parte del proceso”, estableciendo un modelo basado en tres dimensiones interdependientes: estructura, proceso y resultado (Donabedian, 1980).

Posteriormente, Donabedian amplió su propuesta inicial identificando siete atributos para una atención de calidad: eficacia, efectividad, eficiencia, optimización, aceptabilidad, legitimidad y equidad (Donabedian, 2001). Estos principios han sido progresivamente incorporados en marcos normativos y políticas públicas, tanto nacionales como internacionales, consolidando un enfoque multidimensional que integra los aspectos técnicos, organizativos y humanos de la atención. En este contexto, la experiencia de las personas atendidas ha emergido como un elemento prioritario en las estrategias actuales de mejora de la calidad (Staniszewska et al., 2019).

Esta visión es compartida por organismos internacionales, por ejemplo, el modelo de gestión de calidad ISO 9001, quien concibe la calidad como el grado en que un conjunto de características inherentes cumple con los requisitos (necesidades o expectativas explícitas e implícitas) del usuario (International Organization for Standardization, 2015). Esta conceptualización subraya la naturaleza medible de la calidad, enfatiza la orientación hacia la mejora continua de resultados en salud y subraya la importancia de considerar las necesidades y expectativas de todas las partes involucradas, especialmente de las personas atendidas.

Posteriormente, dentro del marco de la cobertura universal, la OMS definió la calidad de la atención como el grado en que los servicios sanitarios logran incrementar la probabilidad de obtener resultados óptimos en términos de salud, sustentados en el conocimiento científico y técnico vigente (World Health Organization et al., 2018). Además se identificaron una serie de atributos para su consecución (*los cuales recuerdan a los propuestos por Donabedian*), tales como: **Efectividad**, los servicios prestados deben alinearse con las

prácticas basadas en la evidencia científica actualizada, asegurando intervenciones clínicamente adecuadas; **Seguridad**, la atención sanitaria debe desarrollarse bajo estándares que minimicen los riesgos y prevengan daños potenciales a las personas atendidas durante su interacción con el sistema de salud; **Centrada en la persona**, la provisión de atención debe integrar activamente las preferencias, expectativas, necesidades y valores de los usuarios, facilitando su participación efectiva en la toma de decisiones relacionadas con su salud; **Oportunidad**, se requiere que la prestación de los servicios sea realizada en momentos apropiados, evitando retrasos que puedan comprometer la eficacia clínica y afectar negativamente a la salud; **Equidad**, la calidad de la atención debe garantizarse homogéneamente a todos los individuos, independiente de características personales, localización geográfica o nivel socioeconómico; **Integralidad**, la atención sanitaria debe ser coordinada y continua, asegurando una adecuada articulación entre distintos niveles asistenciales, instituciones y proveedores de salud, para una respuesta coherente y eficaz; **Eficiencia**, el uso óptimo de recursos, evitando redundancias y desperdicios, es clave para garantizar la sostenibilidad y operatividad del sistema sanitario (World Health Organization et al., 2018).

La calidad en la prestación de servicios de salud no debe considerarse como un privilegio exclusivo de naciones de altos ingresos, sino como una prioridad que debe integrarse sistemáticamente en las políticas públicas, procesos organizacionales e instituciones sanitarias en todos los contextos económicos. Además, se considera que la inversión en calidad no solo representa un imperativo ético y profesional, sino también una estrategia económica, dada la carga financiera que representa la atención de baja calidad para los sistemas de salud. Asimismo, se subraya la necesidad de incorporar marcos regulatorios, estrategias nacionales de calidad, sistemas de información avanzados y estructuras de gobierno que fomenten la participación de profesionales y de la población (World Health Organization et al., 2018).

En este sentido, en el ámbito catalán, la Agencia de Calidad y Evaluación Sanitarias de Cataluña (AQuAS) ha sido pionera en la implementación de encuestas sistemáticas de satisfacción mediante el Plan de encuestas de satisfacción de Cataluña (PLAENSA), permitiendo recoger y sistematizar la percepción de calidad desde la perspectiva de las personas atendidas en servicios de salud mental (Aguado-Blázquez et al., 2011).

Desde una perspectiva organizacional, la evidencia resalta que la calidad de la atención es un proceso complejo y contextualizado (Groene & Suñol, 2019), factores como

el liderazgo institucional, la cultura organizacional, la disponibilidad de recursos, la infraestructura tecnológica y la implicación de los equipos son elementos esenciales para la implementación efectiva y sostenida de intervenciones de calidad (Kaplan et al., 2010).

En este marco, Shah y Suñol (2024) plantean una visión de futuro que refuerza el fomento de una cultura de aprendizaje continuo, un liderazgo que garantice entornos de seguridad psicológica y una infraestructura técnica que acompañe a los equipos clínicos. Asimismo, abogan por la incorporación de tecnologías emergentes, como la inteligencia artificial generativa, como herramienta para acelerar los procesos de análisis, síntesis de evidencia y toma de decisiones estratégicas. Todo ello con el objetivo de construir sistemas sanitarios más eficientes, equitativos, sostenibles y coproducidos con las personas atendidas y los profesionales (Shah & Suñol, 2024).

1.4.2. Calidad de los cuidados en salud mental: Quality Rights

Ahondado en la evaluación de la calidad en salud mental, ésta ha transitado desde una concepción centrada en los recursos disponibles y el control institucional hacia una aproximación que reconoce la experiencia vivida por las personas atendidas como criterio de evaluación. Si bien es cierto que, en realidad no es algo nuevo, Zastowny et al., ya a inicios de los años noventa, proponían integrar expectativas, vivencias y necesidades como dimensiones clave para la medición de la calidad (Zastowny et al., 1995), a raíz de la desinstitucionalización y los movimientos en defensa de los derechos humanos, se ha fortalecido la participación de las personas atendidas en el diseño, evaluación y planificación de los servicios de salud.

Durante la última década, la literatura ha consolidado la percepción de las personas atendidas en la evaluación de la calidad de los cuidados en salud mental. Se ha evidenciado que altos niveles de satisfacción en relación con el trato recibido, la accesibilidad del servicio, la empatía del equipo, la percepción de mejora clínica y el conocimiento sobre su problema de salud mental incrementa la percepción de calidad (Fernández-Martín et al., 2016). Asimismo, las personas atendidas valoran positivamente sentirse escuchadas, comprendidas, informadas y con capacidad de participar activamente en sus procesos terapéuticos, identificándose como elementos diferenciales la continuidad asistencial, el entorno físico y emocional seguro y el respeto en el trato. Por el contrario, experiencias de coerción, trato despersonalizado o exclusión de la toma de decisiones se han asociado a percepciones negativas (Bird et al., 2018; O. Bjertnaes &

Iversen, 2018). Estos hechos han reforzado la necesidad de avanzar hacia una atención más humanizada como eje estratégico de calidad.

A nivel cualitativo, se han identificado cuatro pilares, en base a la experiencia de los usuarios, para definir la calidad percibida en unidades de hospitalización de salud mental. Estos elementos son: la calidad del vínculo con los profesionales (confianza, empatía, respeto), la minimización de prácticas coercitivas, la existencia de entornos seguros y la participación en el propio proceso de cuidado (Staniszewska et al., 2019), así como, apoyo emocional y el cuidado individualizado (Stewart et al., 2015).

Haciendo alusión al enfoque de calidad basado en derechos humanos, surge la iniciativa global promovida por la OMS en 2012 [QualityRights](#). Dicha estrategia fue concebida como una plataforma para generar un cambio en los servicios de salud mental desde un enfoque basado en derechos humanos. Esta propuesta surge como respuesta a la evidencia reiterada en informes internacionales, de que los sistemas de atención de salud mental continúan reproduciendo prácticas coercitivas, institucionalizaciones prolongadas, condiciones indignas y diversas formas de violencia estructural, lo cual vulnera sistemáticamente los derechos fundamentales de las personas atendidas en servicios de atención a la salud mental (World Health Organization, 2019).

Inspirada en los principios de la Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, [QualityRights](#) se articula como una estrategia comprehensiva para sustituir los modelos biomédicos, hospitalocéntricos y paternalistas por dispositivos comunitarios, participativos y centrados en la autonomía. Su diseño incorpora estándares internacionalmente validados, instrumentos de evaluación, procesos formativos y acompañamiento técnico-jurídico para la reforma de los marcos normativos de cada sistema (World Health Organization, 2019).

Uno de los componentes del programa es el Instrumento de Evaluación de Calidad y Derechos cuya finalidad es auditar de forma estandarizada el grado de cumplimiento de los principios de la CDPD en los servicios de salud mental. Esta herramienta analiza aspectos como las condiciones físicas y relacionales del entorno asistencial; la capacidad legal y el uso del consentimiento informado; la disponibilidad de tratamientos basados en evidencia y alternativas no coercitivas; los mecanismos de participación y queja, así como, las oportunidades de inclusión social y comunitaria (World Health Organization, 2019).

Uno de los aportes de esta iniciativa es la integración explícita del modelo de recuperación dentro de sus estándares con el fin garantizar las condiciones que potencien la agencia, el sentido vital y la construcción de proyectos de vida. Se promueve, por ejemplo, que los planes asistenciales sean co-diseñados, que las actividades ofrecidas tengan un valor personal y social para las personas usuarias, que existan espacios de deliberación en grupo y que se incorporen figuras de personas con experiencia propia como mediadores del proceso terapéutico (World Health Organization, 2019).

Este marco resulta particularmente pertinente para su aplicación en entornos penitenciarios, donde la conjunción entre las necesidades propias, la sintomatología y la privación de libertad aumenta la vulnerabilidad de la persona. En este sentido, QualityRights ofrece un marco metodológico y normativo para repensar los cuidados en salud mental penitenciaria desde una atención centrada en la persona, su recuperación y sus derechos.

1.4.3. Impacto de la calidad de los cuidados en el proceso de recuperación y calidad de vida

La calidad de los cuidados en salud mental en el ámbito penitenciario es un aspecto que influye en la recuperación y calidad de vida de las personas atendidas (Vorstenbosch & Castelletti, 2020). Sin embargo, la evidencia global muestra que los servicios de salud mental, particularmente en contextos penitenciarios, a menudo enfrentan deficiencias significativas en este aspecto (Lantta et al., 2021).

Haciendo alusión al modelo de recuperación en salud mental, recién mencionado, se destaca en el medio penitenciario la importancia de fomentar la autonomía, la elección y la participación en la toma de decisiones, aspectos que, a menudo, se ven comprometidos en entornos penitenciarios debido a las estrictas medidas de seguridad y control (Vorstenbosch & Castelletti, 2020; Walker et al., 2023).

Asimismo, la bibliografía destaca que entornos que promueven la recuperación y mantienen una calidad de vida elevada son aquellos que cuentan con relaciones terapéuticas de alta calidad (valorando positivamente el respeto, la escucha activa y la empatía de los profesionales), un entorno físico acogedor y ofrecen oportunidades para participar en actividades significativas para su cuidado y recuperación (Nyvoll, 2025; Senneseth et al., 2022). Estos hallazgos son consistentes con estudios que han examinado

la calidad de vida de las personas atendidas en unidades de salud mental penitenciaria, enfatizando que la mejora en la calidad de la atención puede tener un impacto significativo en la recuperación y posterior reintegración comunitaria, reduciendo así la reincidencia y mejorando los resultados en salud (Marcó-García et al., 2023; Peiró, 2016; Vorstenbosch et al., 2023).

1.4.4. Importancia de la perspectiva de la persona atendida en la evaluación de la calidad de los cuidados en entornos penitenciarios

A nivel de evaluación de la calidad, en una revisión realizada por Bellass et al. (2022) se identifica la escasez de indicadores de calidad específicos para el contexto penitenciario y la necesidad de incorporar la voz de las personas atendidas en dicha evaluación (Bellass et al., 2022).

Como se ha ido indicando en apartados anteriores, la evaluación de la calidad de los cuidados no puede desligarse de la perspectiva de las personas atendidas. En el caso que nos concierne, entender cómo las personas privadas de libertad perciben la atención sanitaria que reciben constituye un eje clave para avanzar hacia modelos de cuidado más humanizados, efectivos y coherentes con los principios mencionados.

A pesar de que tradicionalmente los estudios sobre calidad en contextos penitenciarios han priorizado la visión de los profesionales o el análisis estructural del sistema, en los últimos años se ha incrementado el interés por incorporar la voz de las personas atendidas.

En el contexto catalán, el estudio desarrollado por García-González et al. (2021) constituye una de las investigaciones que aborda la percepción de calidad asistencial desde la mirada de las personas internas. A través de un estudio transversal en ocho centros penitenciarios catalanes, en el que se aplicó el instrumento SERVPERF (Escala de medición la calidad en el servicio) los autores hallaron que el 84,87% de las personas atendidas se mostraban satisfechas con la calidad de la atención sanitaria recibida. No obstante, el análisis detallado mostró que esta satisfacción se modulaba por variables sociodemográficas como la edad, el nivel educativo o el origen. Así, las personas mayores de 65 años y aquellas con menor nivel de estudios reportaron mayores niveles de satisfacción, mientras que las personas con estudios superiores mostraron una percepción más crítica, especialmente en dimensiones como la confianza. Las mujeres

destacaron la comodidad y atractivo visual de las consultas y las personas extranjeras expresaron mayor tolerancia con los tiempos de espera, pero menor satisfacción con la imagen de los profesionales (García-González et al., 2021).

Estos hallazgos evidencian que la percepción de calidad está condicionada por factores identitarios y contextuales y que la experiencia del cuidado no puede entenderse sin considerar las trayectorias previas, las expectativas culturales y la posición social de cada persona. Una de las aportaciones de este estudio que merece ser destacado es el reconocimiento de que, incluso cuando los niveles globales de satisfacción son elevados, persisten áreas de mejora que solo pueden ser identificadas si se escucha a las personas que reciben la atención.

En Cataluña, aunque el gobierno autonómico ha implementado un modelo de rehabilitación en prisiones que busca mejorar la calidad de vida de los internos mediante la promoción de programas de tratamiento personalizados, (Subdirecció General de Programes de Rehabilitació i Sanitat, 2011) faltan instrumentos para evaluar la percepción de calidad de la atención de la población atendida en las unidades de salud mental forense, elemento clave destacado desde hace un par de décadas (J. Arroyo-Cobo & Astier, 2003; J. M. Arroyo-Cobo, 2011; Begoa et al., 2018).

1.4.5. Instrumentos de evaluación de la calidad de los cuidados en unidades de salud mental

Existe una variedad de instrumentos estandarizados que permiten evaluar la percepción de la calidad de los cuidados desde las diferentes perspectivas implicadas: las personas usuarias y los profesionales de la salud. En algunos casos, los instrumentos permiten el análisis comparativo entre ambos, facilitando la identificación de disonancias y oportunidades de mejora de la calidad.

Cabe mencionar que existen revisiones sistemáticas que han sintetizado la evidencia disponible sobre los instrumentos de satisfacción de las personas atendidas (Boyer et al., 2009) y sobre la percepción de la calidad (Sanchez-Balcells et al., 2018). De todos los instrumentos analizados, se identificaron cinco instrumentos como adecuados, para la evaluación de la percepción de la calidad, por presentar puntuaciones positivas en la mayoría de los indicadores de calidad psicométrica, Dichos instrumentos fueron: Combined Assessment of Psychiatric Environments (CAPE), General Practitioners

Experiences Questionnaire (GPEQ), Psychiatric OutPatient Experiences Questionnaire (POPEQ), Quality Indicator for Rehabilitative Care (QuIRC) y Quality in Psychiatric Care – Forensic In-Patients (QPC-FIP) en su versión danesa (Sanchez-Balcells et al., 2018). En el presente apartado se describen algunos de los instrumentos más relevantes, pero, la batería *Quality in Psychiatric Care* (QPC) (Schröder et al., 2007), por ser objeto central del presente estudio, se tratará de manera específica en un apartado posterior.

Combined Assessment of Psychiatric Environments (CAPE). Diseñado para medir la percepción de la calidad del entorno de salud mental desde la perspectiva de la población atendida. Considera dimensiones como el apoyo emocional, la implicación del personal, la seguridad percibida y la calidad del ambiente físico. Su enfoque centrado en la experiencia del usuario lo convierte en una herramienta altamente relevante en unidades de hospitalización de salud mental (Delaney et al., 2015).

General Practitioners Experiences Questionnaire (GPEQ). Cuestionario que recoge la percepción de profesionales de atención primaria respecto a los servicios comunitarios de salud mental. Incluye dimensiones de accesibilidad, comunicación y coordinación interinstitucional, aportando una visión integral de la calidad desde la atención primaria (O. A. Bjertnaes et al., 2007).

Psychiatric OutPatient Experiences Questionnaire (POPEQ). Este cuestionario recoge la experiencia de las personas usuarias en servicios comunitarios de salud mental, centrándose en la relación terapéutica, la adecuación de la información y la percepción de beneficios. Ha demostrado ser una herramienta sensible a los cambios y eficaz para la monitorización longitudinal (Garratt et al., 2006).

Quality Indicator for Rehabilitative Care (QuIRC). El QUIRC está dirigido a evaluar la calidad de servicios de rehabilitación de larga estancia. Incluye dominios como la orientación a la recuperación, la implicación del usuario, el respeto a los derechos humanos y la calidad del entorno terapéutico. Ha sido validado en distintos países europeos, garantizando su aplicabilidad intercultural (Killaspy et al., 2011).

Los instrumentos analizados coinciden en una serie de dimensiones fundamentales para una evaluación integral de la calidad, tales como: Participación en la toma de decisiones; Empoderamiento y autonomía; Calidad de la relación terapéutica; Seguridad y reducción del uso de coerción; Respeto, dignidad y trato humano; Continuidad

del cuidado y planificación del alta y Calidad del entorno físico y emocional (Sanchez-Balcells et al., 2018).

La elección de un instrumento debe sustentarse en el objetivo evaluativo, el contexto clínico y las características de la población. Es por ello, a continuación, se explica la batería Quality in Psychiatric Care (Schröder et al., 2007) debido a su idoneidad para la evaluación de la calidad de los cuidados en unidades de salud mental penitenciaria.

1.4.6. Quality in Psychiatric Care

La batería de instrumentos **Quality of Psychiatric Care (QPC)** fue desarrollada en Suecia y ha sido objeto de adaptaciones internacionales. Dichos instrumentos se desarrollaron a partir del estudio fenomenográfico de Schröder, Ahlström y Larsson, cuyo objetivo fue buscar las dimensiones que caracterizan la calidad de la atención recibida, a través de un análisis en diversas áreas de atención en salud mental (Schröder et al., 2007). Por ello, los cuestionarios QPC se fundamentan en un marco centrado en la calidad percibida, entendida como una construcción multidimensional que articula elementos técnicos, humanos y contextuales del cuidado. Su estructura incluye dimensiones estandarizadas como: Interacción interpersonal; Accesibilidad de los profesionales; Participación en decisiones; Seguridad y la continuidad de los cuidados y Planificación del alta (Schröder & Lundqvist, 2017).

Para cada uno de los entornos estudiados se ha desarrollado un instrumento específico y autoadministrado para evaluar la calidad de la atención desde la perspectiva de los profesionales y de las personas atendidas (Schröder & Lundqvist, 2017). Dichas áreas fueron: atención hospitalaria (QPC- IP y QPC-IPS) (Schröder et al., 2010; Schröder & Lundqvist, 2022), atención comunitaria (QPC-OP y QPC-OPS) (Schröder et al., 2011), centros de día (L. O. Lundqvist, Ivarsson, et al., 2016), centros residenciales (QPC-H) (L. O. Lundqvist, Rask, et al., 2016), centros de atención a la adicción (Schröder et al., 2021) y unidades de salud mental penitenciaria (Schröder, Ågrim, et al., 2013; Schröder & Lundqvist, 2013).

En España se han validado los respectivos instrumentos para personas hospitalizadas en unidades de salud mental (Sanchez-Balcells et al., 2021) y profesionales de salud mental de dicho ámbito (Sánchez-Balcells et al., 2020) y personas atendidas en

centros de salud mental comunitario (Tomás-Jiménez et al., 2022a) y su versión para profesionales (Tomás-Jiménez et al., 2022b).

1.4.7. *Quality in Psychiatric Care – Forensic Inpatients (Staff)*

Dentro del ámbito que nos ocupa, el instrumento *Quality in Psychiatric Care – Forensic Inpatients (QPC-FIP)* (Schröder, Ågrim, et al., 2013), versión QPC para personas atendidas en unidades de salud mental penitenciaria y el *Quality in Psychiatric Care-Forensic Inpatient Staff (QPC-FIPS)* (Schröder & Lundqvist, 2013), versión QPC para profesionales del campo de la salud mental, han sido validados en sus versiones danesas (L. O. Lundqvist et al., 2014; L.-O. Lundqvist et al., 2014) y éstas no han sido validadas con anterioridad en castellano.

Los instrumentos QPC-FIP y QPC-FIPS constan de 34 ítems que exploran las siguientes 7 dimensiones: **Encuentro** (8 ítems), indica la calidad del vínculo terapéutico entre profesionales y personas atendidas, considerando elementos como el respeto, la escucha activa y la empatía; **Participación** (8 ítems), mide el grado en que los usuarios participan en la toma de decisiones clínicas, son informados de manera comprensible y reciben apoyo para comprender su situación y plan de tratamiento; **Alta** (3 ítems), evalúa la preparación del alta, la continuidad del cuidado y la existencia de recursos informativos sobre el seguimiento en el proceso de externación penitenciaria; **Apoyo** (4 ítems), considera las intervenciones orientadas a prevenir daños (autolesiones o violencia) y el abordaje del estigma y la culpabilidad asociados diagnóstico de salud mental y al contexto penitenciario; **Entorno aislado** (2 ítems), hace referencia a la disponibilidad de espacios privados dentro de la unidad que favorezcan el bienestar emocional; **Entorno seguro** (3 ítems), evalúa la percepción sobre la seguridad estructural de la unidad, la protección frente a incidentes y el clima relacional con el resto de personas ingresadas y, por último, **Características forenses específicas** (6 ítems), integra ítems vinculados a aspectos legales y judiciales: acceso a asesoría jurídica, contacto con el tribunal, apoyo en la comprensión del delito y del proceso penal (Schröder, Ågrim, et al., 2013; Schröder & Lundqvist, 2013).

Cada elemento se puntúa mediante una escala tipo Likert de 4 puntos, desde "totalmente en desacuerdo" hasta "totalmente de acuerdo" con la cada una de las afirmaciones. Todos los ítems también tienen la opción "no corresponde". La diferencia entre los instrumentos QPC-FIPS y QPC-FIP versa en la formulación de las preguntas dependiendo del sujeto a quien va dirigido: profesionales o usuarios.

JUSTIFICACIÓN

II. JUSTIFICACIÓN

La disciplina enfermera, en su fundamentación metaparadigmática, comprende a la persona, la salud, el entorno y el cuidado como elementos interrelacionados. Esta perspectiva nos permite comprender la salud no como un fenómeno aislado, sino como un constructo construido a través de la experiencia de la persona, su cuidado y su relación con el entorno, es por ello, que para poder evaluar los servicios de atención a la salud se deben estudiar dichos conceptos de manera conjunta.

En contextos de privación de libertad, como el penitenciario, el entorno cobra una mayor relevancia ya que no se trata únicamente de un espacio físico, sino de una estructura institucional que influye en las trayectorias de vida y en la manera en la que se lleva a cabo el cuidado.

Desde esta óptica, el cuidado enfermero en las unidades de salud mental penitenciaria no puede reducirse a un conjunto de intervenciones descontextualizadas. Dicho cuidado debe suponer una praxis ética y contextualizada que requiere atender, además, la dignidad, la autonomía y la experiencia vivida de dicha población.

Modelos teóricos, como los postulados por Dorothea E. Orem, Jean Watson o Hildegard Peplau, han enmarcado el cuidado dentro de una relación terapéutica, necesaria y significativa en el ámbito de la salud mental penitenciaria donde el sufrimiento psíquico se entrelaza con vivencias estigmatizadoras. Asimismo, la presente tesis doctoral también se alinea con los principios del modelo de adaptación, propuesto por Callista Roy y la teoría del entorno terapéutico de Florence Nightingale ya que ambos sitúan la relación entre la persona y el entorno como base de desarrollo del cuidado. Es por ello, que el estudio de la percepción de la calidad de los cuidados, contextualizado en el entorno penitenciario, desde la perspectiva de los agentes que conforman la relación terapéutica, las personas con un problema de salud mental y los profesionales que proporcionan la atención, engloba esta interrelación metaparadigmática y refleja los postulados teóricos mencionados previamente.

El entorno penitenciario representa un sistema altamente estructurado, normativo y restrictivo que condiciona la salud mental de las personas privadas de libertad. La prisionización, entendida como proceso de adaptación a las dinámicas y códigos del sistema penitenciario, ha sido ampliamente documentada como un fenómeno con efectos iatrogénicos (Peiró, 2016). Esta situación se agrava en personas diagnosticadas de algún problema de salud mental, quienes ven aún más limitada su capacidad de agencia,

II. JUSTIFICACIÓN

autonomía y participación en los procesos de cuidado (Wallace et al., 2016). En particular, los ingresos prolongados en unidades de salud mental penitenciarias imponen una restricción de libertad que a menudo excede las necesidades clínicas, prolongando innecesariamente la desvinculación social y acentuando los procesos de exclusión (García Jarillo et al., 2016).

Cuando una persona ingresa en prisión se conforma una discontinuidad biográfica que impacta en los vínculos, proyectos vitales y la capacidad de agencia de la persona, impactando en el cuidado y, por ende, en la salud. Estos factores configuran un ambiente de riesgo (*más allá de la sintomatología del problema de salud mental que presente*) y que hace repensar el abordaje de la salud mental desde un fenómeno social y contextual. Además, la atención a la salud mental en estos contextos se ve influenciada por elementos estructurales, éticos y organizativos. La coexistencia de una atención asistencial y aspectos judiciales (*punitivos en ocasiones*) dificulta la implementación de modelos centrados en la persona, orientados a la recuperación.

A pesar del interés en los últimos años por evaluar la calidad asistencial en salud mental, al inicio de esta investigación no existían herramientas validadas en lengua castellana específicas del contexto de la atención de la salud mental penitenciaria. Esta ausencia suponía una limitación tanto para la evaluación interna de los servicios como para la generación de conocimiento orientado a la mejora. La adaptación transcultural y la validación psicométrica de los instrumentos QPC-FIP (para población atendida) y QPC-FIPS (para profesionales) contribuye al estudio de la percepción de la calidad al disponer de herramientas que permiten recoger, analizar y comparar percepciones de calidad desde una doble perspectiva.

Este trabajo doctoral no persigue únicamente aportar datos sobre calidad percibida, pretende visibilizar las realidades y generar un conocimiento que impacte en la mejora real de los cuidados en salud mental penitenciaria. Visibilizar la experiencia de los usuarios y de los profesionales, reconocer sus valoraciones y atender a las áreas de confluencia y de disenso permitirá diseñar intervenciones más pertinentes, humanas y adaptadas, favoreciendo desde dicho enfoque la corresponsabilidad, la participación y la coproducción del cuidado (*o eso espero*).

II. JUSTIFICACIÓN

En consonancia con las tendencias internacionales en salud mental, el presente estudio se enmarca en un paradigma de gobernanza sanitaria más participativo, donde las personas usuarias, sus familias y las organizaciones representativas reivindican un rol activo en la planificación, diseño y evaluación de los servicios. Esta participación ha demostrado mejorar la calidad, la pertinencia y la eficacia de las intervenciones.

Incorporar la percepción de calidad desde quienes reciben y ejercen el cuidado es la base para avanzar hacia un sistema de salud mental centrado en la persona. El presente estudio contribuye a cubrir esa necesidad ofreciendo instrumentos específicos y validados para recoger dichas percepciones en un contexto tan singular como el penitenciario. Además, la doble óptica (población atendida y profesionales) ofrece un valor añadido permitiendo identificar puntos fuertes y áreas de mejora, detectar discrepancias significativas entre visiones y orientar decisiones basadas en evidencia tanto para la práctica clínica como para la gestión. Los resultados derivados del análisis de la percepción de la calidad pueden contribuir a los procesos de mejora continua tanto a nivel asistencial como de gestión profesional.

Este estudio se desarrolla en el marco de una red internacional de investigación con participación de numerosos países de Europa, América y Asia. La inclusión de España en esta red, mediante la validación de los instrumentos en nuestro contexto, permite realizar comparaciones interculturales, ampliar el conocimiento global sobre calidad en salud mental y contribuir al fortalecimiento de políticas públicas basadas en evidencia en contextos penitenciarios. En España el Investigador Principal es el Dr. Juan Roldán Merino.

OBJETIVOS

III. OBJETIVOS

La presente tesis doctoral se estructura en dos fases: una primera fase de adaptación transcultural y validación psicométrica de los instrumentos y una segunda fase de evaluación de la percepción de calidad del cuidado por las personas atendidas y por los profesionales de las unidades de salud mental penitenciarias pertenecientes al Parc Sanitari Sant Joan de Déu. Es por ello, que se llevaron a cabo tres estudios independientes para la consecución de los siguientes objetivos:

Estudio 1

Adaptar transculturalmente al castellano el instrumento de evaluación 'Quality in Psychiatric Care - Forensic Inpatient Staff' en su versión para profesionales (QPC - FIPS) y evaluar sus propiedades psicométricas.

Estudio 2

Adaptar transculturalmente al castellano el instrumento de evaluación 'Quality in Psychiatric Care - Forensic Inpatient' en su versión para personas atendidas (QPC - FIP) y evaluar sus propiedades psicométricas.

Estudio 3

Evaluar la percepción de la calidad del cuidado percibido por las personas atendidas y por los profesionales de las unidades de salud mental penitenciarias pertenecientes al Parc Sanitari Sant Joan de Déu.

METODOLOGÍA Y
RESULTADOS

La presente tesis doctoral se presenta en formato de compilación de artículos científicos, en consonancia con las directrices de la Escuela de Doctorado y con el objetivo de contribuir de forma estructurada y progresiva al conocimiento en el ámbito de la calidad de los cuidados en salud mental penitenciaria.

En las siguientes secciones se incluyen los tres artículos que articulan el núcleo empírico de este trabajo, cada uno de los cuales responde a uno de los objetivos específicos planteados.

Cada artículo recoge de manera detallada la metodología empleada, los resultados obtenidos y su discusión en el marco teórico correspondiente. Aunque presentan una estructura autónoma, los tres estudios mantienen una coherencia temática, metodológica y conceptual, y conforman en conjunto un cuerpo de conocimiento riguroso y articulado que da respuesta a la temática de investigación central.

Asimismo, destacar que en el apartado de anexos se encontrarán la información referente al convenio de colaboración (anexo 1), aprobación del comité de ética (anexo 2) y los instrumentos finales de las versiones en castellano del QPC-FIP (anexo 3) y QPC-FIPS (anexo 4).

RESULTADOS DEL OBJETIVO 1

Adaptar transculturalmente al castellano el instrumento de evaluación 'Quality in Psychiatric Care - Forensic Inpatient Staff' en su versión para profesionales (QPC - FIPS) y evaluar sus propiedades psicométricas.

IV. RESULTADOS DEL OBJETIVO 1



El primer artículo corresponde a la adaptación transcultural del instrumento Quality in Psychiatric Care-Forensic Inpatient Staff (QPC-FIPS). Se muestran los datos bibliométricos del artículo:

- **Autores:** Marta Domínguez del Campo, Antonio R Moreno-Poyato, Montserrat Puig-Llobet, Maria Teresa Lluch-Canut, Nathalia Francis Rodríguez Zunino, Manuel Tomás-Jiménez, Sara Sanchez-Balcells, Agneta Schröder; Lars-Olov Lundqvist, Gemma Escuder-Romeva y Juan Roldán-Merino.
- **Título:** A Spanish cross-cultural adaptation of the Quality in Psychiatric Care – Forensic In-patient Staff (QPC-FIPS) instrument: Psychometric properties.
- **Revista:** Scientific Reports 3;12(1):13302.
- **Fecha de publicación:** 03 de agosto de 2022
- **Índice de impacto 2021 (SCI/SSCI):** 4.997
- **Cuartil y área:** Q2 Multidisciplinary Sciences
- **Doi:** [10.1038/s41598-022-17422-6](https://doi.org/10.1038/s41598-022-17422-6)



OPEN

Cross-cultural adaptation and psychometric properties of the Spanish Quality in Psychiatric Care Forensic Inpatient Staff (QPC-FIPS) instrument

Marta Domínguez del Campo^{1,2,3}, Antonio R. Moreno-Poyato⁴  , Montserrat Puig-Llobet⁴, Maria Teresa Lluch-Canut^{4,5}, Nathalia Rodríguez Zunino¹, Manuel Tomás-Jiménez¹, Sara Sanchez-Balcells¹, Agneta Schröder^{6,7}, Lars-Olov Lundqvist⁶, Gemma Escuder-Romeva^{1,2} & Juan Roldán-Merino^{4,8,9}

"Quality in Psychiatric Care-Forensic Inpatient Staff (QPC-FIPS) is an instrument of Swedish origin validated to measure the perception of the quality of mental health care provided by forensic psychiatry professionals. The aim of this study was to cross-culturally adapt the QPC-FIPS instrument and to evaluate the psychometric properties of the Spanish version of the instrument. A psychometric study was carried out. For validity, content validity, convergent validity and construct validity were included. For reliability, the analysis of internal consistency and temporal stability was included. The sample consisted of 153 mental health professionals from four Forensic Psychiatry units. The adapted Spanish version of the QPC-FIPS scale was configured with the same number of items and dimensions as the original. The psychometric properties, in terms of temporal stability and internal consistency, were adequate and the factor structure, such as the homogeneity of the dimensions of the Spanish version of the QPC-FIPS, was equivalent to the original Swedish version. We found that the QPC_FIPS-Spanish is a valid, reliable and easy-to-apply instrument for assessing the self-perception of professionals regarding the care they provide.

Several studies indicate that the forensic environment currently holds more people with mental health problems than any other institution; between 15 and 26% of people who have been in prison have been diagnosed with a mental health problem¹. Another study indicates that one in seven people admitted to prison worldwide has suffered from a serious mental disorder².

In Spain, the magnitude of this phenomenon has been described on several occasions. The most representative results were those from the study "Prevalence of mental disorders in Spanish prisons". These results show that

¹Parc Sanitari Sant Joan de Déu, Dr. Antoni Pujades 42, 08830 Sant Boi de Llobregat, Spain. ²Etiopatogenia I Tractament Dels Trastorns Mental Severs (MERITT), Institut de Recerca Sant Joan de Déu, Santa Rosa 39-57, 08950 Esplugues de Llobregat, Spain. ³Fundació Privada Per La Recerca Sant Joan de Déu, Santa Rosa 39-57, 08950 Esplugues del Llobregat, Spain. ⁴Public Health, Mental Health and Maternal-Infant Nursing Department, Nursing College, Universitat de Barcelona, Health Sciences Campus Bellvitge, Hospitalet de Llobregat, Barcelona, Spain. ⁵Research Group GEIMAC (Consolidated Group 2017-1681: Group of Studies of Invarianza of the Instruments of Measurement and Analysis of Change in the Social and Health Areas), Barcelona, Spain. ⁶University Health Care Research Center, Faculty of Medicine and Health, Örebro University, Örebro, Sweden. ⁷Department of Nursing, Faculty of Health Care and Nursing, Norwegian University of Science and Technology (NTNU), Trondheim, Norway. ⁸Campus Docent Sant Joan de Déu, Miret i Sans, 10-16, 08034 Barcelona, Spain. ⁹Research Group GIES (Grupo de Investigación en Enfermería, Educación y Sociedad), Barcelona, Spain. ✉email: amorenopoyato@ub.edu

the prevalence mental health problem in a penitentiary environment is 84.4%³. To this, Tort et al. indicate that we must add the "factors related to one's own incarceration that have an influence on their health situation."⁴

Consequently, there is a clear need to evaluate the quality of medical care provided by the professionals in penitentiary psychiatric units. In forensic psychiatry there is a growing interest in the evaluation of quality of life and care as an outcome measure⁵ and also as a variable in the evaluation of the likelihood of criminal recidivism⁶.

'Quality of medical care' was defined by Donabedian as "that which is expected to provide the user with the maximum and most complete well-being after assessing the balance of gains and losses that can accompany all its parts"⁷. Quality of medical care can be understood as a multidimensional concept based on three interrelated elements: professional care, interpersonal relationships and comforts of the environment⁸. One element to be taken into account in relation to the perception of the quality of medical care is job satisfaction. Numerous studies have emphasized the importance of this relationship⁹. The NTP 394 general satisfaction scale: Overall Job Satisfaction created by Warr¹⁰ is the most widely used in Spain and subsequently validated in Spanish by Pérez and Fidalgo¹¹.

Measuring and improving the quality of health system care is of global interest¹². Despite this, there is a lack of cross-cultural comparative studies on the perception of patients and professionals regarding quality of care^{13,14} and even fewer in the forensic field. This is mainly due to an absence of standardised psychiatric instruments for the measurement of medical care.

A systematic psychometric review was published in 2018¹⁴ in which 22 instruments on quality and satisfaction with mental health care according to professionals and patients were analyzed. This study shows that the instruments with the best psychometric properties most appropriate for the analysis of quality of care are: The Psychiatric Out-Patient Experiences Questionnaire (POPEQ)¹⁵, The Questionnaire of Experiences of General Practitioners (GPEQ)¹⁶, the Quality Indicator for Rehabilitative Care (QuIRC)¹⁷, Combined Assessment of Psychiatric Environments (CAPE)¹⁸ and the Quality in Psychiatric Care-Forensic In-Patient (QPC-FIP)¹⁹. The systematic review emphasises that the QPC instrument is the most suitable instrument for the measurement of quality of care in comparison with the other instruments mentioned above, as each of these instruments is specific to a given setting and population. In contrast, the QPC has been validated in both professional and patient versions and in different settings (community, hospital and forensic), allowing for a comprehensive assessment of quality of care and comparison of quality perception according to professionals and patients.

The QPC instrument was developed from the phenomenographic study by Schröder, Ahlström and Larsson²⁰ which focused on the search for the dimensions that characterize the quality of care received in various areas of mental health care: hospital admission, community care and forensic psychiatry units. Each of the areas has developed a specific, self-administered instrument to assess quality of care from the perspective of the professionals and the people served²⁰.

In Spain, the respective instruments for hospital professionals²¹, inpatients²² and outpatient staff²³ have been validated. Within the scope that concerns us, the QPC-FIPS (Quality of Psychiatric Care-Forensic Inpatient Staff), QPC version for professionals in the field of forensic psychiatry, has not been validated in Spanish.

The current version of the QPC-FIPS scale is Swedish²⁴ and the first cross-cultural adaptation is a Danish version²⁵. Thus, it is considered necessary to carry out this adaptation to assess the quality of care provided in prison mental health units with the aim of improving such care and contributing to the comparison of results in different countries.

In this context, the objective of this study was to adapt the QPC-FIPS instrument to Spanish and analyze its reliability and validity.

Methods

Participants. The sample consisted of professionals from different disciplines who work in forensic mental health units (nursing, psychiatry, psychology, social education, nursing assistance, social work, and occupational therapy), who participate voluntarily. Having less than six months' experience in the area of mental health was established as an exclusion criterion. Non-probability convenience sampling was used.

A total of 153 professionals participated, of whom 61.4% were women and 38.6% were men. The mean age was 39.92 ± 9.83 years, while the mean number of years worked in forensic units was 7.10 ± 4.94 years. The sample consisted of a variety of professional categories, with 34.6% nursing assistants, 22.9% occupational therapists, 21.6% nurses, 9.2% psychologists, 7.8% psychiatrists, and 3.9% social workers. Some 85% of the professionals stated that they would define their working environment as good or very good and 15% as bad or very bad. A total of 41.2% stated that they often or always have the opportunity to work on improvement of quality of medical care, 51.0% sometimes and 7.8% rarely or never.

Instruments. Professional perception of quality care was obtained using QPC-FIPS-Spanish. This version is an adaptation of original questionnaire QPC-FIPS²⁴.

The Quality of Psychiatric Care-Forensic Inpatient Staff (QPC-FIPS)²⁴, described in the introduction section, is a self-administered questionnaire consisting of 34 items and measures 7 dimensions of quality of care: encounter (8 items), participation (8 items), discharge (3 items), support (4 items), Secluded environment (2 items), secure environment (3 items) and forensic specific (6 items). Each item is related to the statement "I consider that..." and responses are based on 4-point Likert scales, where 1 corresponds to "strongly disagree" and 4 to "strongly agree". All items also have the option "does not correspond".

To analyze convergent validity, the NTP 394 general satisfaction scale: Overall Job Satisfaction created by Warr et al.¹⁰ was used. This scale, which evaluates working conditions (intrinsic and extrinsic), consists of 15 items evaluated on a scale of 1 to 7 (1 "very dissatisfied" and 7 "very satisfied")¹¹.

Procedure. The translation and back-translation process was carried out following the Standards for Educational and Psychological Testing²⁶.

First, the original version was translated into Spanish by two independent native-speaker translators who had no knowledge of the instrument or the aims of the study. A group of experts comprising a specialist in psychometrics, three quality experts, five nurses specializing in mental health, a psychologist and a psychiatrist specializing in forensic medicine previously assessed semantic equivalence (grammatical difficulties in translation, equivalent meaning of words), and idiomatic (contextualization of the text, colloquialisms) and conceptual equivalence. The translation and back-translation process did not present any major difficulties. After the back-translation process, the expert committee suggested modifying some terms in items 30 and 33 to adapt them to the Spanish context, respecting the semantic meaning of the original version. Item 30 after back-translation of the Swedish version indicated: "the staff helps patients, if they wish, to present their wishes and their case before the administrative court"²⁴, it was considered appropriate to modify it in the Spanish version to "users can access the judge through their lawyer or through the legal advice service", changing the term "patients" to "users" since in Spain this term is widely used. Item 33 in the Swedish version indicated: "patients receive help from staff to elaborate their offence" for "during the stay in the prison the professionals help the user to talk about the offence he/she committed"²⁴, so the term "patients" was replaced by "users" and "staff" by "professionals". Also "talking about the offence" was chosen instead of "elaborating the offence"²⁴. Finally, inclusive non-discriminatory language was used when referring to gender.

A pilot cognitive test was administered to 30 professionals to assess comprehension and completion time. The test included an open-ended question asking participants to indicate whether any item might present difficulties in comprehension. The average completion time of the questionnaire ranged between 15 and 20 min and no item presented comprehension difficulties. Following the debriefing, it was not considered necessary to make any changes to either format of content. The Spanish adapted version of the QPC-FIPS scale was configured by the same number of items and dimensions as the original, with the final version in Spanish named QPC_FIPS-Spain.

The adaptation and psychometric evaluation process was carried out in four forensic mental health units at Parc Sanitari Sant Joan de Déu, Barcelona, Spain. Data collection was carried out between February, 2019 and December, 2021.

To analyze temporal stability, it was estimated that a minimum of 60 professionals would be needed to detect an intraclass correlation coefficient (ICC) around 0.70 between two administrations of the instrument, assuming a confidence level of 95% and a power of 80% in a bilateral comparison²².

Data analysis. The SPSS Statistics program version 26 was used for analyses, along with EQS program version 6.2 for the confirmatory factor analysis (CFA)²⁷.

Construct validity was analyzed through confirmatory factor analysis (CFA) with estimated parameters using the method of least squares (LS) which is similar to maximum-likelihood (ML) but estimates patterns of relationships between variables by minimising the sum of squares of the deviation between the hypothesised and observed model. LS performs better than ML with small samples and provides a better estimate when there is a violation of normal distribution assumptions²⁸. The criteria for a good fit were Bentler Bonnet Normed Fit Index (BBNFI), Bentler Bonnet Non-Normed Fit Index (BBNNFI), Goodness of Fit Index (GFI), Adjusted Goodness of Fit Index (AGFI), Comparative Fit Index (CFI) > 0.90^{29–31}; the ratio of chi square to degrees of freedom (χ^2/df) < 3³². The value of the Root Mean Square Error of Approximation (RMSEA) and the Standardized Root Mean-Square (SRMR) and Root mean-square residual (RMR) was ≤ 0.08 ^{33,34}.

The General Satisfaction Scale NTP 394: Overall Job Satisfaction was used for convergent validity¹¹; an analysis of the Spearman's correlation coefficient was performed. Furthermore, as an additional method, a Spearman's correlation analysis was also performed between the factors of the QPC-FIPS instrument with the aim of verifying the Fayers & Machin³⁵ hypothesis which indicates that the correlation was higher between each factor and the general scale than the correlations between the subscales.

To evaluate the internal consistency of the instrument at a general level and for each of the factors, Cronbach's alpha was used and ordinal Alpha, with a value greater than or equal to 0.70³⁶ considered adequate reliability. Temporal stability or test-retest reliability was evaluated after 7–14 days through the ICC in a sample of 77 professionals. A value greater than or equal to 0.70 was considered an indicator of good agreement³⁶. In addition, composite reliability was calculated. Item analyses included the calculation of item means, standard deviations, and corrected total item correlation.

Ethical aspects of research. This study was approved by the research ethics committee at the Sant Joan de Déu Foundation, under CEIC code PIC-73-18. All research was conducted in accordance with relevant guidelines and regulations. All participants were informed about the objective of the study and gave their written consent to participate voluntarily and anonymously.

Results

Construct validity. Confirmatory factor analysis was used to verify the internal structure of the instrument. The CFA shows a chi-square value of ($\chi^2 = 1115.705$; $df = 506$; $p < 0.0001$). The GFI and AGFI show an adjustment > 0.90; the ratio between chi square and degrees of freedom (χ^2/df) was 2.20, that is, achieving an index less than 3, and the value ≤ 0.08 was also obtained for the RMR, SRMR and RMSEA. All index showed a reasonable adjustment. Table 1 shows the fit of the model.

The adaptation in Spanish reproduces the structure of the instrument in its original language where the different items are grouped into 7 factors. Figure 1 shows the saturation of all items. All saturations were equal to or greater than 0.40.

BBNFI	0.613
BBNNFI	0.709
GFI	0.935
AGFI	0.923
CFI	0.738
RMR	0.048
SRMR	0.086
RMSEA	0.089
Cronbach's alpha	0.916
Goodness of fit test	$\chi^2 = 1115.705$; $df = 506$; $p < 0.0001$
Adjustment reason	$\chi^2 / df = 2.20$

Table 1. Goodness-of-fit indices for the confirmatory model QPC-FIPS Spanish. *BBNFI*: Bentler bonnet normed fit index, *BBNNFI* Bentler Bonnet non-normed fit index, *GFI* Goodness of fit index, *AGFI* Adjusted goodness of fit index, *CFI* Comparative fit index, *RMR* Root mean-square residual, *SRMR* Standardized root mean-square, *RMSEA* Root mean square error of approximation, *df* Degrees of freedom.

Convergent validity. Convergent validity was analyzed using Spearman's correlation coefficient with the NTP 394 general satisfaction scale: Overall Job Satisfaction¹¹. The correlation obtained was $\rho = 0.438$ ($p < 0.0001$). Table 2 shows the correlations between factors and with the total instrument score. F1."Encounter" and F2."Participation" correlated most strongly with the total instrument ($\rho = 0.886$ and $\rho = 0.834$ respectively).

Reliability. Table 3 shows the description of each of the items. The mean value of the items ranged from 2.27 to 3.71 (standard deviation from 0.54 to 1.0). On the other hand, the corrected total item correlation was higher than 0.20 in all items. Nor does instrument reliability improve if any of the items are eliminated.

Cronbach's alpha of the internal consistency coefficient of the total instrument scored high. However, it should be noted that three of the seven factors (F3."Discharge", F5."Secluded Environment" and "F6.Secure Environment") obtained lower values. Table 4 shows the results.

The ICC analysis showed that the test-retest reliability was 0.802 (95% CI: 0.689–0.874; $n = 77$), and this value was greater than .70 in all instrument factors except F1."Encounter" and F4."Support" with values of 0.641 and 0.605, respectively (Table 4).

Discussion

The objective of this study was to adapt the Quality in Psychiatric Care Inpatient Staff (QPC-FIPS) instrument to Spanish, as well as analyzing its reliability and validity.

The process of translation and back-translation from the original version²⁴ did not present any major difficulties. The expert committee suggested modifying two elements to improve comprehension in their cross-cultural adaptation. These results are consistent with what is specified in the Danish adaptation²⁵ of the instrument, therefore, it is demonstrated that the construct of quality in care in penitentiary mental health units has a similar meaning to that proposed in the Swedish or Danish context.

In relation to the sample used, it is worth noting the smaller number of participants (153) in our study compared to the original Swedish version (348)²⁴ and the Danish adaptation (630)²⁵; although the percentage proportion of women (60%) and men (40%) with a similar mean age and representation of the different professional categories in a similar way is maintained. It should be noted that for the Spanish adaptation of the QPC-IPS instrument the sample was similar (163) and adequate psychometric properties were also obtained²¹.

At the psychometric level, the results of the Spanish adaptation of the QPC-FIPS were adequate. Regarding construct validity, the CFA showed a significant chi-square value ($\chi^2 = 1115.705$; $df = 506$; $p < 0.0001$); It should be noted that the GFI and AGFI values were ≥ 0.90 . The ratio between chi square and degrees of freedom (χ^2/df) was ≤ 3 . The RMSEA, SRMR and RMR index values indicated values ≤ 0.08 . results which are very similar to the Danish²⁵ and Swedish versions²⁴ of QPC-FIPS and Spanish adaptation of QPC-OPS²³ and QPC-IPS²¹.

The convergent validity of the instrument was calculated using the Spearman's correlation ratio between the QPC-FIPS and the NTP 394 general satisfaction scale: Overall Job Satisfaction. The correlation obtained was positive. These data were similar to those reported in the results of the QPC-OPS ($\rho = 0.31$)²³ and QPC-IPS ($\rho = 0.58$)²¹ validation studies. Furthermore, as an additional method, a Spearman's correlation analysis was also performed between the factors of the QPC-FIPS questionnaire. It was observed that, in the vast majority of cases, the correlation coefficients between the QPC-FIPS factors were moderate (0.40–0.60). While it is true that a greater degree of correlation between the correlation coefficients is observed in the Danish²⁵ or Swedish version²⁴, we noted that the correlation was higher between each factor and the general scale than the correlations between the subscales, confirming the Fayer and Machin hypothesis³⁵.

With respect to reliability, the internal consistency of the instrument was evaluated at a general level, showing a Cronbach's alpha of 0.91, which is similar to that obtained with the original version (0.94)²⁴, the Danish adaptation (0.93)²⁵. and of the Spanish adaptations of the QPC-IPS (0.92)²¹ and QPC-OPS(0.88)²³. Regarding the internal consistency of each of the factors, it should be noted that in each of the versions of the QPC-FIPS

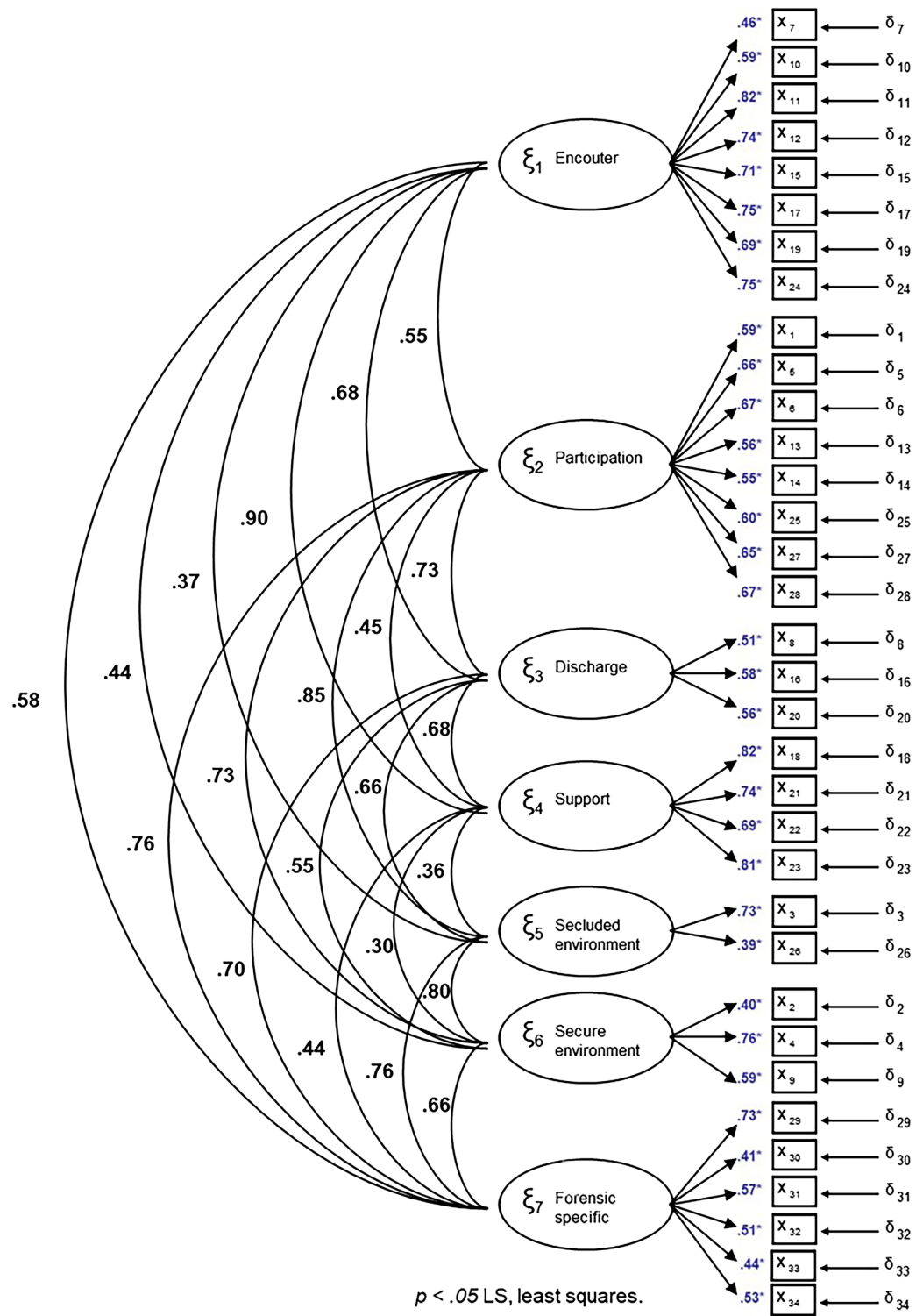


Figure 1. Factor loadings derived from the LS estimation (least squares).

	Encounter	Participation	Discharge	Support	Secluded environment	Secure environment	Forensic specific	Total QPC-FIPS
F1. Encounter	1							
F2. Participation	0.691*	1						
F3. Discharge	0.608*	0.574*	1					
F4. Support	0.478*	0.494*	0.592*	1				
F5. Secluded Environment	0.436*	0.431*	0.432*	0.434*	1			
F6. Secure Environment	0.609*	0.606*	0.522*	0.415*	0.454*	1		
F7. Forensic specific	0.613*	0.491*	0.515*	0.433*	0.351*	0.481*	1	
Total QPC-FIPS	0.886*	0.834*	0.736*	0.662*	0.566*	0.732*	0.774*	1

Table 2. Correlations among the subscales of the SPANISH QPC-FIPS. $n = 153$. *All correlation coefficients (rho) are significant at $p < 0.01$.

created so far, Swedish, Danish and Spanish, the factors with the lowest score are F3. "Discharge", F5. "Secluded environment" and F6. "Secure Environment"; with F7 "Forensic specific"²⁴ added to this list from the Danish version²⁵. The ICC analysis showed that the test–retest reliability was adequate at 0.80 (95% CI: 0.689–0.874; $n = 77$). These results were similar to those reported in validations of QPC versions that have reported the ICC: QPC-IPS 0.91 (95% CI: 0.87–0.94; $n = 92$)²¹ and QPC-OPS 0.84 (95% CI: 0.790–0.888; $n = 157$)²³.

When analyzing the psychometric measures of the QPC-IPS-Spanish scale, validated in the hospital context, we found that the factors indicated above: F3. "Discharge", F5. "Secluded environment" and F6. "Secure Environment" also show a lower score²¹. Finally, the psychometric properties of this instrument also agree with those obtained in the adaptation of QPC OPS-Spanish scale, validated at the community level²³.

Limitations

One limitation was the sample size used in this study. Since the sample is a factor that interacts with aspects of the design such as the communality of the data and the number of variables per factor, following the recommendations a sample size of 200 subjects is required when we have communalities between 0.40 and 0.70, and the number of variables per factor is 3–4 items³⁷. In this study, the sample was slightly less than 200 so the data should be interpreted with caution. However, recruitment itself was a limitation due to the limited number of professionals working in the field of forensic psychiatry. However, this limitation is mitigated by the comparison of similar psychometric outcomes in the original studies²⁴ as well as those carried out in our context with mental health professionals from other healthcare settings²¹.

In terms of convergent validity, one limitation is the use of NTP 394 general satisfaction scale: Overall Job Satisfaction¹¹. This is a questionnaire that allows us to assess overall job satisfaction. It may be that this instrument is not the most suitable for analysing this validity, but it has been translated and validated in Spanish and is one of the most widely used instruments. It was selected because although the two instruments do not assess exactly the same thing, the literature indicates that professionals who report higher perceptions of quality of care are those who report higher job satisfaction⁹.

Steps should be taken in future research to avoid the present limitations.

Conclusion

The results obtained indicate that the psychometric properties in terms of temporal stability and internal consistency are adequate and that the factorial structure of the Spanish version of the QPC-FIPS is equivalent to the original Swedish version²⁴, demonstrating that the concept of quality perceived by professionals at forensic psychiatry units in Spain fits the concept of their counterparts in Sweden²⁴. Likewise, the factorial loads, such as the homogeneity of the dimensions, were also similar to those of the Swedish version. The Spanish version of QPC-FIPS is the first instrument that allows assessment of the perceptions of forensic psychiatry professionals in Spain regarding the care they provide.

Summary of the contents of the items		Mean	SD	Corrected item-total correlation	Cronbach's alpha Total instrument without item
<i>Encounter</i>		11.50	3.86		
P7	Gives support when the users need it	3.48	0.73	0.349	0.915
P10	Committed professionals	3.34	0.83	0.509	0.913
P11	Shows empathy	3.57	0.64	0.661	0.912
P12	Cares if the users get angry	3.66	0.62	0.568	0.913
P15	Respects the users	3.61	0.62	0.526	0.913
P17	Shows understanding	3.26	0.72	0.622	0.912
P19	Has time to listen	3.56	0.65	0.533	0.913
P24	Cares about the users' care	3.66	0.57	0.553	0.913
<i>Participation</i>		16.13	4.37		
P1	Users have influence over their care	2.27	0.81	0.460	0.914
P5	Users' view of the right care is respected	2.75	0.78	0.573	0.913
P6	Users take part in decision-making about their care	2.59	0.81	0.562	0.913
P13	Benefit drawn from the patient's earlier experience of treatment	2.99	0.83	0.480	0.914
P14	Users helped to recognize signs of deterioration	3.39	0.78	0.492	0.914
P25	Users informed in a way that they understand	3.20	0.71	0.474	0.914
P27	Users have knowledge about their mental troubles	3.11	0.69	0.548	0.913
P28	Users receive information about treatment alternatives	2.66	0.81	0.558	0.913
<i>Discharge</i>		5.63	1.85		
P8	Planning of the users' continued treatment	2.98	0.76	0.433	0.914
P16	Users are offered follow-up after discharge	2.84	1.08	0.474	0.914
P20	Users know where to turn	3.45	0.72	0.460	0.914
<i>Support</i>		5.25	2.02		
P18	Stops the users from hurting others	3.64	0.59	0.573	0.913
P21	Stops the users from hurting themselves	3.71	0.54	0.481	0.914
P22	Nothing shameful about having mental troubles	3.69	0.57	0.518	0.914
P23	Shame and guilt must not get in the way	3.71	0.55	0.590	0.913
<i>Secluded environment</i>		3.72	1.31		
P3	Access to secluded place	2.92	0.94	0.471	0.914
P26	There's a secluded place	3.06	0.92	0.276	0.917
<i>Secure environment</i>		6.02	1.77		
P2	High level of security in ward	3.22	0.84	0.275	0.917
P4	Feel secure with fellow users	2.99	0.76	0.526	0.913
P9	Not disturbed by fellow users	2.38	0.78	0.370	0.915
<i>Forensic specific</i>		12.51	3.06		
P29	Informed of their rights	2.97	0.84	0.604	0.912
P30	Help the users in contact with the Administrative Court	3.45	0.84	0.290	0.917
P31	The doctor explains the users' medical reports clearly	2.79	0.82	0.465	0.914
P32	Support from their lawyer	2.84	0.76	0.410	0.915
P33	Professionals help the users to talk about their crimes	2.94	0.78	0.362	0.915
P34	Professionals involved in the' users' care	2.56	0.77	0.414	0.915

Table 3. Descriptive Statistics of the Items of the QPC-FIPS Scale and Cronbach's alpha. *SD* Standard deviation.

Factors	ICC (CI 95%)	Cronbach's alpha	Alpha ordinal
F1. Encounter	0.641 (0.435–0.771)	0.864	0.872
F2. Participation	0.903 (0.847–0.938)	0.823	0.832
F3. Discharge	0.865 (0.788–0.914)	0.558	0.565
F4. Support	0.605 (0.379–0.749)	0.853	0.849
F5. Secluded Environment	0.867 (0.790–0.915)	0.405	0.443
F6. Secure Environment	0.877 (0.807–0.922)	0.590	0.596
F7. Forensic specific	0.732 (0.578–0.830)	0.698	0.701
Total	0.802 (0.689–0.874)	0.916	0.956

Table 4. Spanish QPC-FIPS. Test–retest ICC (n = 77) and Cronbach's alpha. ICC Intraclass correlation coefficient, CI Confidence interval.

Data availability

The data that support the findings of this study are available upon reasonable request from the corresponding author. The data are not publicly available due to privacy and ethical restrictions. The data were taken from our own study.

Received: 27 April 2022; Accepted: 25 July 2022

Published online: 03 August 2022

References

- Wallace, D. *et al.* Examining the role of familial support during prison and after release on post-incarceration mental health. *Int. J. Offender Ther. Comp. Criminol.* **60**, 3–20 (2016).
- Thomas, E. G. *et al.* Trajectories of psychological distress after prison release: Implications for mental health service need in ex-prisoners. *Psychol. Med.* **46**, 611–621 (2016).
- Vicens Pons, E. *et al.* Informe Prevalencia de Trastornos Mentales en centros penitenciarios españoles (Estudio PRECA). (2011).
- Tort, V., Rovira, M., Macià, L. & López, S. Coordinación con servicios externos en la excarcelación. *Rev. Española Sanid. Penit.* **18**, 54–59 (2016).
- Escuder Romeva, G., Ochoa Güerre, S. & Ramos-Quiroga, J. A. *Necessitats de la població atesa a les unitats psiquiàtriques penitenciaris de Catalunya.* (Universitat Autònoma de Barcelona, 2018).
- Beaudry, G., Yu, R., Perry, A. E. & Fazel, S. Effectiveness of psychological interventions in prison to reduce recidivism: a systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials. *Lancet Psychiatry* **8**, 759–773 (2021).
- Donabedian, A. Methods for deriving criteria for assessing the quality of medical care. *Med. Care Rev.* **37**, 653–698 (1980).
- Schröder, A. & Ahlström, G. Psychiatric care staff's and care associates' perceptions of the concept of quality of care: A qualitative study. *Scand. J. Caring Sci.* **18**, 204–212 (2004).
- Carrillo-García, C., Martínez-Roche, M. E., Gómez-García, C. I. & Meseguer-DePedro, M. Satisfacción laboral de los profesionales sanitarios de un Hospital Universitario: análisis general y categorías laborales. *An. Psicol.* **31**, 645–650 (2015).
- Warr, P., Cook, J. & Wall, T. Scales for the measurement of some work attitudes and aspects of psychological well-being. *J. Occup. Psychol.* **52**, 129–148 (1979).
- Perez, J. & Fidalgo, M. *NTP 394: Satisfacción laboral: escala general de satisfacción.* (1995).
- Hussey, P. S. *et al.* How does the quality of care compare in five countries?. *Health Aff. (Millwood)* **23**, 89–99 (2004).
- Henderson, C., Hales, H. & Ruggeri, M. Cross-cultural differences in the conceptualisation of patients' satisfaction with psychiatric services—content validity of the English version of the Verona Service Satisfaction Scale. *Soc. Psychiatry Psychiatr. Epidemiol.* **38**, 142–148 (2003).
- Sanchez-Balcells, S. *et al.* Psychometric properties of instruments measuring quality and satisfaction in mental health: A systematic review. *J. Adv. Nurs.* **74**, 2497–2510 (2018).
- Garratt, A. *et al.* The Psychiatric Out-Patient Experiences Questionnaire (POPEQ): Data quality, reliability and validity in patients attending 90 Norwegian clinics. *Nord. J. Psychiatry* **60**, 89–96 (2006).
- Bjertnaes, O. A., Garratt, A. & Nessa, J. The GPs' Experiences Questionnaire (GPEQ): reliability and validity following a national survey to assess GPs' views of district psychiatric services. *Fam. Pract.* **24**, 336–342 (2007).
- Killaspay, H. *et al.* The development of the quality indicator for rehabilitative care (QuIRC): A measure of best practice for facilities for people with longer term mental health problems. *BMC Psychiatry* **11**, 11–35 (2011).
- Delaney, K. R., Johnson, M. E. & Fogg, L. Development and testing of the combined assessment of psychiatric environments: A patient-centered quality measure for inpatient psychiatric treatment. *J. Am. Psychiatr. Nurses Assoc.* **21**, 134–147 (2015).
- Lundqvist, L. O., Lorentzen, K., Riiskjaer, E. & Schröder, A. A danish adaptation of the quality in psychiatric care-forensic in-patient questionnaire: Psychometric properties and factor structure. *J. Forensic Nurs.* **10**, 168–174 (2014).
- Schröder, A., Larsson, B. W. & Ahlström, G. Quality in psychiatric care: An instrument evaluating patients' expectations and experiences. *Int. J. Health Care Qual. Assur.* **20**, 141–160 (2007).
- Sanchez Balcells, S. *et al.* A Spanish adaptation of the Quality in Psychiatric Care – Inpatient Staff (QPC-IPS) instrument : Psychometric properties and factor structure. *An. Sist. Sanit. Navar.* **43**, 307–322 (2020).
- Sanchez-Balcells, S. *et al.* A Spanish adaptation of the Quality in Psychiatric Care—Inpatient (QPC-IP) instrument: Psychometric properties and factor structure. *BMC Nurs.* **20**, 1–11 (2021).
- Tomás-Jiménez, M. *et al.* Adaptation, psychometric properties and factor structure of the Spanish Quality in Psychiatric Care-Outpatient Staff (QPC-OPS) instrument. *Sci. Rep.* **12**, 4018 (2022).
- Schröder, A. & Lundqvist, L.-O. The Quality in Psychiatric Care-Forensic In-Patient Staff (QPC-FIPS) instrument: Psychometric properties and staff views of the quality of forensic psychiatric services in Sweden. *Open J. Nurs.* **03**, 330–341 (2013).
- Lundqvist, L.-O., Riiskjaer, E., Lorentzen, K. & Schröder, A. Factor structure and psychometric properties of the Danish adaptation of the Instrument Quality in Psychiatric Care-Forensic In-Patient Staff (QPC-FIPS). *Open J. Nurs.* **04**, 878–885 (2014).
- American Educational Research Association. *Standards for educational and psychological testing.* (American Educational Research Association, 2014).

27. EQS 6.2 for Windows. (2006).
28. Ortiz, M. S. & Fernández-Pera, M. Modelo de Ecuaciones Estructurales: Una guía para ciencias médicas y ciencias de la salud. *Ter. Psicol.* **36**, 51–57 (2018).
29. Browne, M. W. & Cudeck, R. *Alternative ways of assessing model fit* (Newbury Park CA Sage, 1993).
30. Kline, R. *Principles and practice of structural equation modeling* (The Guilford Press, 2011).
31. Brown, T. *Confirmatory factor analysis for applied research* (The Guildford Press, 2015).
32. Lévy, J. P., Martín, M. T. & Román, M. V. Optimisation according to covariance structures. In *Modeling with covariance structures in social sciences* (eds Lévy, J. P. & Varela, J.) 11–30 (Netbiblo, 2006).
33. Byrne, B. M. *Structural Equation Modeling With AMOS. Basic Concepts, Applications and Programming* (Routledge, 2016).
34. Byrne, B. *Structural Equation Modeling with EQS. Basic Concepts, Applications and Programming* (Routledge, 2013).
35. Fayars, P. M. & Machin, D. *Quality of Life: Assessment, Analysis and Interpretation* (John Wiley & Sons, 2000).
36. Streiner, D. L., Norman, G. R. & Cairney, J. *Health measurement scales: A practical guide to their development and use* (Oxford University Press, 2015).
37. Hernández-Baeza, A., Tomás-Marco, I., Lloret-Segura, S. & Ferreres-Traver, A. E. análisis factorial exploratorio de los ítems: una guía práctica, revisada y actualizada. *An. Psicol.* **30**, 1151–1169 (2014).

Acknowledgements

The authors would like to thank all the professionals who participated in this study, as well as Parc Sanitari Sant Joan de Déu for funding. We thank Stephen Kelly for help with language editing.

Author contributions

M.D.D.C., Data curation, Formal analysis, Writing Original draft preparation, Writing—Review & Editing. A.R.M.P., Writing Original draft preparation, Writing—Review & Editing. M.P.L.L., Conceptualization, Methodology, Writing—Review & Editing. M.T.L.L.C., Conceptualization, Methodology, Writing—Review & Editing. N.R.Z., Conceptualization, Methodology, Data curation, Formal analysis, Writing Original draft preparation, Writing—Review & Editing. M.T.J., Formal analysis, Writing Original draft preparation, Writing—Review & Editing. S.S.B., Conceptualization, Methodology, Writing—Review & Editing. A.S., Conceptualization, Writing—Review & Editing. L.O.L., Conceptualization, Writing—Review & Editing. G.E.R., Data curation, Writing—Review & Editing. J.R.M., Conceptualization, Methodology, Formal analysis, Writing Original draft preparation, Supervision, Writing—Review & Editing.

Funding

Funded by Parc Sanitari Sant Joan de Déu (grant number AR201801).

Competing interests

The authors declare no competing interests.

Additional information

Correspondence and requests for materials should be addressed to A.R.M.-P.

Reprints and permissions information is available at www.nature.com/reprints.

Publisher's note Springer Nature remains neutral with regard to jurisdictional claims in published maps and institutional affiliations.



Open Access This article is licensed under a Creative Commons Attribution 4.0 International License, which permits use, sharing, adaptation, distribution and reproduction in any medium or format, as long as you give appropriate credit to the original author(s) and the source, provide a link to the Creative Commons licence, and indicate if changes were made. The images or other third party material in this article are included in the article's Creative Commons licence, unless indicated otherwise in a credit line to the material. If material is not included in the article's Creative Commons licence and your intended use is not permitted by statutory regulation or exceeds the permitted use, you will need to obtain permission directly from the copyright holder. To view a copy of this licence, visit <http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>.

© The Author(s) 2022

RESULTADOS DEL OBJETIVO 2

Adaptar transculturalmente al castellano el instrumento de evaluación 'Quality in Psychiatric Care - Forensic Inpatient' en su versión para personas atendidas (QPC - FIP) y evaluar sus propiedades psicométricas.

IV. RESULTADOS DEL OBJETIVO 2

El segundo artículo corresponde a la adaptación transcultural del instrumento Quality in Psychiatric Care-Forensic Inpatient (QPC-FIP). Se muestran los datos bibliométricos del artículo:

- **Autores:** Marta Domínguez del Campo, Juan Roldán-Merino, Manuel Tomás-Jiménez, Montserrat Puig-Llobet, Maria Teresa Lluch-Canut, Nathalia Francis Rodríguez Zunino, Sara Sanchez-Balcells, Agneta Schröder; Lars-Olov Lundqvist, Gemma Escuder-Romeva y Antonio R Moreno-Poyato.
- **Título:** The Spanish Adaptation of the Quality in Psychiatric Care - Forensic Inpatient (QPC-FIP) Instrument: Psychometric Properties
- **Revista:** Healthcare 12(22): 2235.
- **Fecha de publicación:** 09 de noviembre de 2024
- **Índice de impacto 2023 (SCI/SSCI):** 2.4
- **Cuartil y área:** Q2 Health Care Sciences and Services
- **Doi:** [10.3390/healthcare12222235](https://doi.org/10.3390/healthcare12222235)

Article

The Spanish Adaptation of the Quality in Psychiatric Care—Forensic Inpatient (QPC-FIP) Instrument: Psychometric Properties

Marta Domínguez del Campo ^{1,2,3,4}, Juan Roldán-Merino ^{4,5,6}, Manuel Tomás-Jiménez ^{1,4,7,*},
Montserrat Puig-Llobet ^{6,8}, Maria Teresa Lluch-Canut ^{6,8}, Nathalia Rodríguez Zunino ¹, Sara Sanchez-Balcells ^{6,8},
Agneta Schröder ^{9,10}, Lars-Olov Lundqvist ⁹, Gemma Escuder-Romeva ^{1,2} and Antonio R. Moreno-Poyato ^{6,8}

- ¹ Parc Sanitari Sant Joan de Déu, Dr. Antoni Pujades 42, 08830 Sant Boi de Llobregat, Spain; marta.dominguez@sjd.es (M.D.d.C.); nathalia.rodriguez@sjd.es (N.R.Z.); gemma.escuder@sjd.es (G.E.-R.)
 - ² Etiopatogenia I Tractament Dels Trastorns Mental Severes (MERITT), Institut de Recerca Sant Joan de Déu, Santa Rosa 39-57, 08950 Esplugues de Llobregat, Spain
 - ³ Fundació Privada Per La Recerca Sant Joan de Déu, Santa Rosa 39-57, 08950 Esplugues del Llobregat, Spain
 - ⁴ Mental Health Department, Campus Docent Sant Joan de Déu Private Foundation, University of Barcelona, C/Sant Benito Menni 18-20, 08830 Sant Boi de Llobregat, Spain; juan.roldan@sjd.edu.es
 - ⁵ Grupo DAFNiS, Campus Docent Sant Joan de Déu, Universitat de Barcelona, 08830 Sant Boi de Llobregat, Spain
 - ⁶ Mental Health, Psychosocial and Complex Nursing Care Research Group—NURSEARCH, University of Barcelona, 08907 Barcelona, Spain; monpuiglob@ub.edu (M.P.-L.); tlluch@ub.edu (M.T.L.-C.); sara.sanchez@ub.edu (S.S.-B.); amorenopoyato@ub.edu (A.R.M.-P.)
 - ⁷ Patient Safety Research Group, Parc Sanitari Sant Joan de Déu, 08830 Sant Boi de Llobregat, Spain
 - ⁸ Public Health, Mental Health and Maternal Infant Nursing Department, Nursing College, University of Barcelona, Health Sciences Campus Bellvitge, Hospitalet de Llobregat, 08907 Barcelona, Spain
 - ⁹ University Health Care Research Center, Faculty of Medicine and Health, Örebro University, 701 85 Örebro, Sweden; agneta.schroder@regionorebrolan.se (A.S.); lars-olov.lundqvist@regionorebrolan.se (L.-O.L.)
 - ¹⁰ Department of Nursing, Faculty of Health Care and Nursing, Norwegian University of Science and Technology (NTNU), 2815 Gjøvik, Norway
- * Correspondence: manuel.tomas@sjd.edu.es

Citation: Domínguez del Campo, M.; Roldán-Merino, J.; Tomás-Jiménez, M.; Puig-Llobet, M.; Lluch-Canut, M.T.; Rodríguez-Zunino, N.; Sanchez-Balcells, S.; Schröder, A.; Lundqvist, L.-O.; Escuder-Romeva, G.; et al. The Spanish Adaptation of the Quality in Psychiatric Care—Forensic Inpatient (QPC-FIP) Instrument: Psychometric Properties. *Healthcare* **2024**, *12*, 2235. <https://doi.org/10.3390/healthcare12222235>

Academic Editor: Manoj Sharma

Received: 18 September 2024

Revised: 5 November 2024

Accepted: 8 November 2024

Published: 9 November 2024



Copyright: © 2024 by the authors. Submitted for possible open access publication under the terms and conditions of the Creative Commons Attribution (CC BY) license (<https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>).

Abstract: Background/Objectives: The quality of care in forensic mental health services is a factor that significantly impacts recovery and constitutes a right of the individuals receiving treatment. However, there is a lack of instruments to assess the perceived quality of care among individuals in this setting. Quality in Psychiatric Care—Forensic Inpatient (QPC-FIP) is a Swedish instrument that measures the perception of quality care from the perspectives of patients in the forensic setting. The aim of this study was to perform a cross-cultural adaptation of the QPC-FIP instrument into Spanish and to assess its reliability and validity. **Methods:** For the adaptation process, a translation–back-translation of the instrument was performed. Regarding psychometric properties, the sample consisted of 120 inpatients in the forensic setting to whom the instrument was applied. To assess temporal stability, the instrument was readministered after 10 days ($n = 98$). **Results:** The confirmatory factor analysis showed an equivalent seven-factor structure with the original version, presenting a satisfactory model fit. Regarding reliability, the Cronbach’s alpha value was 0.933, and the intraclass correlation coefficient was 0.836 (95% IC: 0.742–0.896), revealing results higher than 0.70 in six of the seven factors. **Conclusions:** The Spanish version of the QPC-FIP instrument showed adequate validity and reliability values, indicating that is a useful tool for measuring quality in psychiatric care in the forensic context.

Keywords: forensic care; psychometric properties; patients’ perspective; quality of care; psychiatric care

1. Introduction

The prison environment can be a predisposing factor that requires people to continually adapt to their changing circumstances. Incarceration, as a significant life event, creates a biographical disruption and can lead to changes in self-care habits and social networks for people involved in the justice system. However, it is important to recognize that mental health problems are not the exclusive consequence of incarceration. Factors such as previous trauma, limited access to health services and socioeconomic conditions also play a fundamental role in the development of these disorders. These elements interact with the characteristics of the prison environment, alterations in care routines and, in particular, deprivation of freedom, contributing to the emergence of psychological difficulties [1,2]. This approach facilitates a deeper understanding of the complexity of the lives of individuals involved in the justice system, highlighting the importance of support and treatment approaches that recognize their multifaceted experiences and respect their humanity.

Various studies indicate that, at present, the prison system is the institution housing the majority of individuals with mental health problems [3–6]. In Spain, the prevalence of mental health issues within forensic settings is 84.4% [7–9]. In relation to mental health within the Catalanian prison system, a 2018 study aimed at determining the needs of the population served by the Psychiatric Hospitalization Unit of Catalonia (UHPP), where a large portion of the present study's sample is located, found that 70% of the population had a diagnosis of "Schizophrenia spectrum and other psychotic disorders", followed by 23% of individuals diagnosed with "Mood disorders" [10].

The Organic Law 1/1979, of September 26, General Penitentiary Law, establishes the minimum standards that penitentiary institutions in Spain must meet to ensure the fulfillment of the basic needs of the inmate population. This includes, as outlined in Articles 19 to 21, maintaining personal and environmental hygiene, providing adequate nutrition, and ensuring the right to social activity and relationships, among other aspects. Additionally, Article 61 emphasizes the promotion of inmate participation in the planning and execution of their treatment and discharge planning [11].

The quality of care in forensic mental health services is a factor that significantly impacts the recovery and quality of life of the individuals receiving treatment [12]. The right to high-quality mental health care is a fundamental principle supported by international organizations such as the World Health Organization (WHO) and the Convention on the Rights of Persons with Disabilities (CRPD). However, global evidence indicates that mental health services, particularly in forensic settings, often face significant shortcomings [13].

Referring to the recovery framework in mental health, the importance of promoting autonomy, choice, and participation in decision making is emphasized in forensic environments. These aspects are often compromised in forensic settings due to the strict security and control measures in place [12,14].

Furthermore, the literature highlights that environments promoting recovery and maintaining a high quality of life are those characterized by high-quality therapeutic relationships, a welcoming physical environment, and opportunities to engage in meaningful activities that support care and recovery [15]. These findings are consistent with studies that have examined the quality of life of forensic psychiatric inpatients, emphasizing that improvements in the quality of care can have a significant impact on the recovery and reintegration of inmates, thereby reducing recidivism and improving health outcomes [2,7,9].

In the European context, forensic mental health remains a critical area of concern, with an emphasis on the need for greater integration of mental health services within the prison system. Differences in care models among European countries, along with variations in public health and penitentiary policies, pose challenges to the implementation of a uniform approach to address this issue [5].

In Catalonia, where the present study is conducted, the regional government has implemented a rehabilitation model in prisons aimed at improving the quality of life of inmates through the promotion of personalized treatment programs [16]. However, there is a lack of instruments to assess the perceived quality of care among individuals in forensic mental health units, a key element emphasized for the past two decades [17–19].

Furthermore, there is a lack of cross-cultural comparative studies on the perceptions of patients and professionals regarding the quality of care [20] particularly in forensic settings. This is primarily due to the absence of standardized instruments.

Regarding studies that assess the perception of quality of care in patients, it is important to highlight the work of Schröder and Ahlström and their development of the Quality in Psychiatric Care (QPC) instrument battery, which evaluates different dimensions characterizing the quality of mental health care across three distinct settings: hospital, community, and forensic. Each area has developed a specific self-administered instrument to assess the quality of care from the perspective of both professionals and patients [21]. In Spain, the respective instruments have been validated for mental health professionals in hospital settings [22], inpatients in psychiatric units [23], mental health professionals in community settings [24], and outpatients in community mental health centers [25].

The present research group has carried out various studies on quality of care in the context of mental health in Catalonia (Spain). The first area to explore was the hospital context, where it was observed that professionals gave a higher score to the dimensions referring to Support received as well as Encounter, a dimension that reflects the therapeutic relationship between professionals and patients [22]. Subsequently, the point of view of patients admitted to hospital units was examined, with patients agreeing with the professionals in giving the highest score to the dimensions Support and Encounter [23]. The next context to study was that related to community mental health, so perspectives on quality of care in professionals and patients were examined, and the results showed an agreement in giving higher scores to the dimensions related to Support and Encounter in a similar way to what was found in the hospital area [26].

Within the scope of our study, the QPC-FIPS (Quality in Psychiatric Care—Forensic Inpatient Staff) instrument, the QPC version for professionals in the field of prison mental health, has already been cross-culturally adapted to our context [27]. However, the QPC-FIP (Quality of Psychiatric Care—Forensic Inpatient) instrument [28], the QPC version for individuals receiving care in forensic mental health units, has not yet been validated in Spanish.

This study is part of an international project aimed at adapting the patient version of the QPC-FIP instrument across several countries, evaluating its psychometric properties and comparing how its structure holds across different languages. Additionally, the project aims to analyze and contrast the quality of psychiatric care in forensic settings across multiple nations.

In this context, the aim of this study was to perform a cross-cultural adaptation of the Quality in Psychiatric Care—Forensic Inpatient (QPC-FIP) instrument into Spanish and to assess its reliability and validity.

2. Materials and Methods

2.1. Design

To address the validation of the Spanish version of the QPC-FIP instrument, a psychometric study was conducted in two phases.

- Phase 1. Adaptation of the instrument through translation, back-translation, and pilot testing of cognitive pretest.
- Phase 2. Validation of the psychometric properties of the instrument through a study of the validity and reliability of the Spanish version.

2.2. Participants and Study Setting (Sample Size)

The study was conducted between January and December 2023. The sample consisted of inpatients admitted to the Forensic Psychiatry Hospitalization Units of Parc Sanitari Sant Joan de Déu: UHPP-C (Penitentiary Psychiatric Hospitalization Unit of Catalonia); Brians 2 Mental Health Unit, and Quatre Camins.

At the study site, the maximum capacity is approximately 120 beds (excluding beds reserved for emergencies and individuals with acute illness). It is worth noting that there is a low replacement rate because discharges from these units typically coincide with medical discharges or completion of the sentence. Due to this limitation, a non-probabilistic convenience sampling method was employed. To reduce sample bias, the data were collected by professionals outside the research team. It was agreed to include all individuals admitted during the study period who met the following inclusion criteria: having a diagnosis of mental disorder and agreeing to participate voluntarily in the research. Exclusion criteria were language barrier, significant cognitive impairment, organic disorder, and drug intoxication at the time of evaluation.

It was decided to include a minimum of 100 participants to assess internal consistency and to conduct confirmatory factor analysis, due to the unit's low replacement rate [29]. To evaluate consistency over time, it was calculated that at least 80 participants would be needed to detect an intraclass correlation coefficient (ICC) close to 0.70 between two measurements, maintaining a 95% confidence level and 80% power for a two-sided comparison [30].

The validation of the psychometric properties of the instrument was conducted with the participation of 120 patients. Sociodemographic and clinical characteristics are shown in Table 1.

Table 1. Sociodemographic and clinical characteristics of the sample.

Background Variable	n (%)
Gender	
Female	15 (12.5%)
Male	105 (87.5%)
Age M (SD)	37.41 (10.91)
Nationality	
Spanish	83 (69.2%)
Others	37 (30.8%)
Education level	
Higher education/University	10 (8.3%)
Vocational training/Baccalaureate	39 (32.5%)
Primary education	42 (35%)
Incomplete education	29 (24.2%)
Prior admission in forensic psychiatric unit	
Yes	59 (49.2%)
No	61 (50.8%)
Treatment	
Pharmacological treatment	103 (85.8%)
Individual nursing treatment	63 (52.5%)
Group nursing treatment	38 (31.7%)
Psychological treatment	35 (29.2%)
Treatment produced desired effect	
Yes	98 (81.7%)
No	16 (13.3%)
Perception after treatment	
Worse	7 (5.8%)

Same	3 (2.5%)
Better	102 (85%)
Missing values	8 (6.7%)
Knowledge of the diagnosis	
Yes	69 (57.5%)
No	41 (34.2%)
Missing values	10 (8.3%)
Diagnosis	
Schizophrenia spectrum and other psychotic disorders	40 (33.3%)
Personality disorder	9 (7.5%)
Mood disorder	7 (5.8%)
Others	3 (2.6%)
Missing values	61 (50.8%)
Current physical health	
Good	69 (57.5%)
Neither good nor poor	26 (21.7%)
Poor	15 (12.5%)
Missing values	10 (8.3%)
Current mental health	
Good	79 (65.8%)
Neither good nor poor	24 (20%)
Poor	7 (5.9%)
Missing values	10 (8.3%)
Participation in the planning of their care	
Yes	89 (74.2%)
No	23 (19.2%)
Missing values	8 (6.7%)
Readmission in the unit if necessary	
Yes	62 (51.6%)
Not sure	16 (13.3%)
No	31 (25.8%)

2.3. Variables and Sources of Information

The QPC-FIP instrument is a valid and reliable instrument for measuring the quality of care from mental health patient's point of view in the forensic environment. Regarding reliability, this instrument showed satisfactory results (global Cronbach's $\alpha = 0.98$) [28].

The instrument consists of a total of 34 items distributed across 7 factors. Below are the specific characteristics of each factor, the number of items composing it, and the internal consistency of each factor in the original version:

- Factor 1. Encounter (8 items): Represents the therapeutic relationship between the patient and the professional, where the patient evaluates the level of empathy, respect, concern, and listening demonstrated by the professional. (Cronbach's α in the original version = 0.96.)
- Factor 2. Participation (8 items): Refers to the patient's perception of their involvement in care planning, informed treatment decision making, and their overall experience. (Cronbach's α in the original version = 0.93.)
- Factor 3. Discharge (3 items): Evaluates the patient's thoughts on the planning of post-discharge follow-up. (Cronbach's α in the original version = 0.81.)
- Factor 4. Support (4 items): Represents the patient's perception of support from professionals when experiencing self-harm, harm to others, or self-stigma. (Cronbach's α in the original version = 0.86.)

- Factor 5. Secluded Environment (2 items): Refers to the availability of a private place for the patient. (Cronbach's α in the original version = 0.62.)
- Factor 6. Secure Environment (3 items): Identifies the perception of safety within the forensic psychiatry unit. (Cronbach's α in the original version = 0.72.)
- Factor 7. Forensic-Specific (6 items): Evaluates various elements related to the health care and judicial systems. (Cronbach's α in the original version = 0.87.)

Each item begins with the words "I consider that..." and is scored on a Likert-type scale with 4 response options ranging from 1 (completely disagree) to 4 (completely agree).

Scores for assessing quality perceptions can be calculated either as total or by dimensions, having a total range of scores from 34 to 136. High scores both in the total instrument and each dimension can be interpreted as a positive perception of quality of care by mental health patients. Conversely, low scores indicate areas for improvement that need to be addressed to improve the quality of care.

Sociodemographic variables of the participants were registered, such as age, length of stay in the unit, type of treatment received, identification of referring professionals, belief in participation in the planning of their medical care, and perception of the level of health, among others.

2.4. Procedure

Phase I. For cross-cultural adaptation, the QPC-FIP scale has been translated into Spanish.

The translation and back-translation process was conducted following the Standards for Educational and Psychological Testing.

Firstly, the authors of the original scales granted permission for cross-cultural validation, and a collaboration agreement was established. Subsequently, the original version was translated into Spanish, based on the English version provided by the original author, by two independent native translators with no knowledge of the instruments or the study's objectives.

Later, a panel of experts, including a psychometrics specialist, three quality experts, five mental health nurses, one psychologist, and one forensic medicine specialized psychiatrist, assessed the conceptual equivalence, semantic equivalence (synonymous words, challenges during translation) and idiomatic equivalence (informal expressions, contextualization of the text). The expert committee suggested modifying two elements to improve comprehension in their cross-cultural adaptation.

Finally, the Spanish versions of the instruments were obtained, which were then back translated into English and compared again with the original. Subsequently, a pilot study with cognitive pretesting was conducted with a sample of 30 patients in forensic psychiatry units to assess comprehension and completion time. The Spanish version of the QPC-FIP scale was ultimately developed.

Phase II. The second phase involves a psychometric study of the validity and reliability of the Spanish version of the instrument.

The principal investigator informed the study sample about the objectives and methodology of the study and personally attended the recruitment and data extraction from the study participants. After 10 days, a re-evaluation of the instrument was conducted to assess temporal stability. This interval of days was chosen taking in account the effect of memory as well as the possibility that significant changes in the participant's mental state or relating to the environment could occur. Therefore, an interval of 10 days was considered prudent to capture stability in their perceptions of quality in psychiatric care. The re-evaluation was performed under similar conditions to ensure that participants were in a comparable state to the first evaluation.

2.5. Statistical Analysis

For the analyses, version 26 of the SPSS Statistics program, along with version 6.3 of the EQS program for confirmatory factor analysis (CFA), was used.

For the measurement of psychometric properties, factor validity and reliability were assessed.

- Factor validity. Confirmatory factor analysis was performed (CFA), with parameters estimated using the least squares method applying a polychoric correlation matrix. This procedure it is usually applied to ordinal items, and has comparable properties with the maximum likelihood method, but the criteria are less rigorous than those in typical procedures [31].

The following fit indices were calculated to evaluate the model’s overall fit:

Goodness-of-fit index (GFI), adjusted goodness-of-fit index (AGFI), comparative fit index (CFI), Bentler–Bonnet Normed Fit Index (BBNFI), Bentler–Bonnet Non-Normed Fit Index (BBNNFI), root mean square residual (RMR), standardized root mean square (SRMR), root mean square error of approximation (RMSEA), the chi-squared goodness-of-fit test, and the chi-squared-to-degree-of-freedom ratio (χ^2/df). A good model fit was defined by an χ^2/df ratio < 3, GFI, AGFI, BBNFI, BBNNFI, and CFI values close to 0.90 [32–34] and RMR, SRMR, and RMSEA values below 0.08 [35].

- Reliability. Cronbach’s alpha and McDonald’s omega were calculated as indicators of internal consistency, considering values equal to 0.70 or greater as satisfactory [36]. This values were calculated for the total instrument and for each dimension.
- The corrected item-total correlation was analyzed, where correlations between each item with the global instrument and with each dimension were estimated. A lower limit of 0.20 was accepted. Temporal stability (test–retest stability) was assessed taking values equal to 0.70 or greater as an indicator of good agreement.

3. Results

To verify the internal structure of the questionnaire, a confirmatory factor analysis (CFA) was employed, proposing a seven-dimensional model identical to the structure of the original version. Table 2 presents the model fit indices, and Figure 1 displays the factor loadings. Not all indices demonstrated a reasonable fit, and the majority of item loadings were equal to or greater than 0.50. Correlations between the subscales are shown in Figure 1. Additionally, the correlations between each subscale and the global instrument were determined, obtaining subscale–global correlation values for F1. Encounter (0.882), F2. Participation (0.871), F3. Discharge (0.747), F4. Support (0.754), F5. Secluded Environment (0.619), F6. Secure Environment (0.682), and F7. Forensic-Specific (0.718).

Table 2. Goodness-of-fit indices of confirmatory model. Questionnaire: SPANISH-QPC-FIP.

INDEX	VALUE
BBNFI	0.597
BBNNFI	0.706
GFI	0.947
AGFI	0.938
CFI	0.734
RMR	0.074
SRMR	0.079
RMSEA	0.095
Cronbach’s α	0.933
Goodness-of-fit test	$\chi^2 = 1048.436; df = 506; p < 0.0001$
Reason for adjustment	$\chi^2/df = 2.07$

BBNFI: Bentler–Bonnet Normed Fit Index. BBNNFI: Bentler–Bonnet Non-Normed Fit Index. GFI: goodness-of-fit index. AGFI: adjusted goodness-of-fit index. CFI: comparative fit index. RMR: root

mean square residual. SRMR: standardized root mean square. RMSEA: root mean standard error of approximation. Df: degree of freedom.

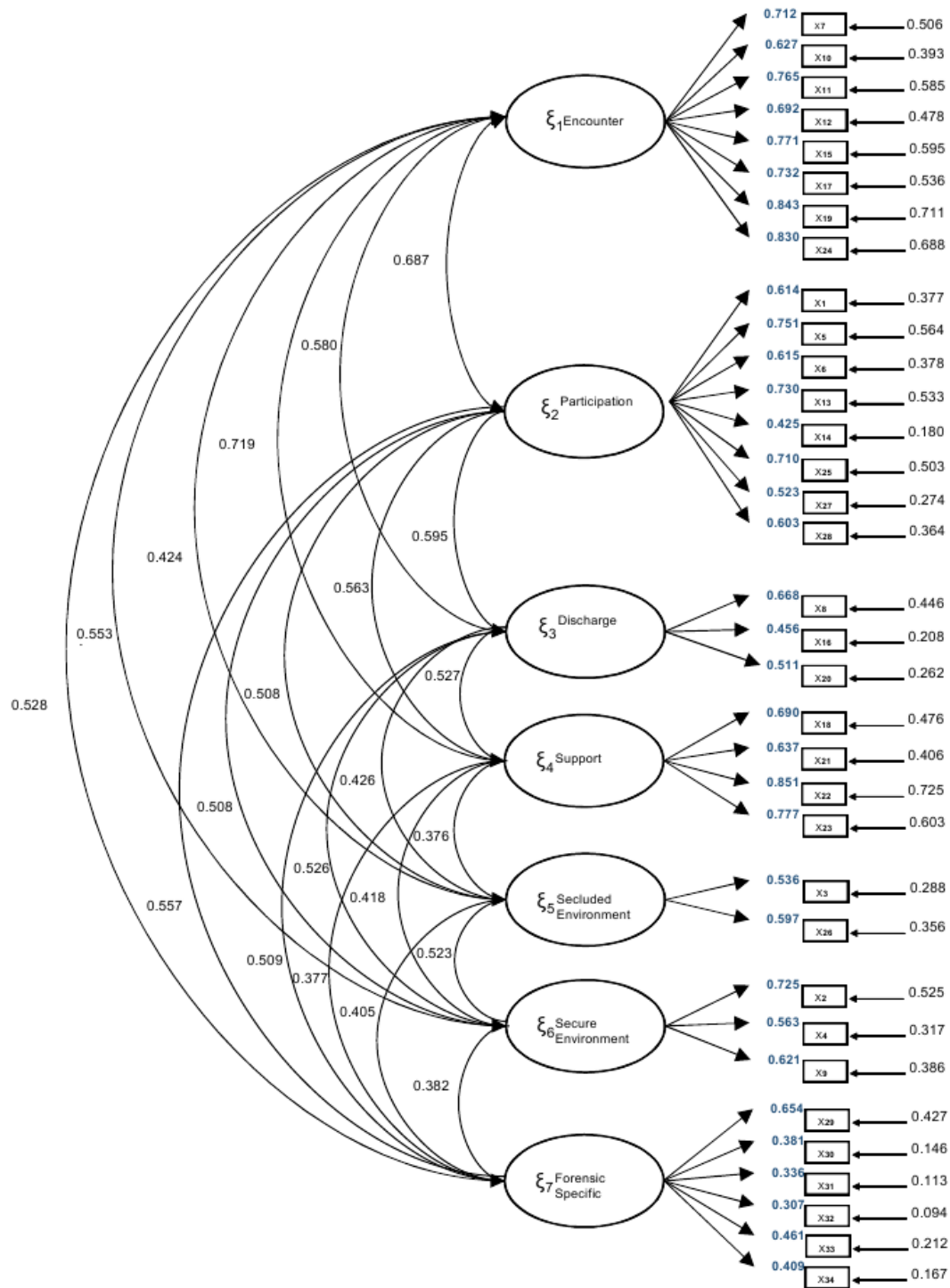


Figure 1. Factor loadings derived from the least squares estimation (least squares). Confirmatory factor analysis (λ_{ij}).

Reliability

The overall scale demonstrated high internal consistency with a Cronbach's alpha coefficient of 0.933 and a McDonald's omega coefficient of 0.940, indicating high overall reliability. However, some individual factors, specifically Factors 3, 5, and 7, presented a Cronbach's alpha less than 0.70, but these factors presented a McDonald's omega coefficient greater than 0.70 indicating a general high reliability.

The intraclass correlation coefficient (ICC) analysis demonstrated a test–retest reliability of 0.836 (95% CI: 0.742–0.896; $n = 98$), with this value being above 0.70 in all instrument factors except for Factor 3. Discharge (0.667, 95% CI: 0.476–0.788). The Cronbach's alpha and ICC values are displayed in Table 3.

Table 3. Spanish QPC-FIP. Variables: ω ; Cronbach's alpha coefficient; test–retest ICC ($n = 98$).

Instrument Factors	McDonald's Ordinal Omega	Cronbach's α	ICC (CI 95%)
Factor 1. Encounter (8 items)	0.950	0.907	0.854 (0.771–0.907)
Factor 2. Participation (8 items)	0.890	0.830	0.837 (0.745–0.896)
Factor 3. Discharge (3 items)	0.795	0.601	0.667 (0.476–0.788)
Factor 4. Support (4 items)	0.914	0.825	0.809 (0.701–0.879)
Factor 5. Secluded Environment (2 items)	0.689	0.459	0.708 (0.542–0.814)
Factor 6. Secure Environment (3 items)	0.775	0.672	0.889 (0.826–0.929)
Factor 7. Forensic-Specific (6 items)	0.731	0.569	0.777 (0.651–0.858)
Total	0.940	0.933	0.836 (0.742–0.896)

ICC, intraclass correlation coefficient; CI, confidence interval.

4. Discussion

The aim of this study was to perform a cross-cultural adaptation of the Quality in Psychiatric Care—Forensic Inpatient (QPC-FIP) instrument into Spanish and to assess its reliability and validity.

Regarding the adaptation of the instrument, translation–backtranslation procedure from the original version [28] did not reveal any significant problems. These findings are in line with those observed in the Danish adaptation of the instrument [37], and in this sense, it could be inferred that quality of care in forensic mental health setting has a similar essence to that attributed in the Swedish or Danish background.

When analyzing the results regarding psychometric properties, it can generally be stated that they were satisfactory, but some issues must be discussed. The confirmatory factor analysis (CFA) revealed a seven-factor structure equivalent to the original Swedish forensic version for patients [28] and staff [38], and no items required modification. These factor structures have also been observed in other adaptations of the forensic instruments, like the Spanish version of QPC-FIPS [27] and the Danish version of QPC-FIP [37] and QPC-FIPS [39]. The goodness of fit of the model it is reasonably improbable, but it is also justified by the low sample size, which can be explained by the low replacement rate that the forensic medium implies.

Regarding reliability, a global Cronbach's alpha value of 0.933 was obtained, revealing values above 0.70 in most dimensions, which is considered a satisfactory result [36]. The total Cronbach's alpha value is somewhat lower than that of the original Swedish instrument [28] and other versions of the QPC instrument [23,25,37,38,40–42], and very similar to the Danish forensic professional version [39]. It was, however, higher than the Spanish forensic professional, community, and hospital versions [22,24,27], Norwegian professional community version [43], Brazilian-Portuguese community patient version [44], and both Indonesian patient and professional versions [45,46]. Some factors showed a Cronbach's alpha values below 0.70; specifically, this was the case for the factors F3. Discharge (α : 0.601), F5. Secluded Environment (α : 0.459), F6. Secure Environment (α : 0.672), and F7. Forensic-Specific (α : 0.569). Other versions of the QPC-FIP instrument

(professional and patient versions) showed Cronbach's alpha values below 0.70, and these common issues can be explained by the low number of items that compose each of the mentioned factors in F3. Discharge (three items) [27,37–39], F5. Secluded Environment (two items) [27,28,37–39], and F6. Secure Environment (three items) [27,37–39]. F7. Forensic-Specific showed the lowest value in comparison with the other forensic versions (both original and translated), and this issue can be explained by the small sample size of the study, being the lowest among all the forensic QPC versions [27,28,37–39]. With the intention of addressing this issue, McDonald's omega was calculated to verify the internal consistency obtaining values over 0.70, which is considered adequate [36], in the previously mentioned factors F3. Discharge (ω : 0.795), F6. Secure Environment (ω : 0.775), and F7. Forensic-Specific (ω : 0.731), with the exception of F5. Secluded Environment (ω : 0.689), which was very close to the reference value.

Temporal stability was calculated as an additional indicator of reliability. This indicator was not analyzed in the original Swedish version [28], in most of the other original versions of the QPC instrument [38,40,42], or in their translated versions [37,39,44–46], except for the Spanish versions of the QPC instruments [22–25,27], the Norwegian professional community version [43], and the original professional hospital version [41]. The global ICC of the instrument and each of its factors is above 0.70, which in general it is considered a good agreement, except for the factor F3. Discharge (ICC: 0.667), which was close to the reference value. This instrument showed a global ICC somewhat lower than the Spanish hospital versions [22,23], Spanish professional community version [24], Norwegian professional community version [43], and original hospital version [41]. On the other hand, the instrument showed a higher ICC than the Spanish patients community version [25], and the Spanish forensic professional version [27].

Also, correlation values between the global instrument and each dimension were calculated, revealing that the correlation was higher between each dimension and the global instrument than correlations between dimensions, thus confirming the Fayer and Machin Hypothesis [47]. High correlations between the subscales and the overall score of the instrument suggest that these dimensions are not completely independent, which may complicate the interpretation of the results. However, this interrelation also highlights several strengths of the instrument, such as its ability to capture common aspects of the quality of psychiatric care, which reinforces its overall validity by reflecting a unified construct. In addition, the high correlations between the subscales indicate that the instrument may be sensitive to variations in the care provided, allowing the identification of general trends in service quality.

Below are the limitations to which this study has been subjected. The principal limitation arises from the small sample size of this study that may have an impact on the results as shown before. This limited sample size can be explained by the limited replacement rate linked to the forensic environment. Another limitation to highlight lies in the fact that this instrument was adapted to the forensic mental health context, and therefore, it cannot be used in other mental health contexts.

A relevant limitation of this study is the gender imbalance in the sample, which was predominantly composed of men. This bias could impact the psychometric analysis, as experiences and perceptions about the quality of care may differ between men and women. The lack of female representation limits the ability to generalize the results of the instrument to the entire forensic population, and could influence the stability of certain factors in the factor analysis, potentially affecting the validity of the instrument to capture the full experience of patients in forensic settings. As a strength, the study provides a valuable adaptation of the QPC-FIP instrument to the Spanish context, including the validation of its factor structure and internal consistency in a representative sample of male forensic patients, the predominant group in this type of units in Spain. This provides a robust and culturally adapted instrument, which may be useful for interventions targeting the majority population in forensic settings and establishes a solid foundation for future

studies seeking to expand gender representativeness and improve the generalizability of the results.

A limitation is related to the impossibility of determining the sensitivity to change or predictive validity given the cross-sectional design of this study. Finally, the data necessary to allow the calculation of convergent validity were not collected. All these limitations should be taken into account in the design of future studies.

5. Conclusions

Below are a series of recommendations that are intended to serve as guidelines for developing future studies:

1. **Expanding Samples and Contexts:** One of the major limitations already mentioned in this study is the small sample size, which is justified by the low replacement rate. Future studies should work with larger samples. To improve the external validity of the instrument, it is recommended to carry out additional studies in other regions of Spain and in psychiatric contexts other than forensic, such as general hospitals or community care centers, additionally taking into account gender factors that guarantee an adequate female representation of the psychiatric population. This will allow researchers to check whether the identified quality factors are applicable in other environments and populations, favoring the generalization of the results and specific adaptations according to the needs of the context.

2. **Longitudinal Evaluation of Sensitivity and Predictive Validity:** It is essential to explore the sensitivity to change in the QPC-FIP instrument relating to the perception of quality over time and its ability to predict clinical and reintegration outcomes. Longitudinal studies that measure the perception of quality at different stages of the treatment process would allow researchers to evaluate the effectiveness of interventions in improving the quality of care, mental health status, and social reintegration in the long term.

3. **International Comparative Studies:** Given the variability in forensic care models between countries, it is suggested that international comparative studies be carried out to compare the results relating to quality of care in different mental health systems. This can contribute to the identification of good practices and international quality standards applicable to forensic psychiatric settings.

4. **Inclusion of the Professionals' Perspective:** The integration of the perspective of mental health professionals in future studies could provide a more comprehensive view of the factors that affect the quality of care. The data collected from both points of view would allow the design of more balanced interventions and better coordination between care teams and patients.

The Spanish version of QPC-FIP is a helpful instrument for evaluating the quality of psychiatric care from the perspective of patients in a forensic context. Its seven-factor structure and psychometric properties are adequate and equivalent to its original version, allowing the measurement of quality of psychiatric care from the perspective of Spanish-speaking patients in the forensic context. A practical implication of using this instrument in clinical practice is that it allows for the continuous monitoring of the quality of care as perceived by patients in these settings, identifying specific elements that can be improved in response to the safety and well-being needs of patients in closed contexts.

Assessing the quality of forensic psychiatric care using the QPC-FIP instrument can guide the development of policies and specific interventions that promote empathetic therapeutic relationships, increase safety, and enhance patient engagement. This is critical in an environment where restrictive measures and the inherent control of the forensic context can limit patient empowerment and recovery. Furthermore, a higher quality of care in this context not only improves patients' quality of life and well-being, but may also contribute to reducing recidivism, promoting more effective social reintegration.

Author Contributions: M.D.d.C., Data curation, Formal analysis, Writing—Original draft preparation, Writing—Review and Editing. J.R.-M., Conceptualization, Methodology, Formal analysis,

Writing—Original draft preparation, Supervision, Writing—Review and Editing. M.T.-J., Formal analysis, Writing—Original draft preparation, Writing—Review and Editing. M.P.-L., Conceptualization, Methodology, Writing—Review and Editing. M.T.L.-C., Conceptualization, Methodology, Writing—Review and Editing. N.R.Z., Conceptualization, Methodology, Data curation, Formal analysis, Writing—Original draft preparation, Writing—Review and Editing. S.S.-B., Conceptualization, Methodology, Writing—Review and Editing. A.S., Conceptualization, Writing—Review and Editing. L.-O.L., Conceptualization, Writing—Review and Editing. G.E.-R., Data curation, Writing—Review and Editing. A.R.M.-P., Writing—Original draft preparation, Writing—Review and Editing. All authors have read and agreed to the published version of the manuscript.

Funding: This research was funded by a grant from the Hospital Universitario Marqués de Valdecilla and the Asociación Nacional de Enfermería de Salud Mental. It was also funded by Fundació Privada per a la Recerca i la Docència Sant Joan de Déu FSJD and Parc Sanitari Sant Joan de Déu (PSSJD) by the grant “Investigando cuidamos-cuidando investigamos” from Magic Line-SJD. The study was also funded in part by the Nurse and Society Foundation as part of the Nurse Research Projects Grants (PR-011/16).

Institutional Review Board Statement: This study was conducted in accordance with the Declaration of Helsinki, and approved by the research committee of Parc Sanitari Sant Joan de Déu and the Ethics Committee (CEIm) of the Sant Joan de Déu Foundation, under the code CEIC PIC-73-18 (approval date: 26 April 2018).

Informed Consent Statement: Informed consent for participation was obtained from all subjects involved in this study.

Data Availability Statement: The data presented in this study are available on request from the corresponding author due to ethical reasons.

Acknowledgments: To all participants.

Conflicts of Interest: The authors declare no conflicts of interest.

Reference

- García Jarillo, M.; Caravaca Sánchez, F.; Sánchez Alcaraz, C.; Luna, A. Estresores Psicosociales Percibidos En El Proceso de Reinserción Social y Tiempo Restante de Cumplimiento de Condena En Prisión. *Rev. Esp. Sanid. Penit.* **2016**, *18*, 49–56.
- Peiró, F.A. Aspectos Sociodemográficos, Clínicos y de Tratamiento de Personas Privadas de Libertad Atendidas En Una Consulta. Ph.D. Thesis, Universidad CEU Cardenal Herrera, Alfara del Patriarca, Spain, 2016.
- Wallace, D.; Fahmy, C.; Cotton, L.; Jimmons, C.; McKay, R.; Stoffer, S.; Syed, S. Examining the Role of Familial Support during Prison and after Release on Post-Incarceration Mental Health. *Int. J. Offender Ther. Comp. Criminol.* **2016**, *60*, 3–20. <https://doi.org/10.1177/0306624X14548023>.
- Goomany, A.; Dickinson, T. The Influence of Prison Climate on the Mental Health of Adult Prisoners: A Literature Review. *J. Psychiatr. Ment. Health Nurs.* **2015**, *22*, 413–422. <https://doi.org/10.1111/jpm.12231>.
- Tomlin, J.; Lega, I.; Braun, P.; Kennedy, H.G.; Herrando, V.T.; Barroso, R.; Castelletti, L.; Mirabella, F.; Scarpa, F.; Völlm, B.; et al. Forensic Mental Health in Europe: Some Key Figures. *Soc. Psychiatry Psychiatr. Epidemiol.* **2021**, *56*, 109–117. <https://doi.org/10.1007/s00127-020-01909-6>.
- Vicens, E.; Tort, V.; Dueñas, R.M.; Muro, Ú.; Pérez-Arnau, F.; Arroyo, J.M.; Acín, E.; De Vicente, A.; Guerrero, R.; Lluch, J.; et al. The Prevalence of Mental Disorders in Spanish Prisons. *Crim. Behav. Ment. Health* **2011**, *21*, 321–332. <https://doi.org/10.1002/CBM.815>.
- Marcó-García, S.; Guilera-Ferrer, G.; Ferrer-Quintero, M.; Ochoa, S.; Escuder-Romeva, G.; Martínez-Mondejar, A.; Montalbán-Roca, V.; Escanilla-Casal, A.; Martínez-Zambrano, F.; Balsells-Mejía, S.; et al. The RECAPACITA Project: Description of the Clinical, Neuropsychological and Functional Profile of a Sample of People with Severe Mental Disorder and Legal Capacity Modification in Spain. *Int. J. Law Psychiatry* **2023**, *88*, 101874. <https://doi.org/10.1016/J.IJLP.2023.101874>.
- Vicens Pons, E.; Tort, V.; Dueñas, R.M.; Muro, Á.; Pérez-Arnau, F.; Arroyo, J.M.; Acín, E.; De Vicente, Á.; Guerrero, R.; Joan, L.; et al. Informe Prevalencia de Trastornos Mentales en Centros Penitenciarios Españoles (Estudio PRECA). 2011. Available online: <https://consaludmental.org/publicaciones/EstudioPRECA.pdf> (accessed on 4 September 2024).
- Vorstenbosch, E.; Rodríguez-Liron, A.; Vicens-Pons, E.; Félez-Nóbrega, M.; Escuder-Romeva, G. Suicide Risk in Male Incarcerated Individuals in Spain: Clinical, Criminological and Prison-Related Correlates. *BMC Psychol.* **2023**, *11*, 282. <https://doi.org/10.1186/S40359-023-01315-Y>.
- Escuder Romeva, G.; Ochoa Güerre, S.; Ramos-Quiroga, J.A. *Necessitats de La Població Atesa a Les Unitats Psiquiàtriques Penitenciàries de Catalunya*; Universitat Autònoma de Barcelona: Bellaterra, Spain, 2018; p. 273.
- Jefatura del Estado LEGISLACIÓN CONSOLIDADA Ley Orgánica 1/1979, de 26 de Septiembre, General Penitenciaria. 1979, 1–24. Available online: <https://www.boe.es/eli/es/lo/1979/09/26/1/con> (accessed on 4 September 2024).

12. Vorstenbosch, E.; Castelletti, L. Exploring Needs and Quality of Life of Forensic Psychiatric Inpatients in the Reformed Italian System, Implications for Care and Safety. *Front. Psychiatry* **2020**, *11*, 258. <https://doi.org/10.3389/fpsyt.2020.00258>.
13. Lantta, T.; Anttila, M.; Välimäki, M. Quality of Mental Health Services and Rights of People Receiving Treatment in Inpatient Services in Finland: A Cross-Sectional Observational Survey with the WHO QualityRights Tool Kit. *Int. J. Ment. Health Syst.* **2021**, *15*, 70. <https://doi.org/10.1186/S13033-021-00495-7>.
14. Walker, K.; Yates, J.; Denning, T.; Völlm, B.; Tomlin, J.; Griffiths, C. Quality of Life, Wellbeing, Recovery, and Progress for Older Forensic Mental Health Patients: A Qualitative Investigation Based on the Perspectives of Patients and Staff. *Int. J. Qual. Stud. Health Well-Being* **2023**, *18*, 2202978. <https://doi.org/10.1080/17482631.2023.2202978>.
15. Senneseth, M.; Pollak, C.; Urheim, R.; Logan, C.; Palmstierna, T. Personal Recovery and Its Challenges in Forensic Mental Health: Systematic Review and Thematic Synthesis of the Qualitative Literature. *BJPsych Open* **2022**, *8*, e17. <https://doi.org/10.1192/BJO.2021.1068>.
16. Subdirecció General de Programes de Rehabilitació i Sanitat. *El Model de Rehabilitació a Les Presons Catalanes*; Generalitat de Catalunya, Departament de Justícia, Direcció General de Serveis Penitenciaris: Barcelona, Spain, 2011; p. 188.
17. Arroyo-Cobo, J.M. Health Care Strategies for Mental Health Problems in the Prison Environment, the Spanish Case in a European Context. *Rev. Esp. Sanid. Penit.* **2011**, *13*, 100–111. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22071489/> (accessed on 4 September 2024).
18. Arroyo-Cobo, J.; Astier, P. Calidad Asistencial En Sanidad Penitenciaria. Análisis Para Un Modelo de Evaluación. *Rev. Esp. Sanid. Penit.* **2003**, *5*, 60–76.
19. Begoa, A.; Mateo-Abad, M.; Zulaika, D.; Vergara, I.; Arroyo-Cobo, J. Disponibilidad y Uso de Recursos de Asistencia Sanitaria En Prisión Según El Modelo de Transferencia: Estudio Comparativo En España. *Rev. Esp. Sanid. Penit.* **2018**, *20*, 23–32.
20. Sanchez-Balcells, S.; Callarisa Roca, M.; Rodríguez-Zunino, N.; Puig-Llobet, M.; Lluch-Canut, M.T.; Roldan-Merino, J.F. Psychometric Properties of Instruments Measuring Quality and Satisfaction in Mental Health: A Systematic Review. *J. Adv. Nurs.* **2018**, *74*, 2497–2510. <https://doi.org/10.1111/JAN.13813>.
21. Schröder, A.; Larsson, B.W.; Ahlström, G. Quality in Psychiatric Care: An Instrument Evaluating Patients' Expectations and Experiences. *Int. J. Health Care Qual. Assur.* **2007**, *20*, 141–160. <https://doi.org/10.1108/09526860710731834>.
22. Sanchez Balcells, S.; Lundqvist, L.O.; Roldán Merino, J.; Lluch-Canut, M.T.; Callarisa Roca, M.; Rodríguez Zunino, N.F.; Tomás-Jiménez, M.; Schröder, A.; Puig-Llobet, M. A Spanish Adaptation of the Quality in Psychiatric Care—Inpatient Staff (QPC-IPS) Instrument: Psychometric Properties and Factor Structure. *An. Sist. Sanit. Navar.* **2020**, *43*, 307–322.
23. Sanchez-Balcells, S.; Lluch-Canut, M.T.; Domínguez del Campo, M.; Moreno-Poyato, A.R.; Tomás-Jiménez, M.; Lundqvist, L.O.; Schröder, A.; Puig-Llobet, M.; Roldan-Merino, J.F. A Spanish Adaptation of the Quality in Psychiatric Care—Inpatient (QPC-IP) Instrument: Psychometric Properties and Factor Structure. *BMC Nurs.* **2021**, *20*, 191. <https://doi.org/10.1186/s12912-021-00710-3>.
24. Tomás-Jiménez, M.; Roldán-Merino, J.; Sanchez-Balcells, S.; Schröder, A.; Lundqvist, L.-O.; Puig-Llobet, M.; Moreno-Poyato, A.R.; Domínguez del Campo, M.; Lluch-Canut, M.T. Adaptation, Psychometric Properties and Factor Structure of the Spanish Quality in Psychiatric Care-Outpatient Staff (QPC-OPS) Instrument. *Sci. Rep.* **2022**, *12*, 4018. <https://doi.org/10.1038/S41598-022-08039-W>.
25. Tomás-Jiménez, M.; Roldán-Merino, J.F.; Sanchez-Balcells, S.; Schröder, A.; Lundqvist, L.O.; Puig-Llobet, M.; Moreno-Poyato, A.R.; Domínguez del Campo, M.; Lluch-Canut, M.T. Spanish Adaptation of the Quality in Psychiatric Care-Outpatient (QPC-OP) Instrument Community Mental Health Patients' Version: Psychometric Properties and Factor Structure. *BMC Nurs.* **2022**, *21*, 302. <https://doi.org/10.1186/S12912-022-01094-8>.
26. Roldán-Merino, J.F.; Tomás-Jiménez, M.; Schröder, A.; Lundqvist, L.O.; Puig-Llobet, M.; Moreno-Poyato, A.R.; Domínguez del Campo, M.; Sanchez-Balcells, S.; Lluch-Canut, M.T. Quality in Psychiatric Care in the Community Mental Health Setting from the Perspective of Patients and Staff. *Int. J. Environ. Res. Public Health* **2023**, *20*, 4043. <https://doi.org/10.3390/ijerph20054043>.
27. Domínguez del Campo, M.; Moreno-Poyato, A.R.; Puig-Llobet, M.; Lluch-Canut, M.T.; Rodríguez Zunino, N.; Tomás-Jiménez, M.; Sanchez-Balcells, S.; Schröder, A.; Lundqvist, L.O.; Escuder-Romeva, G.; et al. Cross-Cultural Adaptation and Psychometric Properties of the Spanish Quality in Psychiatric Care Forensic Inpatient Staff (QPC-FIPS) Instrument. *Sci. Rep.* **2022**, *12*, 13302. <https://doi.org/10.1038/S41598-022-17422-6>.
28. Schröder, A.; Ågrim, J.; Lundqvist, L.O. The Quality in Psychiatric Care-Forensic in-Patient Instrument: Psychometric Properties and Patient Views of the Quality of Forensic Psychiatric Services in Sweden. *J. Forensic Nurs.* **2013**, *9*, 225–234. <https://doi.org/10.1097/JFN.0b013e31827f5d2f>.
29. Kline, P. *An Easy Guide to Factor Analysis*; Routledge: New York, NY, USA, 1994.
30. Zou, G.Y. Sample Size Formulas for Estimating Intraclass Correlation Coefficients with Precision and Assurance. *Stat. Med.* **2012**, *31*, 3972–3981. <https://doi.org/10.1002/sim.5466>.
31. Rial, A.; Varela, J.; Abalo, I.; Levy, J.P. El Análisis Factorial Confirmatorio. In *Modelización con Estructuras de Covarianzas en Ciencias Sociales: Temáticas Esenciales, Avanzadas y Aportaciones Especiales*; Varela Mallou, J., Ed.; Netbiblo: La Coruña, Spain, 2006; pp. 119–154.
32. Browne, M.W.; Cudeck, R. *Alternative Ways of Assessing Model Fit*; Bollen, K.A., Long, J.S., Eds.; T. structural equation models, Ed.; Sage: Newbury Park, CA, USA, 1993.
33. Kline, R. *Principles and Practice of Structural Equation Modeling*; Guilford Publications: New York, NY, USA, 2011; Volume 156, p. 427.

34. Brown, T. *Confirmatory Factor Analysis for Applied Research*, 2nd ed.; The Guildford Press: New York, NY, USA, 2015.
35. Byrne, B. *Structural Equation Modeling with EQS*; Routledge: London, UK, 2013.
36. Streiner, D.L.; Norman, G.R.; Cairney, J. *Health Measurement Scales: A Practical Guide to Their Development and Use*, 5th ed.; Oxford University Press: New York, NY, USA, 2015.
37. Lundqvist, L.O.; Lorentzen, K.; Riiskjaer, E.; Schröder, A. A Danish Adaptation of the Quality in Psychiatric Care-Forensic in-Patient Questionnaire: Psychometric Properties and Factor Structure. *J. Forensic Nurs.* **2014**, *10*, 168–174. <https://doi.org/10.1097/JFN.0000000000000036>.
38. Schröder, A.; Lundqvist, L.O. The Quality in Psychiatric Care-Forensic In-Patient Staff (QPC-FIPS) Instrument: Psychometric Properties and Staff Views of the Quality of Forensic Psychiatric Services in Sweden. *Open J. Nurs.* **2013**, *3*, 330–341. <https://doi.org/10.4236/ojn.2013.33045>.
39. Lundqvist, L.O.; Riiskjaer, E.; Lorentzen, K.; Schröder, A. Factor Structure and Psychometric Properties of the Danish Adaptation of the Instrument Quality in Psychiatric Care-Forensic In-Patient Staff (QPC-FIPS). *Open J. Nurs.* **2014**, *4*, 878–885. <https://doi.org/10.4236/ojn.2014.412093>.
40. Schröder, A.; Larsson, B.W.; Ahlström, G.; Lundqvist, L.O. Psychometric Properties of the Instrument Quality in Psychiatric Care and Descriptions of Quality of Care among In-Patients. *Int. J. Health Care Qual. Assur.* **2010**, *23*, 554–570. <https://doi.org/10.1108/09526861011060924>.
41. Schröder, A.; Lundqvist, L.O. The Quality in Psychiatric Care-Inpatient Staff Instrument: A Psychometric Evaluation. *Healthcare* **2022**, *10*, 1213. <https://doi.org/10.3390/healthcare10071213>.
42. Schröder, A.; Ahlström, G.; Wilde-Larsson, B.; Lundqvist, L.O. Psychometric Properties of the Quality in Psychiatric Care—Outpatient (QPC-OP) Instrument. *Int. J. Ment. Health Nurs.* **2011**, *20*, 445–453. <https://doi.org/10.1111/j.1447-0349.2011.00741.x>.
43. Skundberg-Kletthagen, H.; Schröder, A.; Lundqvist, L.O.; Moen, Ø.L.; Gonzalez, M.T. Adaption and Cultural Validation of the Quality in Psychiatric Care-Outpatient Staff (QPC-OPS) Instrument to a Norwegian Community Mental Health Context. *J. Behav. Health Serv. Res.* **2022**, *49*, 513–523. <https://doi.org/10.1007/s11414-022-09788-2>.
44. Lundqvist, L.-O.; Silva, N.G.; Barros, S.; Schröder, A. Translation, Cultural Adaptation, and Psychometric Evaluation of the Brazilian Portuguese Version of the Quality in Psychiatric Care-Outpatients Instrument. *Healthcare* **2023**, *11*, 1001. <https://doi.org/10.3390/healthcare11071001>.
45. Lundqvist, L.O.; Suryani; Anna, N.; Rafiyah, I.; Schröder, A. Indonesian Adaptation of the Quality in Psychiatric Care-Inpatient (QPC-IP) Instrument: Psychometric Properties and Factor Structure. *Asian J. Psychiatr.* **2018**, *34*, 1–5. <https://doi.org/10.1016/j.ajp.2018.03.006>.
46. Lundqvist, L.O.; Suryani; Hermiati, D.; Sutini, T.; Schröder, A. A Psychometric Evaluation of the Indonesian Version of the Quality in Psychiatric Care-Inpatient Staff (QPC-IPS) Instrument. *Asian J. Psychiatr.* **2019**, *46*, 29–33. <https://doi.org/10.1016/j.ajp.2019.09.027>.
47. Fayers, P.M.; Machin, D. *Quality of Life: Assessment, Analysis and Interpretation*; John Wiley & Sons: London, UK, 2000; ISBN 9780471968610.

Disclaimer/Publisher’s Note: The statements, opinions and data contained in all publications are solely those of the individual author(s) and contributor(s) and not of MDPI and/or the editor(s). MDPI and/or the editor(s) disclaim responsibility for any injury to people or property resulting from any ideas, methods, instructions or products referred to in the content.

RESULTADOS DEL OBJETIVO 3

Evaluar la percepción de la calidad del cuidado percibido por las personas atendidas y por los profesionales de las unidades de salud mental penitenciarias pertenecientes al Parc Sanitari Sant Joan de Déu.

El tercer artículo corresponde a la evaluación de la percepción de la calidad del cuidado de las personas atendidas y de los profesionales de las unidades de salud mental penitenciaria del Parc Sanitari Sant Joan de Déu. El presente artículo está bajo revisión. A continuación, se adjunta el manuscrito realizado.

- **Autores:** Marta Domínguez del Campo, Juan Roldán-Merino, Montserrat Puig-Llobet, Gemma Escuder-Romeva, Manuel Tomás-Jiménez, Maria Teresa Lluch-Canut, Sara Sanchez-Balcells, Agneta Schröder, Lars-Olov Lundqvist, Nathalia Rodríguez Zunino, and Antonio R. Moreno-Poyato.

- **Título:** Quality of psychiatric care in forensic mental health units: A cross-sectional study on inpatient and staff perceptions in Barcelona, Spain.

- **Revista:** International Journal for Quality in Health Care

- **Índice de impacto 2023 (SCI/SSCI):** 2.7

- **Cuartil y área:** Q2 Health Care Sciences and Services

Quality of psychiatric care in forensic mental health units: A cross-sectional study on inpatient and staff perceptions.

Marta Domínguez del Campo (*)^{1,2,3}, Juan Roldán-Merino (**)^{3,4}, Montserrat Puig-Llobet ^{4,5}, Gemma Escuder-Romeva^{1,2}, Manuel Tomás-Jiménez^{2,3,6}, Maria Teresa Lluch-Canut^{4,5}, Sara Sanchez-Balcells^{4,5}, Agneta Schröder^{7,8}, Lars-Olov Lundqvist⁷, Nathalia Rodríguez Zunino¹, and Antonio R. Moreno-Poyato^{4,5}.

1. Etiopatogenia i Tractament dels Trastorns Mental Severs (MERITT), Institut de Recerca Sant Joan de Déu, Santa Rosa 39-57, 08950 Esplugues de Llobregat, Spain.
2. Parc Sanitari Sant Joan de Déu, Dr. Antoni Pujades 42, 08830 Sant Boi de Llobregat, Spain.
3. Departament of Mental Health, Campus Docent Sant Joan de Déu, Universitat de Vic – Universitat central de Catalunya (UVIC-UCC), Sant Boi de Llobregat, Spain.
4. Mental Health, Psychosocial and Complex Nursing Care Research Group (NURSEARCH), University of Barcelona, 08907 Barcelona, Spain.
5. Department of Public Health, Mental Health and Maternal and Child Health Nursing, Faculty of Nursing, Universitat de Barcelona, Hospitalet del Llobregat, Barcelona, Spain.
6. Patient Safety Research Group, Hospital Parc Sanitari Sant Joan de Déu, 08830 Sant Boi de Llobregat, Spain.
7. University Health Care Research Center, Faculty of Medicine and Health, Örebro University, 701 85 Örebro, Sweden.
8. Faculty of Medicine and Health, Institute of Health Sciences Gjøvik, Norwegian University of Science and Technology (NTNU), Norway.

(*) First author.

(**) Corresponding autor: Dr. Roldán Merino, RN, BSN, MHSN, MSc, MSN, PhD. +34 93 280 09 49 | 24576. juan.roldan@sjd.edu.es. C/ Sant Benito Menni, 18-20, 08830, Sant Boi de Llobregat, Barcelona, Spain.

M.D.D.C., Conceptualization, Data curation, Methodology, Formal analysis, Writing Original draft preparation, Review and Editing. J.R.M, Conceptualization, Methodology, Formal analysis, Writing Original draft preparation, Supervision, Review and Editing. M.P.LL, Conceptualization, Methodology, Review and Editing. G.E.R., Data curation, Review and Editing. M.T.J., Conceptualization, Methodology, Review and Editing. M.T.LL.C, Conceptualization, Methodology, Review and Editing. S.S.B, Conceptualization, Methodology, Review and Editing. A.S., Conceptualization, Review and Editing. L.O.L., Conceptualization, Review and Editing. N.R.Z, Conceptualization, Methodology, Data curation, Review and Editing. A.R.M.P., Conceptualization, Methodology, Writing Original draft preparation, Supervision, Review and Editing.

“Conflicts of Interest and Source of Funding:”.

The authors declare no competing interest in conducting this study. This study was funded by Parc Sanitari Sant Joan de Deu (grant number AR201801).

ABSTRACT

Introduction

Care quality perceptions in forensic psychiatric units shape patient experiences and staff roles, affecting treatment efficacy and institutional security, highlighting the necessity of ongoing assessments to optimize recovery and service effectiveness.

Aim

To assess and compare perceptions of psychiatric quality of care among forensic inpatients and staff in forensic mental health units.

Methods

Cross-sectional design was used to assess differences in perceived care quality among 170 staff members and 124 inpatients using the Quality in Psychiatric Care-Forensic Inpatient Staff (QPC-FIPS) and the Quality in Psychiatric Care-Forensic Inpatient (QPC-FIP) instruments. Statistic analyses were performed to identify key factors of perceived quality of care.

Results

Inpatients perceived higher care quality than staff, influenced by active participation and individualized nursing. Among staff, job satisfaction correlated with more positive assessments.

Conclusions

Patient participation, individualized nursing care, and job satisfaction influence quality of care, reinforcing the need for tailored interventions in forensic psychiatric settings.

Keywords

Quality of health care, mental health, prisons, forensic psychiatric care, inpatients, attitude of health personnel.

INTRODUCTION

The quality of care in forensic mental health units is a fundamental pillar in the provision of forensic psychiatric services (Kennedy, 2022). In Spain, the prevalence of mental disorders in forensic settings is 84.4% (Escuder Romeva et al., 2018; Marcó-García et al., 2023; Vicens et al., 2011; Vorstenbosch et al., 2023), highlighting the necessity of specialized interventions and a multidisciplinary approach.

Providing high-quality forensic mental health care requires balancing institutional security with patient autonomy, ensuring a person-centered model. An effective care model should combine technical rigor with the subjective experience of service users to optimize their perception of care quality (Schröder, Ågrim, et al., 2013). Given the complexity of forensic settings, it is essential to understand how both patients and professionals perceive the quality of care provided.

Perceptions of care quality in forensic psychiatric units significantly shape the experiences of both patients and healthcare professionals. These perceptions play a crucial role in treatment efficacy and the therapeutic relationship (Moya et al., 2023; Selvin et al., 2019). Quality of care is a key factor in the planning and evaluation of psychiatric services, influencing patient safety, institutional security, and overall satisfaction with care (Kennedy, 2022; Lundqvist & Schröder, 2015; Schröder, Ågrim, et al., 2013; Selvin et al., 2019; Wijk et al., 2019). Continuous assessment of care quality in forensic inpatient units not only enhances institutional efficiency but also directly supports patient recovery. (Wijk et al., 2019)

Experience-based approaches combine objective measures and subjective perceptions, acknowledging that care quality is influenced by clinical outcomes, therapeutic interactions, and institutional conditions (Gallego-Álvarez et al., 2020). Staff and patients perceive quality of care differently due to varying expectations, past experiences, and professional-patient interactions. (Moya et al., 2023; Schoppmann et al., 2023).

Professionals prioritize diagnostic accuracy and therapeutic outcomes, while patients value empathy, communication, and support. (Khan et al., 2024; Pulgarín-Vergara & Castro-Arroyave, 2019; Walker et al., 2022). Positive perceptions of professional competence enhance care quality ratings, improve treatment adherence, and strengthen the therapeutic alliance in forensic mental health care (Degrauwe et al., 2024).

Forensic psychiatric care must foster therapeutic environments, promoting patient engagement and recovery-oriented practices (Büsselmann et al., 2020; Rahman et al., 2025). The recovery model emphasizes identity, social connection, and life purpose (Büsselmann et al., 2021; Gang & Gwak, 2025), yet its implementation in high-security settings requires adaptation (Lutz et al., 2022). A structured, evidence-based framework is needed to balance security constraints with patient well-being, particularly for aging forensic populations (Walker et al., 2023). Establishing a hospital-like environment that ensures security, emotional support, and autonomy is key to enhancing perceived care quality. (Lumén et al., 2024). Assessing perceived care quality from both patients and professionals is crucial for developing integrative strategies that support a humanized and effective recovery process. Standardized tools are essential for evaluating forensic mental health services. In Catalonia, rehabilitation programs seek to improve quality of life in forensic settings (Subdirecció General de Programes de Rehabilitació i Sanitat, 2011). However, there is a lack of standardized tools to assess perceived care quality in forensic mental health units (Arroyo-Cobo, 2011; Begoa et al., 2018) and a gap in cross-cultural comparative studies on patient and staff perceptions (Sanchez-Balcells et al., 2018).

The Quality in Psychiatric Care (QPC) instrument set (Schröder et al., 2010) was designed to evaluate key dimensions of care quality in three settings: inpatient, outpatient, and forensic. It provides a structured assessment, incorporating dimensions such as patient participation, therapeutic relationships, and safety (Schröder, Ågrim, et al., 2013; Schröder, Lundqvist, et al., 2013). Given its relevance, the Quality in Psychiatric Care-Forensic Inpatient Staff (QPC-FIPS) (Domínguez del Campo et al., 2022) and Quality in Psychiatric Care-Forensic Inpatient (QPC-FIP) (Domínguez del Campo et al., 2024) have been culturally adapted to the Spanish forensic mental health context in previous phases of this study. Moreover, the QPC-OP (Tomás-Jiménez et al., 2022a) and QPC-OPS (Tomás-Jiménez et al., 2022b) versions have been adapted for community-based mental health setting, while the QPC-IP (Sanchez-Balcells et al., 2021) and QPC-IPS (Sánchez-Balcells et al., 2020) versions have been adapted for hospital settings.

This study aimed to evaluate perceived quality of care, among forensic inpatients and staff, using the QPC-FIP and QPC-FIPS scales in Catalan forensic mental health units.

METHODS

Study design

This quantitative, cross-sectional study assessed psychiatric care quality perceptions among forensic inpatients and staff in forensic mental health units.

Participants and Study setting (Sample size)

The study was conducted in the forensic mental health units, encompassing the Psychiatric Hospitalization Unit for Forensic Patients in Catalonia (UHPP-C), the Intensive Psychiatric Rehabilitation Unit (UHRPI), the Therapeutic Unit at the Juvenile Justice Center (UTT), and the Primary Care Collaborative Program at Penitentiary Center (PCP-QC).

A total of 170 staff and 124 forensic inpatients participated. Staff required at least six months of forensic mental health experience. Inpatients with language barriers, cognitive impairment, or organic disorders were excluded. UTT inpatients were excluded due to their minor status. A non-probability convenience sampling method was employed to recruit both groups. Tables I and II present inpatient and staff characteristics.

Table 1. Sociodemographic, clinical, and forensic characteristics of forensic inpatients (n=124).

	General (n=124)		Woman (n=15)		Man (n=109)	
	n (\bar{x} (P ₂₅ - P ₇₅))	%	n (\bar{x} (P ₂₅ - P ₇₅))	%	n (\bar{x} (P ₂₅ - P ₇₅))	%
Age	35.5(27.75 - 47.25)		45(34 - 53)		35 (27 - 44)	
Gender						
Woman	15	12.1				
Man	109	87.9				
Nationality						
Bolivia	2	1.6			2	1.8
Canada	1	.8			1	.9
China	3	2.4			3	2.8
Ecuador	2	1.6	1	6.7	1	.9
Egypt	1	.8	14	93.3	1	.9
Spain	87	70.2			73	67
Gambia	1	.8			1	.9
India	1	.8			1	.9
Italy	1	.8			1	.9
Mali	2	1.6			2	1.8
Morocco	15	12.1			15	13.8
Moldova	1	.8			1	.9
Nigeria	1	.8			1	.9
Dominican Republic	1	.8			1	.9
Romania	1	.8			1	.9
Senegal	3	2.4			3	2.8
Tangier	1	.8			1	.9

IV. RESULTADOS DEL OBJETIVO 3

Educational Level						
Primary education	2	1.6	5	33.3	2	1.8
Incomplete primary education	1	8	1	6.7	1	.9
Incomplete secondary education	3	2.4	5	33.3	3	2.8
Higher education	2	1.6	2	13.3	1	.9
Vocational training / baccalaureate	1	.8	5	33.3	1	.9
University	87	70.2	1	6.7	73	67
Previous Professional Occupation						
Prison system	8	6.5	5	33.3	2	1.8
Sick leave	10	8.1	1	6.7	2	1.8
Job seeking/unemployed	29	23.4	5	33.3	1	.9
Student	8	6.5	2	13.3	3	2.8
Retirement	4	3.2	4	26.7	1	.9
Others	12	9.7	2	13.3	1	.9
Disability pension	26	21.0	5	33.3	73	67.0
Employment	19	15.3	1	6.7	27	24.8
Previous Admissions to Mental Health Unit						
Yes	53	42.7	5	33.3	27	24.8
No	65	52.4	8	53.3	27	24.8
Duration of Current Admission in						
Less than one month	56	45.2	3	20.0	53	48.6
More than one month and up to one year	14	11.3			14	12.8
More than one and up to two years	19	15.3	4	26.7	15	13.8
More than two and up to three years	9	7.3	1	6.7	8	7.3
More than three and up to four years	10	8.1	2	13.3	8	7.3
More than four and up to five years	5	4.0	1	6.7	4	3.7
More than five years	7	5.6	2	13.3	5	4.6
Years Treated in Mental Services	7 (2 - 16)		7.5 (2.25 - 22.25)		7 (2 - 16)	
Knows their medical diagnosis						
Yes	73	64.0	10	66.7	63	57.8
No	41	36.0	2	13.3	39	35.8
Consider the diagnosis to be correct						
Yes	76	74.5	7	46.7	69	63.3
No	16	15.7	2	13.3	14	12.8
I don't know	10	9.8			10	9.2
Diagnosis						
Schizophrenia spectrum and other	40	63.5	4	26.7	36	33.0
Mood disorder	10	15.9			10	9.2
Autism spectrum disorder	1	1.6			1	.9
Intellectual disability	2	3.2			2	1.8
Personality disorder	10	15.9	4	26.7	6	5.5
Physical health status						
Good	43	34.7	2	13.3	44	40.4
Poor	5	4.0	3	20.0	10	9.2
Very good	40	32.3	3	20.0	24	22.0
Very poor	2	1.6	4	26.7	2	1.8
Neither good nor poor	24	19.4	2	13.3	22	20.2
Mental health status						
Good	46	37.1	5	33.3	38	34.9
Poor	13	10.5			5	4.6
Very good	27	21.8	6	40.0	34	31.2
Very poor	2	1.6			2	1.8
Neither good nor poor	26	21.0	1	6.7	23	21.1
Treatment						
Pharmacological treatment	107	89.9	13	86.7	94	86.2

IV. RESULTADOS DEL OBJETIVO 3

Individualized nursing care	66	55.5	6	40.0	60	55.0
Group nursing care	41	34.5	6	40.0	35	32.1
Psychotherapy	39	32.8	7	46.7	32	29.4
Perceived treatment effectiveness						
Yes	102	86.4	13	86.7	89	81.7
No	16	13.6			16	14.7
Perceived change after treatment						
Much worse	1	.9			1	.9
Worse	6	5.2			6	5.5
Same	3	2.6			3	2.8
Better	55	47.4	4	26.7	51	46.8
Much better	51	44.0	9	60.0	42	38.5
Involvement in care planning						
Yes	93	75.0	9	60.0	84	77.1
No	23	18.5	4	26.7	19	17.4
Recognition of treatment team						
Yes	110	88.7	12	80.0	98	89.9
No	5	4.0			5	4.6
Awareness of therapy modification						
Yes	71	57.3	9	60.0	62	56.9
No	43	34.7	3	20.0	40	36.7
Psychiatric unit						
UHPP-C	76	61.3	15	100.0	61	56.0
UHRPI	31	25.0			31	28.4
PCP-QC	17	13.7			17	15.6
Legal status						
Forensic Commitment	39	31.5	3	20.0	36	33.0
Sentenced	44	35.5	6	40.0	38	34.9
Pretrial Detention	33	26.6	4	26.7	29	26.6
Repeat this forensic mental health unit (if needed)						
No way	17	61.3	2	13.3	15	13.8
I'd rather not	15	12.1			15	13.8
Maybe	17	13.7			17	15.6
Surely	27	21.8	5	33.3	22	20.2
Absolutely	37	29.8	5	33.3	32	29.4

IV. RESULTADOS DEL OBJETIVO 3

Table 2. Sociodemographic and occupational characteristics of the staff (n=170).

			Woman (n=107)		Man (n=63)	
	n (\bar{X} (P ₂₅ - P ₇₅))	%	n (\bar{X} (P ₂₅ - P ₇₅))	%	n (\bar{X} (P ₂₅ - P ₇₅))	%
Age	(39 (32 - 48))		39 (31 - 46)		(40 (34 - 50))	
Gender						
Woman	107	62.9				
Man	63	37.1				
Psychiatric unit						
UHPP-C	76	44.7	46	43.0	30	47.6
UHRPI	44	25.9	29	27.1	15	23.8
PCP-QC	25	14.7	19	17.8	6	9.5
UTT	25	14.7	13	12.1	12	19.0
Professional category						
Occupational therapist	6	3.5	2	1.9	4	6.3
Social worker	6	3.5	2	1.9	4	6.3
Psychiatrist	12	7.1	3	2.8	9	14.3
Psychologist	14	8.2	12	11.2	2	3.2
Nurse	44	25.0	24	22.4	20	31.7
Social educator	10	5.9	6	5.6	4	6.3
Certified nursing assistant	58	34.1	46	43.0	12	19.0
Social activities facilitator	19	11.2	12	11.2	7	11.1
Psychologist Resident	1	0.7	-	-	1	1.6
Years worked in the unit	6 (3 - 10.75)		7 (3 - 11)		6 (3 - 10)	
Working hours						
Days only	137	80.6	85	79.4	52	82.5
Nights Only	3	1.8	2	1.9	1	1.6
Both days and nights	30	17.6	20	18.7	10	15.9
Enough time to perform tasks						
Never	3	1.8	1	.9	2	3.2
Hardly ever	2	1.2	-	-	2	3.2
Sometimes	30	17.6	17	15.9	13	20.6
Often	135	79.4	89	83.2	46	73.0
Career Evolution						
Never	21	12.4	17	15.9	4	6.3
Hardly ever	12	7.1	7	6.5	5	7.9
Sometimes	42	24.7	26	24.3	16	25.4
Often	25	14.7	15	14	10	15.9
Always	70	41.2	42	39.3	28	44.4
Possibility to work on quality						
Never	3	1.8	2	1.9	1	1.6
Hardly ever	11	6.5	8	7.5	3	4.8
Sometimes	88	51.8	55	51.4	33	52.4
Often/ always	68	40	42	39.3	26	41.3
Work environment perception						
Bad or very bad	3	2	1	.9	2	3.2
Neither good nor bad	22	13	14	13.1	8	12.7
Good	113	66.5	70	65.4	43	68.3
Very good	32	18.8	22	20.6	10	15.9
Recommendation of unit for family						
No way	4	2.4	3	2.8	1	1.6
I'd rather not	24	14.1	17	15.9	7	11.1
Maybe	54	31.8	35	32.7	19	30.2
Surely	48	28.2	25	23.4	23	36.5
Absolutely	40	23.5	27	25.2	13	20.6

IV. RESULTADOS DEL OBJETIVO 3

Mental health status						
Bad	1	0.6	1	.9	-	-
Neither good nor bad	8	4.7	5	4.7	3	4.8
Good	102	60	63	58.9	39	61.9
Very good	59	34.7	38	35.5	21	33.3
Physical health status						
Bad or very bad	3	1.8	2	1.9	1	1.6
Neither good nor bad	21	12.4	17	15.9	4	6.3
Good	104	61.2	67	62.6	37	58.7
Very good	42	24.7	21	19.6	21	33.3

Variables and sources of information

Quality of care was measured using the Quality in Psychiatric Care – Forensic In-patient Staff (QPC-FIPS) for professionals (Domínguez del Campo et al., 2022) and the Quality in Psychiatric Care – Forensic In-patient (QPC-FIP) for forensic inpatients (Domínguez del Campo et al., 2024), both demonstrating high internal reliability ($\alpha=0.91$ for QPC-FIPS, $\alpha=0.93$ for QPC-FIP) (Domínguez del Campo et al., 2022, 2024).

Both self-administered instruments consist of 34 items across seven dimensions: encounter (8 items), participation (8), discharge (3), support (4), secluded environment (2), secure environment (3), and forensic-specific aspects (6). Items are rated on a 4-point Likert scale (1 = strongly disagree, 4 = strongly agree), with a "not applicable" option. Scores, calculated globally or by dimension, range from 30 to 120, with higher scores reflecting better perceived care quality.

For staff, secondary variables included sociodemographic and occupational factors. Job satisfaction was assessed using the Overall Job Satisfaction scale validated in Spanish by Pérez and Fidalgo (Boluarte, 2014; Perez & Fidalgo, 1995). For forensic inpatients, secondary variables included sociodemographic, clinical, and forensic characteristics.

Procedures

The principal investigator informed staff and distributed a digital REDCap questionnaire containing the information sheet, consent form, sociodemographic questionnaire, and assessment instruments. Staff assisted in distributing the questionnaire to forensic inpatients. All data were anonymized and securely stored.

Data analysis

Statistical analyses were conducted using SPSS Statistics 27 and RStudio 2022.02.0. Descriptive statistics summarized perceived care quality for both groups, followed by

bivariate and multivariate analyses to examine the impact of sociodemographic factors. Data normality was assessed with the Shapiro-Wilk test, and appropriate parametric or non-parametric tests were applied. The Bonferroni-Holm correction adjusted for multiple comparisons. The regression models identified the factors associated with the perception of care quality.

Ethical considerations

The study complied with the Declaration of Helsinki and was approved by ethics committee (blinded for manuscript revision) (CEIm PIC-73-18). Informed consent was obtained from all participants.

RESULTS

The findings are presented separately for forensic inpatients and staff, with reference to the corresponding tables for clarity.

Perception of Quality in Forensic Psychiatric Care

Forensic inpatients reported a more favorable perception of care quality than staff, with a median score of 117 (IQR: 105–128) compared to 107 (IQR: 98–115). The Mann-Whitney test ($U=6770.000$, $Z=-5.238$, $p<.001$) confirmed a statistically significant difference between groups. Staff assigned significantly lower scores ($p<.05$) than inpatients across all dimensions except support. Dimensional analysis showed that inpatients rated all aspects positively, while staff scores exhibited greater variability and more critical assessments of patient participation and forensic-specific factors.

Detailed results are presented in Table 3.

Table 3. Evaluation of the perception of quality of care in forensic mental health: Factor comparison from the perspective of inpatients and staff.

		F1. ENCOUNTER	F2. PARTICIPATION	F3. DISCHARGE	F4. SUPPORT	F5. SECLUDED ENVIRONMENT	F6. SECURE ENVIRONMENT	F7. FORENSIC SPECIFIC
Inpatients	Median (IQR)	3.75 (3.25 - 4.00)	3.37 (2.87 - 3.75)	3.66 (3.00 - 4.00)	4.00 (3.35 - 4.00)	3.50 (2.50 - 4.00)	3.33 (2.66 - 4.00)	3.50 (3.00 - 3.83)
	Factor comparison							
	F1		<.001*	.212	.204	<.001*	<.001*	<.001*
	F2			<.001*	<.001*	.966	.828	.351
	F3				.015	.006	.005	.045
	F4					<.001*	<.001*	<.001*
	F5						.962	.238
F6							.605	
Staff	Median (IQR)	3.63 (3.13- 3.88)	2.88 (2.50- 3.38)	3.33 (2.67- 3.67)	4.00 (3.50 - 4.00)	3.00 (2.50- 3.50)	3.00 (2.58- 3.33)	2.83 (2.33- 3.17)
	Factor comparison							
	F1		<.001*	<.001*	<.001*	<.001*	<.001*	<.001*
	F2			<.001*	<.001*	.007	.874	.125
	F3				<.001*	.230	<.001*	<.001*
	F4					<.001*	<.001*	<.001*
	F5						.011	<.001*
F6							.363	
Inpatients – Staff comparison		.034*	<.001*	<.001*	.438	.012*	<.001*	<.001*

Descriptive analysis of factors and Post Hoc analysis of the Friedman test ($p < 0.001$) with Wilcoxon rank tests (original p -values). (*) indicates significance after applying the Bonferroni-Holm correction factor.

Quality in psychiatric care according to forensic inpatients characteristics

Perceived quality of care among forensic inpatients varied based on diagnosis, treatment type and perceived treatment effectiveness. Patients with mood disorders reported higher support scores than those with schizophrenia or psychotic disorders ($p = .020$).

Inpatients receiving psychological interventions had significantly higher overall quality scores, rating encounter, participation, discharge, support, and forensic-specific aspects

more favorably ($p < .05$). In contrast, pharmacological treatment was only associated with better discharge planning perceptions ($p = .006$). Those receiving individualized nursing care reported greater support ($p = .017$), while group nursing interventions showed no significant differences.

Inpatients who perceived their treatment as effective had higher QPC-FIP scores. Those who felt "much better" after treatment rated encounter, participation, forensic-specific aspects, and overall care significantly higher ($p < .05$).

Lastly, inpatients who considered themselves active participants in their care planning had significantly higher overall scores and rated participation, discharge, secure environment, and forensic-specific aspects more positively ($p < .05$).

Quality in psychiatric care according to forensic staff characteristics

Staff perceptions of care quality varied significantly based on facility, professional category, work experience, and job satisfaction. The institutional environment played a crucial role, with significant differences ($p < .05$) in encounter, discharge, participation, and forensic-specific aspects. Staff at UTT reported higher participation scores than those at UHRPI.

Professional category influenced ratings, with psychologists scoring higher than nurses and nursing assistants in forensic-specific aspects ($p = .009$) and overall perception ($p = .012$). Social workers showed a negative correlation between years of experience and encounter perception ($r = -0.853$, $p = .031$), while psychiatrists demonstrated a positive correlation with support perception ($r = .603$, $p = .038$).

Higher job satisfaction correlated with better care quality ratings, particularly in encounter and overall perception ($p < .05$).

Multivariate analysis of perceived quality of care in forensic inpatients

The most explanatory factor across dimensions was participation in care planning, which significantly correlated with higher quality perceptions in participation ($B = 6.16$, $p < .001$), discharge ($B = 2.09$, $p < .001$), support ($B = 1.85$, $p < .01$), and safe environment ($B = 1.64$, $p = .05$).

Pharmacological treatment had the highest beta coefficient ($B = 36.08$, $p < .01$), strongly influencing overall care perception, particularly in discharge ($B = 5.06$, $p < .001$) and forensic-specific aspects ($B = 4.48$, $p = .08$). Individualized nursing care also emerged as a significant

IV. RESULTADOS DEL OBJETIVO 3

predictor, positively impacting perceptions of discharge ($B=1.30$, $p<.001$), support ($B=2.41$, $p=.02$), secluded environment ($B=1.20$, $p=.04$), and overall care quality ($B=13.31$, $p=.001$).

Conversely, inpatients with autism spectrum disorder ($B=-24.04$, $p<.001$) and those receiving psychotherapy ($B=-7.69$, $p=.01$) reported lower care quality scores.

Detailed multivariate analysis results are presented in Tables 4 and 5.

Table 4. Multivariate analysis. Quality of care explained through the sociodemographic, clinical, and forensic characteristics of the inpatients sample. (1)

	F1. ENCOUNTER		F2. PARTICIPATION		F3. DISCHARGE		F4. SUPPORT	
	$R^2 = .0097$		$R^2 = .1405$		$R^2 = .422$		$R^2 = .1984$	
	Coef. (SE)	p	Coef. (SE)	p	Coef. (SE)	p	Coef. (SE)	p
Intercept	22.72 (3.54)	<.001*	13.94 (4.05)	<.001*	3.15 (1.08)	<.001*	6.26 (2.48)	.01*
UHRPI	1.55 (1.59)	.34	2.09 (1.94)	.29	-.03 (.52)	.95	-.36 (1.19)	.76
PCP-QC	-.53 (1.60)	.74	.45 (1.96)	.82	-.17 (.88)	.84	.04 (1.20)	.97
Male	.40 (1.98)	.84	.53 (2.32)	.82	-.88 (.71)	.22	1.73 (1.42)	.23
Involved in care plan	1.66 (1.52)	.28	6.16 (1.84)	<.001*	2.09 (.56)	<.001*	1.76 (1.12)	.12
Treatment effectiveness	3.64 (1.62)	.03*	.74 (1.93)	.7	1.09 (.61)	.08	2.65 (1.18)	.03*
Intellectual disability	-.67 (3.21)	.84	1.36 (4.02)	.74	2.40 (.84)	<.001*	1.88 (2.46)	.45
Personality disorder	-.21 (1.75)	.91	-.32 (2.15)	.88	-.56 (.85)	.52	-.57 (1.32)	.67
ASD	-6.14 (4.37)	.17	-3.77 (5.46)	.49	-.78 (.55)	.17	-3.96 (3.34)	.24
Mood disorder	1.85 (1.73)	.29	2.32 (2.10)	.27	1.09 (.48)	.03*	3.01 (1.28)	.02*
Pharmacological treatment	-.50 (3.07)	.87	3.88 (3.34)	.25	5.06 (.68)	<.001*	1.62 (2.04)	.43
Psychotherapy	-.27 (1.37)	.85	.44 (1.70)	.8	-.04 (.40)	.92	.52 (1.04)	.62
Individualized nursing care	1.50 (1.37)	.28	3.07 (1.70)	.08	1.30 (.41)	<.01*	2.41 (1.04)	.02*

IV. RESULTADOS DEL OBJETIVO 3

Group nursing care	-.15 (1.35)	.91	-2.77 (1.66)	.1	-.93 (.49)	.06	-1.26 (1.02)	.22
--------------------	----------------	-----	-----------------	----	---------------	-----	-----------------	-----

Intercept: UHPP-C, Schizophrenia spectrum and other psychotic disorders, Female.

Table 5. Multivariate analysis. Quality of care explained through the sociodemographic, clinical, and forensic characteristics of the inpatients sample. (2)

	F5. SECLUDED ENVIRONMENT		F6. SECURE ENVIRONMENT		F7. FORENSIC SPECIFIC		OVERALL SCORE	
	R ² = .1378		R ² = .07534		R ² = .1906		R ² = .4125	
	Coef. (SE)	p	Coef. (SE)	p	Coef. (SE)	p	Coef. (SE)	p
Intercept	2.68 (1.34)	.05*	5.45 (1.79)	<.001*	2.68 (1.34)	.05*	5.45 (1.79)	<.001*
UHRPI	-.35 (.64)	.59	.19 (.85)	.82	-.35 (.64)	.59	.19 (.85)	.82
PCP-QC	-.26 (.65)	.69	-1.37 (.86)	.12	-.26 (.65)	.69	-1.37 (.86)	.12
Male	.01 (.77)	.99	.89 (1.02)	.39	.01 (.77)	.99	.89 (1.02)	.39
Involved in care plan	1.85 (.61)	<.01*	1.64 (.81)	.05*	1.85 (.61)	<.01*	1.64 (.81)	.05*
Treatment effectiveness	.31 (.64)	.64	1.13 (.85)	.19	.31 (.64)	.64	1.13 (.85)	.19
Intellectual disability	-.47 (1.33)	.73	.79 (1.77)	.66	-.47 (1.33)	.73	.79 (1.77)	.66
Personality disorder	-.81 (.71)	.26	-.85 (.95)	.37	-.81 (.71)	.26	-.85 (.95)	.37
ASD	.24 (1.81)	.89	.92 (2.41)	.7	.24 (1.81)	.89	.92 (2.41)	.7
Mood disorder	.82 (.69)	.24	1.19 (.93)	.2	.82 (.69)	.24	1.19 (.93)	.2
Pharmacological treatment	1.52 (1.10)	.18	1.12 (1.47)	.45	1.52 (1.10)	.18	1.12 (1.47)	.45
Psychotherapy	.20 (.56)	.73	-1.33 (.75)	.08	.20 (.56)	.73	-1.33 (.75)	.08
Individualized nursing care	1.20 (.56)	.04*	.18 (.75)	.81	1.20 (.56)	.04*	.18 (.75)	.81
Group nursing care	-.64 (.55)	.25	.37 (.73)	.62	-.64 (.55)	.25	.37 (.73)	.62

Intercept: UHPP-C, Schizophrenia spectrum and other psychotic disorders, Female.

Multivariate analysis of perceived quality of care in forensic staff

Professional role influenced quality perception, with psychologists rating participation (B=3.26, p=.03), discharge (B=1.36, p=.003), and overall quality (B=9.90, p=.02) higher. Conversely, nurses reported lower perceptions in encounter (B=-2.25, p=.04) and forensic characteristics (B=-1.35, p=.04).

Facility differences were notable, with UTT staff reporting higher encounter scores (B=2.22, p=.01), while PCP-QC staff rated discharge (B=-1.64, p=.01) and forensic characteristics (B=-1.81, p=.02) lower. Staff from UHRPI (B=-7.17, p=.012) and PCP-QC (B=-7.15, p=.017) also reported significantly lower total quality scores. Additionally, higher extrinsic job satisfaction correlated with improved discharge perception (B=8.28, p=.02).

Detailed results of the multivariate analysis are presented in Tables 6 and 7.

IV. RESULTADOS DEL OBJETIVO 3

Table 6. Multivariate analysis. Quality of care explained through the occupational characteristics and job satisfaction of the staff sample. (1)

	F1. ENCOUNTER		F2. PARTICIPATION		F3. DISCHARGE		F4. SUPPORT	
	R ² = .2464		R ² = .0172		R ² = .0843		R ² = -.0212	
	Coef. (SE)	p	Coef. (SE)	p	Coef. (SE)	p	Coef. (SE)	p
Intercept	15.34 (3.41)	<.001	21.22 (3.20)	<.001	8.28 (1.55)	<.001	13.83 (1.16)	<.001
UHRPI	-.90 (1.14)	.43	-1.84 (1.02)	.07	-.86 (.41)	.04	.26 (.38)	.47
PCP-QC	-.66 (.90)	.46	-1.17 (1.07)	.28	-1.64 (.44)	<.001*	-.00 (.39)	1.00
UTT	2.22 (.87)	.01*	.68 (1.13)	.54	-.27 (.50)	.60	.24 (.42)	.57
Social educator	.23 (.99)	.82	1.32 (1.63)	.42	.90 (.68)	.19	.38 (.58)	.52
Nurse	-2.25 (1.00)	.04*	.08 (.89)	.92	.28 (.42)	.50	-.31 (.32)	.34
Psychiatrist	-1.45 (1.21)	.29	.79 (1.40)	.57	-.67 (1.07)	.53	.63 (.53)	.23
Social activities facilitator	-2.85 (.96)	<.001*	1.25 (1.32)	.35	.32 (.47)	.50	-.08 (.48)	.88
Psychologist	.29 (1.15)	.80	3.26 (1.44)	.03*	1.36 (.45)	.003*	.77 (.51)	.14
Occupational therapist	-1.87 (1.33)	.16	.17 (1.28)	.94	.33 (.61)	.59	-.90 (.90)	.32
Social worker	-.50 (1.26)	.70	1.60 (2.26)	.48	1.46 (.79)	.07	.96 (.80)	.23
Years worked	.02 (.51)	.73	-.02 (.07)	.71	.01 (.03)	.80	-.02 (.03)	.54
Quality improvement	1.32 (.66)	.01*	.19 (.60)	.75	-.23 (.24)	.33	.33 (.22)	.14
Work environment	1.28 (.66)	.06	-.06 (.67)	.93	.20 (.27)	.46	.07 (.24)	.78
Intrinsic satisfaction	-.15 (.09)	.10	-.11 (.10)	.25	.03 (.03)	.36	-.03 (.04)	.43
Extrinsic satisfaction	.22 (.13)	.09	-.06 (.11)	.56	8.28 (1.55)	<.001*	.02 (.04)	.52

Intercept: UHPP-C, Certified nursing assistant.

IV. RESULTADOS DEL OBJETIVO 3

Table 7. Multivariate analysis. Quality of care explained through the occupational characteristics and job satisfaction of the staff sample. (2)

	F5. SECLUDED ENVIRONMENT		F6. SECURE ENVIRONMENT		F7. FORENSIC SPECIFIC		OVERALL SCORE	
	R ² = .07589		R ² = .01358		R ² = .0843		R ² = .1751	
	Coef. (SE)	p	Coef. (SE)	p	Coef. (SE)	p	Coef. (SE)	p
Intercept	5.43 (1.14)	<.001	7.60 (1.42)	<.001	15.84 (2.34)	<.001	87.08 (8.86)	<.001
UHRPI	-1.03 (.36)	.01	-.37 (.45)	.42	-1.26 (.75)	.09	-7.17 (2.83)	.012*
PCP-QC	-.70 (.38)	.07	-.85 (.48)	.08	-1.81 (.78)	.02*	-7.15 (2.97)	.017*
UTT	.09 (.40)	.82	.19 (.50)	.70	.27 (.82)	.74	2.43 (3.12)	.44
Social educator	.21 (.58)	.72	.01 (.73)	.98	.74 (1.20)	.54	4.67 (4.54)	.31
Nurse	.11 (.32)	.72	-.42 (.39)	.29	-1.35 (.65)	.04*	-4.36 (2.47)	.08
Psychiatrist	-.61 (.50)	.22	-.74 (.62)	.23	1.06 (1.02)	.3	-2.20 (3.87)	.57
Social activities facilitator	-.10 (.47)	.83	-.53 (.59)	.37	.69 (.97)	.48	-.90 (3.66)	.81
Psychologist	.49 (.51)	.34	.33 (.64)	.60	1.80 (1.05)	.09	9.90 (3.99)	.02*
Occupational therapist	.59 (.81)	.47	-.43 (1.01)	.67	-.57 (1.67)	.74	-4.17 (6.33)	.52
Social worker	.20 (.81)	.8	.55 (1.00)	.58	2.47 (1.66)	.14	7.54 (6.27)	.23
Years worked	.01 (.03)	.73	-.03 (.03)	.35	-.08 (.05)	.15	-.07 (.20)	.71
Quality improvement	.43 (.21)	.04	.38 (.27)	.15	.11 (.44)	.8	2.84 (1.66)	.09
Work environment	.06 (.24)	.79	.30 (.30)	.32	.55 (.49)	.26	2.56 (1.85)	.17
Intrinsic satisfaction	-.01 (.04)	.88	.02 (.04)	.61	.04 (.07)	.62	.05 (.28)	.87
Extrinsic satisfaction	-.01 (.04)	.73	-.04 (.05)	.43	-.04 (.08)	.62	.03 (.29)	.92

Intercept: UHPP-C, Certified nursing assistant.

IV. RESULTADOS DEL OBJETIVO 3

Multivariate Analysis: Quality in Psychiatric care from forensic inpatients and staff.

Inpatients reported significantly higher perceptions of participation ($B=2.64$, $p<.001$), secure environment ($B=1.12$, $p<.001$), forensic-specific aspects ($B=2.11$, $p<.001$), and overall care quality ($B=7.78$, $p<.001$). Facility-based differences were also observed. UTT showed higher scores in encounter ($B=2.29$, $p<.001$), participation ($B=2.43$, $p=.02$), and forensic-specific aspects ($B=1.62$, $p=.04$). In contrast, PCP-QC exhibited lower discharge ($B=-1.35$, $p<.001$) and overall care quality ($B=-6.08$, $p=.03$). UHRPI inpatients had stronger positive associations with participation ($B=3.62$, $p<.001$), discharge ($B=1.07$, $p=.05$), secluded environment ($B=1.00$, $p=.05$), secure environment ($B=.94$, $p=.01$), and overall care quality ($B=9.41$, $p=.02$). Detailed results are presented in Tables 8 and 9.

Table 8. Multivariate analysis. Quality of care explained through the sociodemographic characteristics of the inpatient and staff sample. (1)

	F1. ENCOUNTER		F2. PARTICIPATION		F3. DISCHARGE		F4. SUPPORT	
	$R^2 = .05699$		$R^2 = .1407$		$R^2 = .1436$			
	Coef. (SE)	p	Coef. (SE)	p	Coef. (SE)	p	Coef. (SE)	p
Intercept	28.25 (.61)	<.001	23.19 (.64)	<.001	9.81 (.24)	<.001	.02 (.26)	.94
UHRPI	-.61 (.76)	.42	-.91 (.83)	.27	-.44 (.41)	.29	.01 (.37)	.97
PCP-QC	-.57 (.99)	.57	-.68 (.98)	.49	-1.35 (.36)	<.001*	.13 (.38)	.72
UTT	2.29 (.65)	<.001*	2.43 (1.01)	.02*	.31 (.45)	.5	-.18 (.32)	.36
Inpatients	.91 (.72)	.21	2.64 (.90)	<.001*	.80 (.36)	.03*	.43 (.59)	.51
Male	.23 (.57)	.69	-.22 (.70)	.75	-.25 (.39)	.52	-.58 (.72)	.57
UHRPI, inpatients	1.74 (1.01)	.09	3.62 (1.27)	<.001*	1.07 (.55)	.05*	.02 (.66)	.47
PCP-QC, inpatients	-.42 (1.49)	.78	.00 (1.80)	1.0	.78 (.61)	.2	.02 (.26)	.42
Male, inpatients	.18 (1.34)	.89	-.10 (2.49)	.97	.36 (.70)	.61	.01 (.37)	.98

Intercept: UHPP-C, staff, female.

IV. RESULTADOS DEL OBJETIVO 3

Table 9. Multivariate analysis. Quality of care explained through the sociodemographic characteristics of the inpatient and staff sample. (2)

	F5. SECLUDED ENVIRONMENT		F6. SECURE ENVIRONMENT		F7. FORENSIC SPECIFIC		OVERALL SCORE	
	R ² = .06909		R ² = .127		R ² = .1457		R ² = .1895	
	Coef. (SE)	p	Coef. (SE)	p	Coef. (SE)	p	Coef. (SE)	p
Intercept	6.49 (.21)	<.001	8.90 (.27)	<.001	17.19 (.45)	<.001	108.46 (1.62)	<.001
UHRPI	-1.06 (.28)	<.001*	-.24 (.33)	.47	-.49 (.65)	.45	-4.35 (2.28)	.06
PCP-QC	-.62 (.43)	.15	-.54 (.49)	.27	-1.12 (.66)	.09	-6.08 (2.83)	.03*
UTT	.31 (.32)	.33	.40 (.49)	.41	1.62 (.77)	.04*	8.02 (2.66)	<.001*
Inpatients	.26 (.29)	.36	1.12 (.36)	<.001*	2.11 (.65)	<.001*	7.78 (2.44)	<.001*
Male	-.25 (.24)	.29	-.41 (.31)	.19	-.29 (.52)	.58	-2.05 (1.92)	.29
UHRPI, inpatients	1.00 (.51)	.05*	.94 (.56)	.01*	1.45 (1.07)	.18	9.41 (4.11)	.02*
PCP-QC, inpatients	-.28 (.82)	.73	-.80 (.74)	.28	1.71 (1.24)	.17	2.21 (4.16)	.6
Male, inpatients	-.17 (.54)	.75	.22 (.73)	.76	1.73 (1.40)	.22	5.25 (6.10)	.39

Intercept: UHPP-C, staff, female.

DISCUSSION

Inpatients reported higher care quality perceptions than staff, underscoring the importance of patient engagement. Demographic and clinical factors also influenced perceptions, highlighting the complexity of care quality assessments.

Inpatients rated the Encounter dimension more positively than staff. Additionally, treatment effectiveness strongly correlated with higher scores in this dimension, reinforcing the impact of perceived therapeutic success on quality assessments. Likewise, positive perceptions of professional competence were linked to better treatment adherence and improved quality of life (Degrauwe et al., 2024). Among staff, job satisfaction, whether intrinsic or extrinsic, positively influenced perceptions of therapeutic encounters, aligning with evidence that satisfied professionals deliver higher-quality care (Oates et al., 2020). Notably, a significant negative correlation was observed between years of experience and perceptions of Encounter among social workers, suggesting desensitization due to prolonged exposure to emotionally demanding situations (Verde-Diego et al., 2022).

Inpatients rated the Participation dimension more positively than staff. These findings align with research emphasizing that high-quality care is closely linked to person-centered interventions, which foster active patient participation and involvement in decision-making (Büsselmann et al., 2021; Kennedy, 2022; Rahman et al., 2025; Schoppmann et al., 2023). The results reinforce that shared decision-making enhances perceptions of quality of care, as greater autonomy and involvement in treatment contribute to a stronger sense of agency and recovery engagement.

Inpatients also reported a higher perceived quality of discharge planning compared to staff, particularly among those who received pharmacological treatment, psychotherapy, and individualized nursing care. This suggests that a comprehensive treatment approach improves community transition experiences. While treatment effectiveness did not directly impact discharge perceptions, patient involvement in decision-making played a crucial role, reinforcing the value of preparation for reintegration beyond clinical outcomes (Lumén et al., 2024).

The Support dimension was rated highest by both inpatients and staff, with no significant differences between groups. Inpatients who reported receiving individualized nursing care expressed higher quality ratings in this domain. This aligns with literature emphasizing that

identifying and addressing nursing care needs in forensic settings is essential to improving care quality and patient recovery (Åling et al., 2021).

Inpatients with mood disorders perceived greater support compared to those with psychotic disorders, underscoring the importance of tailored interventions that address diverse patient needs. A supportive environment and positive interactions within mental health services have been linked to greater well-being and higher satisfaction with care (Rahman et al., 2025). However, qualitative studies indicate that patients often perceive support as insufficient beyond basic containment (Holley et al., 2020).

Inpatients rated the Secluded and Safe environment dimensions higher than staff, especially those receiving psychotherapeutic treatment, individualized nursing care, or actively involved in treatment planning. This suggests that active engagement in care and access to support may mitigate the negative effects of isolation in forensic settings.

Environments that foster social support networks, such as peer interactions and family visits, contribute significantly to emotional stability and satisfaction with care (Khan et al., 2024; Walker et al., 2022). Differences observed between inpatients from UHRPI and PCP-QC suggest that environmental factors influence quality of care. Additionally, literature highlights the physical environment's role in shaping perceptions of safety and well-being in forensic settings (Wijk et al., 2019).

Forensic-specific aspects were rated more critically by staff than by inpatients. Inpatients who received psychotherapeutic treatment, perceived their treatment as effective, and engaged in care planning rated this dimension more positively. Among staff, professionals from PCP-QC reported higher scores, possibly influenced by the operational structure of the general prison modules and its impact on forensic mental health services.

As observed throughout the analysis of all dimensions, the overall quality of care score was significantly higher among inpatients than staff. The findings of this study highlight discrepancies and similarities with previous research conducted in forensic settings in Sweden and community-based mental health settings in Catalonia using the QPC scale. This finding contrasts with the results reported by Lundqvist and Schröder, where total scores were significantly higher among staff (Lundqvist & Schröder, 2015), but aligns with the findings of the study on perceived quality of care in community mental health settings (Roldán-Merino et al., 2023).

In the present study, inpatients reported higher perceived quality of care across multiple dimensions, aligning more closely with findings from Catalonia's community mental health settings, where inpatients also rated Participation and overall care quality higher than staff (Roldán-Merino et al., 2023). In contrast, Swedish forensic settings showed a reversed trend, with staff reporting higher perceptions in several dimensions, including Encounter, Participation, Support, Discharge, Secluded Environment, Secure Environment, and Forensic-Specific Aspects (Lundqvist & Schröder, 2015).

Despite this alignment with Catalonia's community-based mental health settings, some dimensions revealed inconsistencies. For instance, in Support, both Swedish forensic and Catalan community settings reported higher staff ratings compared to inpatients, whereas in this study, no significant differences were observed. Similarly, in Discharge Planning, forensic inpatients in the present study perceived discharge planning more positively than staff, whereas in prior studies, staff reported higher ratings in this domain (Lundqvist & Schröder, 2015; Roldán-Merino et al., 2023)

The differences across studies underscore the necessity of context-specific assessments to refine interventions that enhance patient and staff experiences in forensic psychiatric environments. In Catalan forensic context, while findings from García-González et al. (2017) indicate general satisfaction with the quality of care among users in Catalan correctional facilities (García-González et al., 2021), this study did not observe significant correlations by age group, unlike their findings where age influenced perceived quality. This discrepancy may be attributed to differences in age range distribution and sample size. However, the dominant age group in Catalan correctional facilities closely matches our sample, reinforcing its representativeness (Departament de Justícia i Qualitat Democràtica., 2025).

Regarding gender-based differences, both studies showed similar female representation (9% in García-González et al.'s study vs. 12.1% in this study). Although seemingly disproportionate, this distribution accurately reflects the actual percentage of women in correctional facilities in Catalonia (Departament de Justícia i Qualitat Democràtica., 2025).

Implications for Clinical Practice

Individualized nursing care significantly impacts patient perceptions, emphasizing the need for tailored interventions and strong therapeutic relationships to optimize care quality.

Policies should focus on professional education, adequate nurse-patient ratios, and staff well-being through institutional support. Standardized quality assessment tools would aid benchmarking and continuous improvement in forensic settings.

Further research should examine the long-term effects of patient-centered care, the relationship between nurse well-being and care quality, and cross-cultural comparisons using standardized instruments to refine forensic psychiatric care strategies globally.

CONCLUSIONS

This study highlights significant discrepancies between inpatients and staff regarding perceived care quality, underscoring the necessity of examining both perspectives to comprehensively understand forensic psychiatric care. Sociodemographic factors influenced patients' perceptions, with active participation in care and individualized nursing interventions associated with higher quality ratings. Among professionals, both intrinsic and extrinsic job satisfaction significantly shaped care quality perceptions, reinforcing the need for workplace support initiatives.

The findings also emphasize the importance of standardized assessment tools for cross-cultural comparisons, ensuring reliable benchmarking across diverse forensic settings. Integrating validated instruments can enhance research accuracy, improve clinical decision-making, and support the effective management of forensic psychiatric facilities.

For nursing practice, these results highlight the value of patient-centered approaches, individualized interventions, and enhanced staff training programs.

REFERENCES

Åling, M., Syrén, S., & Strömberg, L. (2021). Patients' Expressed Nursing Care Needs in a Forensic Psychiatric Setting. *Journal of Forensic Nursing*, 17(4), 244–252. <https://doi.org/10.1097/JFN.0000000000000342>

Arroyo-Cobo, J. M. (2011). Health care strategies for mental health problems in the prison environment, the Spanish case in a European context. *Revista Española de Sanidad Penitenciaria*, 13(3), 100–111. <https://doi.org/10.4321/s1575-06202011000300005>

Begoa, A., Mateo-Abad, M., Zulaika, D., Vergara, I., & Arroyo-Cobo, J. (2018). Disponibilidad y uso de recursos de asistencia sanitaria en prisión según el modelo de transferencia: estudio comparativo en España. *Revista Española de Sanidad Penitenciaria*, 20(3), 23–32.

Boluarte, A. (2014). Propiedades psicométricas de la Escala de satisfacción laboral de Warr, Cook y Wall, versión en español. *Revista Médica Herediana*, 25(2), 80. <https://doi.org/10.20453/RMH.V25I2.249>

Büsselmann, M., Nigél, S., Otte, S., Lutz, M., Franke, I., Dudeck, M., & Streb, J. (2020). High Quality of Life Reduces Depression, Hopelessness, and Suicide Ideations in Patients in Forensic Psychiatry. *Frontiers in Psychiatry*, 10. <https://doi.org/10.3389/FPSYT.2019.01014>

Büsselmann, M., Titze, L., Lutz, M., Dudeck, M., & Streb, J. (2021). Measuring the Quality of Life in Forensic Psychiatric Hospitals. *Frontiers in Psychology*, 12. <https://doi.org/10.3389/FPSYG.2021.701231>

Degrauwe, S., Dierckx, K., Van Bulck, V., Gouwy, M. C., Verbeke, L., Vergauwe, J., & De Clercq, B. (2024). Good-enough Care? How Patients' Perceptions of Counselors' Professional Skills Relate to Everyday Life in Forensic Long-stay Units. *Journal of Psychiatric Practice*, 30(4), 284–291. <https://doi.org/10.1097/PRA.0000000000000799>

Departament de Justícia i Qualitat Democràtica. (2025). Descriptors estadístics. Generalitat de Catalunya. https://justicia.gencat.cat/ca/departament/Estadistiques/serveis_penitenciaris/descriptors-estadistics/#

Domínguez del Campo, M., Moreno-Poyato, A. R., Puig-Llobet, M., Lluch-Canut, M. T., Rodríguez Zunino, N., Tomás-Jiménez, M., Sanchez-Balcells, S., Schröder, A., Lundqvist, L.-O., Escuder-Romeva, G., & Roldán-Merino, J. (2022). Cross-cultural adaptation and psychometric properties of the Spanish Quality in Psychiatric Care Forensic Inpatient Staff (QPC-FIPS) instrument. *Scientific Reports*, 12(1). <https://doi.org/10.1038/s41598-022-17422-6>

Domínguez del Campo, M., Roldán-Merino, J., Tomás-Jiménez, M., Puig-Llobet, M., Lluch-Canut, M. T., Rodríguez Zunino, N., Sanchez-Balcells, S., Schröder, A., Lundqvist, L.-O., Escuder-Romeva, G., & Moreno-Poyato, A. R. (2024). The Spanish Adaptation of the Quality in Psychiatric Care—Forensic Inpatient (QPC-FIP) Instrument: Psychometric Properties. *Healthcare*, 12(22), 2235. <https://doi.org/10.3390/healthcare12222235>

Escuder Romeva, G., Ochoa Güerre, S., & Ramos-Quiroga, J. A. (2018). Necessitats de la població atesa a les unitats psiquiàtriques penitenciàries de Catalunya. 273. <https://www.tdx.cat/bitstream/handle/10803/482146/geir1de1.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Gallego-Álvarez, E. A., Castillo-Gutiérrez, J., & Cardona-Arias, J. A. (2020). Reproducibility and validity of the Picker Patient Experience (26-item version) in research participants in Medellín, Colombia, in 2018. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, 38(1). <https://doi.org/10.17533/udea.rfnsp.V38N1E338423>

Gang, M., & Gwak, D. (2025). Factors Influencing the Personal Recovery of Inpatients in a Forensic Psychiatric Hospital in South Korea. *Journal of Forensic Nursing*, 21(1). <https://doi.org/10.1097/JFN.0000000000000492>

García-González, L., Mendioroz-Peña, J., Armenteros-López, B., Sole-Zapata, N., Alonso-Gaitón, P., & Cuadro-Pena, E. (2021). Calidad asistencial sanitaria percibida por el usuario en los centros penitenciarios de Cataluña. *Revista Española de Sanidad Penitenciaria*, 23(1), 9–19. <http://www.sanipe.es/OJS/index.php/RESP/issue/view/78>

Holley, J., Weaver, T., & Völlm, B. (2020). The experience of long stay in high and medium secure psychiatric hospitals in England: qualitative study of the patient perspective. *International Journal of Mental Health Systems*, 14(1), 25. <https://doi.org/10.1186/S13033-020-00358-7>

Kennedy, H. G. (2022). Models of care in forensic psychiatry. *BJPsych Advances*, 28(1), 46–59. <https://doi.org/10.1192/BJA.2021.34>

Khan, A. A., Stirrup, V., & MacInnes, D. (2024). An examination of service user satisfaction in forensic mental health settings. *Medicine, Science and the Law*, 65(1), 9–14. <https://doi.org/10.1177/00258024241227719>

Lumén, K., Louheranta, O., & Kuosmanen, L. (2024). Forensic Psychiatric Patients' Experiences of Personal Recovery: A Wilsonian Concept Analysis. *Journal of Forensic Nursing*, 20(2). <https://doi.org/10.1097/JFN.0000000000000477>

Lundqvist, L. O., & Schröder, A. (2015). Patient and staff views of quality in forensic psychiatric inpatient care. *Journal of Forensic Nursing*, 11(1). <https://doi.org/10.1097/JFN.0000000000000060>

Lutz, M., Zani, D., Fritz, M., Dudeck, M., & Franke, I. (2022). A review and comparative analysis of the risk-needs-responsivity, good lives, and recovery models in forensic psychiatric treatment. *Frontiers in Psychiatry*, 13. <https://doi.org/10.3389/FPSYT.2022.988905>

Marcó-García, S., Guilera-Ferrer, G., Ferrer-Quintero, M., Ochoa, S., Escuder-Romeva, G., Martínez-Mondejar, A., Montalbán-Roca, V., Escanilla-Casal, A., Martínez-Zambrano, F., Balsells-Mejía, S., & Huerta-Ramos, E. (2023). The RECAPACITA project: Description of the clinical, neuropsychological and functional profile of a sample of people with severe mental disorder and legal capacity modification in Spain. *International Journal of Law and Psychiatry*, 88. <https://doi.org/10.1016/J.IJLP.2023.101874>

Moya, D., Guilabert, M., Manzanera, R., Gálvez, G., Torres, M., López-Pineda, A., Jiménez, M. L., & Mira, J. J. (2023). Differences in Perception of Healthcare Management between Patients and Professionals. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 20(5). <https://doi.org/10.3390/IJERPH20053842>

Oates, J., Topping, A., Ezhova, I., Wadey, E., & Marie Rafferty, A. (2020). An integrative review of nursing staff experiences in high secure forensic mental health settings: Implications for recruitment and retention strategies. *Journal of Advanced Nursing*, 76(11). <https://doi.org/10.1111/JAN.14521>

Perez, J., & Fidalgo, M. (1995). NTP 394: Satisfacción laboral: escala general de satisfacción. Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo.

Pulgarín-Vergara, D., & Castro-Arroyave, D. M. (2019). Doctor-Patient relationship in healthcare institutions of Medellín, Colombia. *Revista de Salud Pública*, 21(4). <https://doi.org/10.15446/RSAP.V21N4.80095>

Rahman, M. S., Hossain, M. A., Rushan, M. R. I., Hassan, H., & Talwar, V. (2025). Quality of care in mental health services: does patient engagement play a role? *International Journal of Quality and Reliability Management*, 42(1). <https://doi.org/10.1108/IJQRM-10-2021-0373>

Roldán-Merino, J. F., Tomás-Jiménez, M., Schröder, A., Lundqvist, L. O., Puig-Llobet, M., Moreno-Poyato, A. R., Domínguez del Campo, M., Sanchez-Balcells, S., & Lluch-Canut, M. T. (2023). Quality in Psychiatric Care in the Community Mental Health Setting from the Perspective of Patients and Staff. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 20(5). <https://doi.org/10.3390/ijerph20054043>

Sanchez-Balcells, S., Callarisa Roca, M., Rodríguez-Zunino, N., Puig-Llobet, M., Lluch-Canut, M. T., & Roldan-Merino, J. F. (2018). Psychometric properties of instruments measuring quality and satisfaction in mental health: A systematic review. *Journal of Advanced Nursing*, 74(11). <https://doi.org/10.1111/JAN.13813>

Sanchez-Balcells, S., Lluch-Canut, M. T., Domínguez del Campo, M., Moreno-Poyato, A. R., Tomás-Jiménez, M., Lundqvist, L. O., Schröder, A., Puig-Llobet, M., & Roldan-Merino, J. F. (2021). A Spanish adaptation of the Quality in Psychiatric Care-Inpatient (QPC-IP) instrument: Psychometric properties and factor structure. *BMC Nursing*, 20(1). <https://doi.org/10.1186/s12912-021-00710-3>

Sánchez-Balcells, S., Lundqvist, L. O., Roldán-Merino, J., Lluch-Canut, M. T., Callarisa-Roca, M., Rodríguez-Zunino, N. F., Tomás-Jiménez, M., Schröder, A., & Puig-Llobet, M. (2020). A Spanish adaptation of the Quality in Psychiatric Care – Inpatient Staff (QPC-IPS) instrument : Psychometric properties and factor structure. *Anales Del Sistema Sanitario de Navarra*, 43(3). <https://doi.org/https://doi.org/10.23938/ASSN.0921>

Schoppmann, S., Balensiefen, J., Nienaber, A., Rogge, S., & Hachtel, H. (2023). The perspective of staff members of two forensic psychiatric clinics in German-speaking Switzerland on the introduction of recovery orientation: An explorative study. *Frontiers in Psychiatry*, 13. <https://doi.org/10.3389/FPSYT.2022.946418>

Schröder, A., Ågrim, J., & Lundqvist, L. O. (2013). The quality in psychiatric care-forensic inpatient instrument: Psychometric properties and patient views of the quality of forensic psychiatric services in Sweden. *Journal of Forensic Nursing*, 9(4). <https://doi.org/10.1097/JFN.0b013e31827f5d2f>

Schröder, A., Larsson, B. W., Ahlström, G., & Lundqvist, L. O. (2010). Psychometric properties of the instrument quality in psychiatric care and descriptions of quality of care among in-patients. *International Journal of Health Care Quality Assurance*, 23(6). <https://doi.org/10.1108/09526861011060924>

Schröder, A., Lundqvist, L.-O., Schröder, A., & Lundqvist, L.-O. (2013). The Quality in Psychiatric Care-Forensic In-Patient Staff (QPC-FIPS) instrument: Psychometric properties and staff views of the quality of forensic psychiatric services in Sweden. *Open Journal of Nursing*, 3(3), 330–341. <https://doi.org/10.4236/OJN.2013.33045>

Selvin, M., Almqvist, K., Kjellin, L., Lundqvist, L. O., & Schröder, A. (2019). Patient and staff experiences of quality in Swedish forensic psychiatric care: A repeated cross-sectional survey with yearly sampling at two clinics. *International Journal of Mental Health Systems*, 13(1). <https://doi.org/10.1186/S13033-019-0265-Z>

Subdirecció General de Programes de Rehabilitació i Sanitat. (2011). El model de rehabilitació a les presons catalanes. Generalitat de Catalunya, Departament de Justícia,

Direcció General de Serveis Penitenciaris, 188.
http://justicia.gencat.cat/web/.content/enllacos/pdf/model_rehabilitacio_presons_catalanes.pdf

Tomás-Jiménez, M., Roldán-Merino, J. F., Sanchez-Balcells, S., Schröder, A., Lundqvist, L. O., Puig-Llobet, M., Moreno-Poyato, A. R., Domínguez del Campo, M., & Lluch-Canut, M. T. (2022a). Spanish adaptation of the quality in psychiatric care-outpatient (QPC-OP) instrument community mental health patients' version: psychometric properties and factor structure. *BMC Nursing*, 21(1). <https://doi.org/10.1186/S12912-022-01094-8>

Tomás-Jiménez, M., Roldán-Merino, J., Sanchez-Balcells, S., Schröder, A., Lundqvist, L. O., Puig-Llobet, M., Moreno-Poyato, A. R., Domínguez del Campo, M., & Lluch-Canut, M. T. (2022b). Adaptation, psychometric properties and factor structure of the Spanish Quality in Psychiatric Care-Outpatient Staff (QPC-OPS) instrument. *Scientific Reports*, 12(1). <https://doi.org/10.1038/S41598-022-08039-W>

Verde-Diego, C., González-Rodríguez, R., Frieiro, P., & Fernández-Arias, T. (2022). Prevalencia del burnout en el Sistema de Servicios Sociales: estudio transversal en servicios sociales comunitarios. *Index de Enfermería*, 30(3).

Vicens, E., Tort, V., Dueñas, R. M., Muro, Ú., Pérez-Arnau, F., Arroyo, J. M., Acín, E., De Vicente, A., Guerrero, R., Lluch, J., Planella, R., & Sarda, P. (2011). The prevalence of mental disorders in Spanish prisons. *Criminal Behaviour and Mental Health*, 21(5), 321–332. <https://doi.org/10.1002/CBM.815>

Vorstenbosch, E., Rodríguez-Liron, A., Vicens-Pons, E., Félez-Nóbrega, M., & Escuder-Romeva, G. (2023). Suicide risk in male incarcerated individuals in Spain: clinical, criminological and prison-related correlates. *BMC Psychology*, 11(1). <https://doi.org/10.1186/S40359-023-01315-Y>

Walker, K., Yates, J., Denning, T., Völlm, B., Tomlin, J., & Griffiths, C. (2022). Staff perspectives on barriers to and facilitators of quality of life, health, wellbeing, recovery and reduced risk for older forensic mental-health patients: A qualitative interview study. *Journal of Health Services Research & Policy*, 27(4). <https://doi.org/10.1177/13558196221094512>

Walker, K., Yates, J., Denning, T., Völlm, B., Tomlin, J., & Griffiths, C. (2023). Quality of life, wellbeing, recovery, and progress for older forensic mental health patients: a qualitative investigation based on the perspectives of patients and staff. *International Journal of*

IV. RESULTADOS DEL OBJETIVO 3

Qualitative Studies on Health and Well-Being, 18(1).
<https://doi.org/10.1080/17482631.2023.2202978>

Wijk, H., Degl'Innocenti, A., Kullgren, A., & Alexiou, E. (2019). Evidence-Based Design Has a Sustainable Positive Effect on Patients' Perceptions of Quality of Care in Forensic Psychiatry: A 3-Year Follow-Up Study. *Journal of Forensic Nursing*, 15(1).
<https://doi.org/10.1097/JFN.000000000000022>

DISCUSIÓN

Tal y como se ha señalado en apartados anteriores, la presente tesis doctoral se estructura en dos fases: una primera fase centrada en la adaptación transcultural y validación de las propiedades psicométricas de los instrumentos y una segunda fase orientada a la evaluación de la percepción de la calidad del cuidado desde la perspectiva de las personas atendidas y profesionales de las unidades de salud mental penitenciaria de Barcelona. Esta estructura metodológica responde al objetivo de construir un proceso de investigación integral que permita comprender no solo las propiedades de los instrumentos validados, sino también su aplicabilidad real en salud mental penitenciaria.

5.1. Proceso de adaptación transcultural de los instrumentos

La adaptación transcultural fue un proceso clave para garantizar la equivalencia conceptual y métrica de los instrumentos en el nuevo contexto cultural, respetando las particularidades lingüísticas, normativas y asistenciales propias del entorno español, así como la sensibilidad cultural necesaria en poblaciones vulnerables (*como las atendidas en el ámbito penitenciario*).

A continuación, se presenta una discusión integrada del proceso de adaptación transcultural y validación psicométrica de los instrumentos QPC-FIP y QPC-FIPS, tomando en consideración tanto los resultados obtenidos como la literatura científica existente.

Durante el proceso de adaptación, la traducción directa e inversa (retrotraducción) no presentaron dificultades, lo cual sugiere una buena compatibilidad semántica inicial del instrumento con el contexto lingüístico. No obstante, el comité de expertos propuso ajustes para asegurar la adecuación cultural y conceptual. Se sustituyeron términos que pudieran resultar ambiguos o poco representativos en el contexto español y el uso de lenguaje inclusivo y no discriminatorio para referirse al género. Se reemplazó el término "paciente" por "usuario" o "persona atendida" y "personal" por "profesionales", favoreciendo un enfoque más centrado en la persona, un lenguaje no estigmatizante y una comunicación más respetuosa con las realidades institucionales.

Asimismo, se modificaron ítems relacionados con el sistema judicial y el acceso a recursos legales para garantizar su coherencia con el marco legislativo penitenciario español. Por ejemplo, en la versión española de la QPC-FIPS, el ítem 30 después de la traducción inversa de la versión sueca indicaba: "El personal ayuda a los pacientes, si lo desean, a presentar sus deseos y su caso ante el tribunal administrativo" (Schröder,

Lundqvist, et al., 2013) y se reformuló como: "Los usuarios pueden acceder al juez a través de su abogado o a través del servicio de asesoramiento jurídico". El ítem 33 de la versión sueca se adaptó de: "Los pacientes reciben ayuda del personal para elaborar su delito" (Schröder, Lundqvist, et al., 2013) a "Durante la estancia en la prisión, los profesionales ayudan al usuario a hablar sobre el delito que cometió". Para la versión en castellano de la QPC-FIP, el ítem 30 se transformó de: "Los profesionales facilitan el acceso o visita al juez" (Schröder, Ågrim, et al., 2013), a "Puedo acceder al juez a través de mi abogado o a través del servicio de asesoramiento jurídico"; y el ítem 22 fue adaptado de: "En el tratamiento que recibo el proceso de elaboración de mi delito está contemplado" (Schröder, Ågrim, et al., 2013) a: "En el tratamiento, los profesionales me ayudan a hablar sobre el delito que cometí".

Tras la retrotraducción se realizó un pretest cognitivo con 30 profesionales y 30 personas atendidas, mediante entrevistas semiestructuradas, para evaluar la comprensión, claridad, adecuación cultural de cada ítem y tiempo de cumplimentación. Como resultado, se obtuvieron las versiones definitivas en castellano de los instrumentos. La estructura factorial observada fue congruente con las versiones originales suecas (Schröder, Ågrim, et al., 2013; Schröder & Lundqvist, 2013) y las adaptaciones danesas (L. O. Lundqvist et al., 2014; L.-O. Lundqvist et al., 2014), lo que respalda la estabilidad conceptual del instrumento en distintos entornos culturales. Este hallazgo sustenta la idea de que la percepción de la calidad de los cuidados en salud mental penitenciaria constituye un constructo transferible culturalmente y adaptable a diferentes poblaciones.

5.2. Evaluación de las propiedades psicométricas de los instrumentos

Desde el punto de vista psicométrico, ambos instrumentos presentaron propiedades satisfactorias. En primer lugar, la validez de constructo se confirmó mediante el análisis factorial confirmatorio (CFA), que ratificó la estructura original de siete factores en ambos instrumentos, en consonancia con los resultados de las versiones suecas (Schröder, Ågrim, et al., 2013; Schröder & Lundqvist, 2013) y danesas (L. O. Lundqvist et al., 2014; L. O. Lundqvist et al., 2014). Los índices de bondad de ajuste obtenidos (GFI, AGFI, RMSEA y CFI) se situaron dentro de los parámetros aceptables y fueron comparables con los obtenidos en estudios previos.

En segundo lugar, la validez convergente fue evaluada en el instrumento QPC-FIPS mediante su correlación con la escala de satisfacción laboral NTP 394, mostrando una correlación moderada positiva ($\rho = 0.438$). Este resultado es inferior al obtenido en la versión española hospitalaria (QPC-IPS, $\rho = 0.58$) (Sánchez-Balcells et al., 2020) pero superior al observado en la versión española comunitaria (QPC-OPS, $\rho = 0.31$) (Tomás-Jiménez et al., 2022b), lo que proporciona evidencia adicional que refuerza la validez del instrumento.

Asimismo, se analizó la validez convergente interna de ambos instrumentos mediante la hipótesis de Fayers y Machin, que plantea que la correlación entre cada dimensión del instrumento y la puntuación total debe ser superior a las correlaciones entre las propias dimensiones. Esta condición indica que cada subescala, aunque representa una faceta específica del constructo, contribuye significativamente al constructo global medido por el instrumento. (Fayers & Machin, 2000) Los resultados obtenidos confirmaron dichas hipótesis en ambas versiones.

En el caso de la QPC-FIP, las correlaciones entre cada dimensión y la puntuación total del instrumento fueron todas superiores a las correlaciones interdimensionales. Este patrón fue evidente en las dimensiones Encuentro y Participación, que mostraron fuertes correlaciones con la puntuación global, reforzando su relevancia estructural dentro del instrumento. Del mismo modo, en la QPC-FIPS, se observó que cada una de las dimensiones se correlacionó de manera más estrecha con la puntuación total que con el resto de los factores. Este hallazgo respalda la coherencia interna del instrumento y su capacidad para captar diferentes aspectos de un mismo constructo central: la percepción de la calidad de los cuidados en salud mental penitenciaria.

En las versiones españolas del ámbito hospitalario (Sánchez-Balcells et al., 2020; Sanchez-Balcells et al., 2021) y comunitario (Tomás-Jiménez et al., 2022a, 2022b) de la QPC, también se reportó este patrón, consolidando la estabilidad conceptual de la estructura del instrumento a través de distintos contextos clínicos españoles. Cabe señalar que las versiones sueca y danesa no reportan datos comparables para este análisis.

Respecto a la fiabilidad, ambos instrumentos mostraron una alta consistencia interna, similar a las versiones originales suecas (Schröder, Ågrim, et al., 2013; Schröder & Lundqvist, 2013) y danesas (L. O. Lundqvist et al., 2014; L.-O. Lundqvist et al., 2014). Para el análisis de la fiabilidad, se analizó la consistencia interna usando el α de Cronbach y la estabilidad temporal. La QPC-FIP obtuvo un valor de alfa de Cronbach de .933, mientras que la QPC-FIPS presentó un valor de .916, ambos considerados excelentes y comparables a los obtenidos en sus versiones originales suecas (QPC-FIP: .93; QPC-FIPS: .94) (Schröder, Ågrim, et al., 2013; Schröder & Lundqvist, 2013) y en las adaptaciones danesas (QPC-FIP: .94; QPC-FIPS: .94) (L. O. Lundqvist et al., 2014; L.-O. Lundqvist et al., 2014), así como, en las versiones adaptadas en el contexto español hospitalario (QPC-IP: .94; QPC-IPS: .92) (Sánchez-Balcells et al., 2020; Sanchez-Balcells et al., 2021) y comunitario (QPC-OP: .95; QPC-OPS: .88) (Tomás-Jiménez et al., 2022a, 2022b).

En el análisis por factores se obtuvieron valores de α de Cronbach superiores a .70 en la mayoría de las dimensiones de ambos instrumentos, a excepción de los factores Entorno Aislado y Alta, siguiendo el mismo patrón observado en las versiones originales y danesas y las demás adaptaciones en el contexto español (L. O. Lundqvist et al., 2014; L.-O. Lundqvist et al., 2014; Sánchez-Balcells et al., 2020; Sanchez-Balcells et al., 2021; Schröder, Ågrim, et al., 2013; Schröder, Lundqvist, et al., 2013; Tomás-Jiménez et al., 2022a, 2022b). Para fortalecer la evaluación de la consistencia interna en estas dimensiones con menor número de ítems y abordar dicha limitación, se calculó el omega de McDonald en las citadas dimensiones para verificar la consistencia interna obteniendo valores superiores a .70, considerándose valores adecuados (Streiner et al., 2015).

De forma general, los hallazgos encontrados en las adaptaciones de los instrumentos QPC, independientemente del contexto asistencial (penitenciario, hospitalización o comunitario) o de la perspectiva evaluada (persona atendida o profesional), mostraron valores de consistencia interna global elevados, con α de Cronbach superiores a .90, lo que confirma su fiabilidad para medir la calidad percibida de

los cuidados en salud mental. Por el contrario, las dimensiones vinculadas al alta del servicio y al entorno institucional (factores con menor número de ítems) tienden a obtener valores inferiores, lo que refuerza la necesidad de explorarlas en mayor profundidad en futuros estudios, así como la posibilidad de revisar o ampliar el número de ítems que las componen ya que este supuesto puede explicar los valores obtenidos.

La estabilidad temporal de los instrumentos se evaluó mediante el coeficiente de correlación intraclase (ICC), considerando un intervalo de dos semanas entre la primera y la segunda administración. Los resultados obtenidos evidencian una confiabilidad adecuada test-retest para ambas versiones. El instrumento QPC-FIP alcanzó un ICC global de .83, mientras que el QPC-FIPS obtuvo un valor de .80. Estos valores superan el umbral generalmente aceptado de .70, lo que indica una buena estabilidad de las respuestas en el tiempo. Cabe destacar que ni la versión original sueca ni la adaptación danesa de los instrumentos QPC-FIP y QPC-FIPS evaluaron la estabilidad temporal, por lo que los resultados presentados en el presente estudio suponen una contribución a la validación transcultural de ambos instrumentos en el contexto forense.

En comparación con otros instrumentos QPC en castellano, los valores de ICC observados en este estudio son superiores a los obtenidos en el QPC-OP (.76). Sin embargo, fueron menores a los obtenidos en las versiones QPC-IP (.91), QPC-IPS (.91) y QPC-OPS (.84). Estas diferencias pueden atribuirse a factores relacionados con el contexto asistencial, la implicación de los usuarios en los cuidados o la estabilidad de la situación institucional (*por ejemplo, las condiciones intrínsecas del medio penitenciario*). Al analizar por factores, la mayoría de las dimensiones mostraron coeficientes superiores a .70, con la excepción de las dimensiones Alta en la QPC-FIP (ICC = .66) y las dimensiones Encuentro (ICC = .64) y Apoyo (ICC = .60) de la QPC-FIPS que se situaron ligeramente por debajo del valor de referencia.

En conjunto, los resultados obtenidos permiten concluir que las versiones españolas de la QPC-FIP y la QPC-FIPS son instrumentos válidos, fiables y culturalmente adaptados para la evaluación de la calidad percibida de los cuidados en unidades de salud mental del ámbito penitenciario. Su estabilidad psicométrica, junto con la adecuación cultural conseguida en la adaptación, respaldan su utilidad tanto en la práctica clínica como en contextos de investigación y evaluación de servicios.

5.3. Percepción de la calidad de los cuidados en salud mental penitenciaria desde la perspectiva de la población atendida y de los profesionales

La segunda fase de la presente tesis doctoral tuvo como objetivo analizar la percepción de la calidad de los cuidados en salud mental penitenciaria desde la perspectiva de las personas atendidas y de los profesionales que trabajan en dichas unidades. Para ello, se utilizaron las versiones validadas al castellano de los instrumentos QPC-FIP y QPC-FIPS, permitiendo una comparación directa entre ambas perspectivas. Esta aproximación bifocal resulta pertinente en contextos penitenciarios, donde marcos normativos, organizativos y relacionales difieren sustancialmente respecto a otros dispositivos asistenciales en salud mental.

Los resultados obtenidos han permitido identificar áreas de consenso y divergencia en torno a la percepción de la calidad de los cuidados, aportando información relevante para el desarrollo de estrategias de mejora, planificación de servicios e intervenciones centradas en la persona. A continuación, se presenta la discusión de los principales hallazgos relativos a la percepción de la calidad del cuidado.

5.3.1. Análisis general de la percepción de la calidad de los cuidados

En el presente estudio, las puntuaciones medias globales indican que tanto las personas atendidas como los profesionales valoran de forma positiva la calidad de los cuidados en las unidades de salud mental penitenciaria, aunque con diferencias significativas entre ambos grupos.

Las personas atendidas otorgaron puntuaciones globales más elevadas que los profesionales, lo que contrasta con los hallazgos del estudio sueco de Lundqvist y Schröder (2015), donde fueron los profesionales quienes valoraron la calidad del cuidado más positivamente que la población atendida (L. O. Lundqvist & Schröder, 2015). Esta inversión en el patrón de resultados podría interpretarse en relación con el modelo de atención penitenciaria catalán, caracterizado por una orientación humanista, participativa y centrada en la persona.

En el contexto español, estudios realizados en dispositivos comunitarios (Roldán-Merino et al., 2023) han mostrado también una tendencia a la alineación o convergencia

de percepciones entre pacientes y profesionales, aunque con puntuaciones medias más elevadas en los segundos. Esta diferencia en los resultados podría estar relacionada tanto con el perfil de las personas atendidas como con las características estructurales del entorno penitenciario, que podría modular la percepción subjetiva de los cuidados, otorgando un valor más significativo a aspectos como el trato humano o la estabilidad del entorno asistencial.

A partir de este marco interpretativo general se analizan, a continuación, los principales hallazgos por aspectos influyentes en la percepción de la calidad, con el fin de profundizar en los elementos que configuran la percepción de la misma desde una perspectiva multidimensional.

5.3.2. La relación terapéutica y el apoyo percibido

Las dimensiones **Encuentro** y **Apoyo** se han integrado en este bloque temático por compartir un núcleo conceptual común relacionado con la experiencia del vínculo entre personas atendidas y profesionales. Ambas representan componentes clave de la relación terapéutica y se refieren a la calidad de la interacción y la accesibilidad del profesional. La dimensión **Encuentro** recoge aspectos relacionados con la interacción directa, la escucha activa, el respeto y el reconocimiento de la persona atendida como sujeto con agencia en su proceso de recuperación. Por su parte, la dimensión **Apoyo** evalúa la disponibilidad emocional, la atención individualizada y la sensación de respaldo continuo ofrecido por los profesionales. Aunque diferenciadas en el modelo factorial del instrumento QPC, estas dimensiones conforman, en conjunto, el eje relacional que estructura la vivencia subjetiva de los cuidados en contextos de salud mental, especialmente en entornos tan complejos y regulados como el penitenciario.

Los resultados obtenidos en este estudio reafirman la centralidad de la relación terapéutica como uno de los pilares fundamentales en la percepción de la calidad de los cuidados en el ámbito de la salud mental penitenciaria.

Las personas atendidas calificaron la dimensión **Encuentro** de manera más positiva que los profesionales. Asimismo, la efectividad del tratamiento se correlacionó fuertemente con puntuaciones más altas en esta dimensión, lo que refuerza el impacto del éxito terapéutico percibido en las evaluaciones de calidad.

Estos resultados se alinean con la literatura que enfatiza que la calidad de la relación terapéutica se ve modulada por la capacidad del profesional para brindar apoyo e involucrar a la persona en la toma de decisiones sobre su cuidado (Coelho et al., 2024). En contextos penitenciarios, donde las condiciones institucionales limitan el ejercicio de la autonomía y generan relaciones asimétricas, el establecimiento de una relación terapéutica basada en la confianza mutua y alianza terapéutica influye en la percepción de la calidad de los cuidados y en el proceso de recuperación (El-Abidi et al., 2024; Moreno-Poyato et al., 2016).

Entre los profesionales, la satisfacción laboral, ya sea intrínseca o extrínseca, influyó positivamente en las percepciones de los encuentros terapéuticos, alineándose con la evidencia de que los profesionales satisfechos brindan una atención de mayor calidad (Degrauwe et al., 2024; Oates et al., 2020). Cabe destacar que se observó una correlación negativa significativa entre los años de experiencia y las percepciones del **Encuentro** entre los trabajadores sociales, lo que sugiere una desensibilización debido a la exposición prolongada a situaciones emocionalmente exigentes (Verde-Diego et al., 2022).

En relación con la dimensión **Apoyo**, se evidenció una alta valoración por parte de ambos grupos, sin diferencias estadísticamente significativas entre profesionales y personas atendidas. Los usuarios que informaron haber recibido cuidados enfermeros individualizados expresaron puntuaciones de calidad más altas en esta dimensión. Esto se alinea con la literatura que enfatiza que identificar y abordar las necesidades de cuidados enfermeros en entornos penitenciarios es esencial para mejorar la calidad de la atención y la recuperación de las personas atendidas (Åling et al., 2021). Asimismo, estudios recientes (Coelho et al., 2024; Staniszewska et al., 2019) destacan el valor añadido del apoyo emocional y práctico, no solo desde los profesionales, sino también a través de redes de soporte entre pares y la implicación de familiares, como componentes clave en la percepción de calidad.

Los hallazgos revelan también diferencias según el perfil clínico de las personas atendidas: aquellos con problemas de salud mental relacionados con el estado anímico manifestaron percepciones de apoyo más elevadas en comparación con personas diagnosticadas de esquizofrenia u otros trastornos psicóticos. Esta diferencia subraya la necesidad de diseñar intervenciones adaptadas a las necesidades de los usuarios, reconociendo que la experiencia del apoyo no es homogénea.

Un entorno de apoyo dentro de las unidades de salud mental se ha relacionado con un mayor bienestar y una mayor satisfacción con la atención. Sin embargo, los estudios cualitativos indican que los pacientes a menudo perciben el apoyo como insuficiente más allá de la contención básica (Holley et al., 2020; Rahman et al., 2025).

5.3.3. Participación, autonomía y planificación del alta

Las dimensiones **Participación** y **Alta** permiten explorar el grado en que los principios de la atención centrada en la persona se operativizan en las unidades de salud mental penitenciaria, contexto marcado por restricciones normativas, jurídicas y organizativas que dificultan el desarrollo pleno de la autonomía.

Las personas atendidas calificaron la dimensión de **Participación** de manera más positiva que los profesionales. Estos hallazgos se alinean con la literatura existente, la cual muestra que la atención de alta calidad está estrechamente vinculada a las intervenciones centradas en la persona, que fomentan la participación de la persona atendida en la toma de decisiones. Los resultados refuerzan que la toma de decisiones compartida mejora las percepciones de la calidad de la atención, ya que una mayor autonomía y participación en el tratamiento contribuyen a un mayor sentido de agencia y compromiso con la recuperación (Büsselmann et al., 2021; Kennedy, 2022; Rahman et al., 2025; Schoppmann et al., 2023).

Por su parte, la dimensión **Alta** fue una de las peor valoradas tanto por profesionales como por personas atendidas, lo que revela una vivencia compartida de incertidumbre, ambivalencia y escasa preparación ante el proceso de externación comunitaria. Aunque los usuarios informaron una mayor calidad percibida de la planificación del alta en comparación con los profesionales, particularmente entre aquellos que recibieron tratamiento farmacológico, psicoterapia y cuidados enfermeros individualizados. Esto sugiere que un enfoque de tratamiento integral mejora las experiencias de transición en la comunidad. Si bien la efectividad del tratamiento no tuvo un impacto directo en las percepciones del alta, la participación del paciente en la toma de decisiones desempeñó un papel crucial, reforzando el valor de la preparación para la reintegración más allá de los resultados clínicos (Lumén et al., 2024).

5.3.4. Entorno institucional: aislamiento, percepción de seguridad y características forenses

Las dimensiones Entorno Aislado, Entorno Seguro y Características penitenciarias específicas conforman la percepción del contexto institucional donde se desarrolla la atención en salud mental penitenciaria. Aunque abordan aspectos diferenciados, el aislamiento físico y relacional, la percepción de seguridad y la especificidad del componente judicial, comparten un eje común: la configuración de un entorno que condiciona profundamente la vivencia del cuidado.

Las dimensiones Entorno Aislado y Entorno Seguro permiten explorar cómo las condiciones físicas y organizativas del entorno institucional influyen en la percepción de calidad del cuidado, en un contexto marcado por dinámicas de control, vigilancia y restricciones normativas. En el ámbito penitenciario, el entorno no es simplemente un escenario donde se desarrollan las intervenciones terapéuticas, sino un componente que modula, condiciona y, en ocasiones, limita la posibilidad del desarrollo de la autonomía de la persona. En cuanto a la dimensión Características penitenciarias específicas, permite evaluar hasta qué punto los cuidados ofrecidos responden a las especificidades del medio penitenciario y promueven una atención que no solo contemple las necesidades de salud, sino también las circunstancias legales que rodean a la persona.

Las personas atendidas calificaron las dimensiones de Ambiente aislado y Ambiente seguro más alto que los profesionales, especialmente aquellos que reciben tratamiento psicoterapéutico, cuidados enfermeros individualizados o participaron activamente en la planificación de sus cuidados. Esto sugiere que la participación en la atención puede mitigar los efectos negativos del aislamiento en entornos penitenciarios.

Las diferencias observadas entre las puntuaciones de las personas atendidas en UHRPI (Unidad Hospitalaria de Rehabilitación Psiquiátrica Intensiva) y PCP-QC (Programa Colaborativo de Atención Primaria del Centro Penitenciario) sugieren que los factores ambientales influyen en la calidad de la atención. Mientras que la UHRPI se caracteriza por un enfoque centrado en la rehabilitación clínica dentro del entorno hospitalario penitenciario, el PCP-QC se enmarca en una estructura dentro de un centro penitenciario con módulos residenciales.

La literatura destaca el papel del entorno físico en la formación de las percepciones de seguridad y bienestar en entornos forenses. Los entornos que fomentan las redes de apoyo social, como las interacciones entre pares y las visitas familiares, contribuyen significativamente a la estabilidad emocional y la satisfacción con el cuidado. Por otro lado, los entornos que fomentan las redes de apoyo social, como las interacciones entre pares y las visitas familiares, contribuyen significativamente a la estabilidad emocional y la satisfacción con el cuidado (Khan et al., 2024; Walker et al., 2022; Wijk et al., 2019). En este sentido, autores como Jacobs y Giordano advierten que la falta de privacidad, la vigilancia constante y la escasa posibilidad de establecer vínculos espontáneos pueden debilitar la percepción de apoyo, especialmente en entornos penitenciarios altamente estructurados (Jacobs & Giordano, 2018).

Estos hallazgos refuerzan la necesidad de considerar el entorno institucional no solo como un espacio físico funcional, sino como un agente activo en la configuración de la experiencia terapéutica. En este sentido, garantizar espacios seguros no se debe limitar al control de conductas disruptivas, sino que implica promover entornos humanizados, estructurados y emocionalmente sostenibles, asegurando condiciones de privacidad y favorecer una atmósfera donde las personas atendidas puedan construir una vivencia de protección, confianza y dignidad. La reconfiguración del entorno institucional desde una lógica terapéutica y no meramente custodial es un factor a tener en cuenta en el desarrollo de un modelo de atención centrado en la persona y su recuperación dentro del ámbito penitenciario.

En el presente estudio, la dimensión **Características penitenciarias específicas** obtuvo una puntuación moderadamente baja, tanto en el grupo de personas atendidas como en el de profesionales, siendo calificada de manera significativamente más crítica en estos últimos. Estos hallazgos apuntan a una experiencia fragmentada del proceso de atención, donde lo terapéutico y lo judicial tienden a vivirse como circuitos paralelos más que como elementos integrados. Las personas atendidas que recibieron tratamiento psicoterapéutico, percibieron su tratamiento como efectivo y participaron en la planificación de sus cuidados calificaron esta dimensión de manera más positiva.

Cabe destacar que esta dimensión mostró una elevada variabilidad entre centros, lo cual sugiere que la aplicación práctica de los aspectos penitenciarios depende, en gran medida, del funcionamiento del centro penitenciario. Entre los profesionales, aquellos que desempeñan su actividad laboral en PCP-QC reportaron puntuaciones más altas,

posiblemente influenciadas por la estructura operativa de los módulos penitenciarios ordinarios.

Integrar la dimensión judicial en la práctica asistencial de forma ética, respetuosa y coherente no solo contribuye a una mejor comprensión del recorrido penal de la persona atendida, sino que puede ser un componente facilitador del proceso de recuperación. Para ello, se requiere fortalecer la formación de los equipos, clarificar los marcos de intervención, promover la colaboración interprofesional con el ámbito jurídico y, sobre todo, desarrollar modelos asistenciales que aborden la complejidad de la intersección entre sufrimiento psíquico, conducta delictiva y contexto institucional.

5.3.5. Comparativa de la percepción de la calidad de los cuidados en diferentes contextos

Como se observó a lo largo del análisis de todas las dimensiones, a través de las diferentes áreas temáticas, la puntuación general de la calidad de la atención fue significativamente mayor entre las personas atendidas que entre los profesionales. Los hallazgos de este estudio ponen de manifiesto discrepancias y similitudes con investigaciones previas realizadas en entornos forenses en Suecia y en entornos de salud mental comunitarios en Cataluña utilizando las versiones específicas para cada ámbito del instrumento Quality in Psychiatric Care.

En el presente estudio, las personas atendidas informaron una mayor percepción de la calidad de los cuidados en todas las dimensiones, a excepción de la dimensión Apoyo que los resultados fueron similares entre ambos grupos, alineándose más estrechamente con los hallazgos de los entornos comunitarios de salud mental de Cataluña, donde los usuarios calificaron la Participación y la percepción general de Calidad de los cuidados más alta que los profesionales (Roldán-Merino et al., 2023). Por el contrario, los resultados reportados por el estudio de comparativa de percepciones en el entorno penitenciarios sueco mostraron una tendencia inversa, donde los profesionales reportaron percepciones más altas en todas las dimensiones (Lundqvist y Schröder, 2015).

A pesar de esta alineación con los entornos de salud mental comunitarios de Cataluña, algunas dimensiones presentaron diferencias llamativas. Por ejemplo, en cuanto a la dimensión Apoyo, en el contexto penitenciario sueco y el contexto comunitario catalán informaron de puntuaciones más altas de los profesionales en comparación con

las personas atendidas, mientras que en este estudio no se observaron diferencias significativas. De manera similar, en la planificación del alta, en el presente estudio los usuarios percibieron la planificación del alta de manera más positiva que los profesionales, mientras que en el contexto comunitario los resultados fueron inversos (Roldán-Merino et al., 2023).

Las diferencias entre los estudios subrayan la necesidad de evaluaciones específicas del contexto para refinar las intervenciones que mejoren las experiencias de los pacientes y el personal en entornos de salud mental penitenciaria. En el contexto catalán, si bien los hallazgos de García-González et al. (2017) indican una satisfacción general con la calidad de la atención entre los usuarios de los centros penitenciarios catalanes, este estudio no observó correlaciones significativas por grupos de edad, a diferencia de sus hallazgos donde la edad influyó en la calidad percibida (García-González et al., 2021). Esta discrepancia puede atribuirse a las diferencias en la distribución del rango de edad y el tamaño de la muestra. Sin embargo, el grupo de edad dominante en los centros penitenciarios catalanes se asemeja mucho a nuestra muestra, lo que refuerza su representatividad (Departament de Justícia i Qualitat Democràtica, 2025).

En cuanto a las diferencias de género, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas pudiendo estar relacionado con las diferencias en el tamaño muestral entre los participantes de ambos géneros. En cuanto a las personas atendidas, la representación del género femenino (12.1%) fue similar a la representación en el estudio de García-González et al. (9%) (García-González et al., 2021). Aunque aparentemente desproporcionada, esta distribución refleja el porcentaje real de mujeres en los centros penitenciarios de Cataluña (Departament de Justícia i Qualitat Democràtica, 2025).

5.3.6. Integración la percepción de la calidad de los cuidados en las bases teóricas del cuidado de la salud mental

Los resultados de este estudio han demostrado la complejidad inherente a la evaluación de la percepción de la calidad de los cuidados en el ámbito de la salud mental penitenciaria, contribuyendo al cuerpo de conocimiento con un análisis desde la perspectiva del metaparadigma enfermero. Este enfoque resalta cómo cada uno de los elementos metaparadigmáticos se han interrelacionado entre sí impactando significativamente en la percepción de la calidad de los cuidados.

La atención centrada en la persona se ha reafirmado como un pilar fundamental, poniendo énfasis en el impacto de la participación de las personas atendidas en la planificación de sus cuidados en la percepción de la calidad. Asimismo, se ha examinado cómo el entorno penitenciario y la cultura que lo envuelve influye en las percepciones de los cuidados por parte de las personas atendidas y profesionales.

Finalmente, se ha puesto de manifiesto que, en contextos como el penitenciario, donde las condiciones estructurales de control, privación y estigmatización son especialmente intensas la adopción de una perspectiva de recuperación cobra una relevancia aún mayor. En este sentido, promover planes de cuidados individualizados, respetar la agencia de la persona privada de libertad, fomentar redes de apoyo y crear oportunidades para la (re)conexión social y el desarrollo de sentido vital son estrategias fundamentales para avanzar hacia un modelo más justo, humano y eficaz de atención en salud mental.

5.4. Fortalezas y limitaciones

Este estudio muestra el primer análisis, en el contexto penitenciario español, que compara la percepción de la calidad de los cuidados entre personas atendidas y profesionales. Además, verifica la usabilidad de los instrumentos validados. La participación de múltiples unidades asistenciales aporta una visión más representativa de la diversidad institucional del sistema de salud mental penitenciario.

Sin embargo, se presentaron una serie de limitaciones en el desarrollo del estudio. En primer lugar, mencionar que la recogida de datos de ambos grupos no fue simultánea, lo que hace que no refleje exactamente una realidad en un mismo periodo de tiempo, se recomienda que en futuros estudios el periodo de recolección sea concurrente. Por otro lado, el tamaño muestral fue limitado debido a las características del medio, dependientes, en parte, de las directrices de Justicia sobre los ingresos en las unidades de salud mental, lo cual condiciona la rotación. Además, el tamaño de cada uno de los grupos fue diferente, siendo mayor el grupo de profesionales que el de pacientes, por lo que en futuros estudios se recomiendan grupos equivalentes en tamaño. En cuanto a la percepción de la calidad de los cuidados, la naturaleza transversal del estudio limita la capacidad de inferir causalidad. El uso de un muestreo no probabilístico y la dependencia de cuestionarios autoadministrados pueden introducir sesgos de selección y deseabilidad social. Además, la exclusión de individuos con barreras idiomáticas o cognitivas puede

haber omitido perspectivas importantes. La baja representación de mujeres en la muestra limita la generalización de los resultados a este grupo, subrayando la necesidad de futuras investigaciones que aborden específicamente las diferencias de género en la percepción de la calidad de los cuidados.

IMPLICACIONES

PARA LA PRÁCTICA CLÍNICA, LA GESTIÓN, LA POLÍTICA Y

LA INVESTIGACIÓN EN SALUD MENTAL PENITENCIARIA

Los hallazgos encontrados en la presente tesis doctoral permiten identificar una serie de implicaciones para la mejora de la calidad asistencial en salud mental penitenciaria, abarcando desde la práctica clínica directa hasta los niveles de organización institucional, formulación de políticas sanitarias y futuras investigaciones.

6.1. Implicaciones para la práctica clínica

La percepción de calidad de los cuidados en salud mental penitenciaria se ve significativamente influida por la calidad de la relación terapéutica, la participación en la planificación del cuidado y la percepción del entorno. En consecuencia, se recomienda reforzar la práctica basada en el modelo de atención centrada en la persona, asegurando que las intervenciones respondan a las expectativas, valores y necesidades individuales de las personas atendidas.

Se subraya la necesidad de fortalecer la implicación activa de las personas atendidas en los procesos de planificación del alta, promoviendo intervenciones que integren la preparación para la vida en comunidad desde fases tempranas del ingreso, con especial atención a los determinantes sociales y al acompañamiento emocional.

Asimismo, los hallazgos muestran la utilidad de visibilizar las discrepancias entre percepciones profesionales y de usuarios como punto de partida para intervenciones orientadas a la mejora del ambiente terapéutico, elemento clave en la recuperación en contextos de alta contención como es el penitenciario.

La aplicación de los instrumentos QPC-FIP y QPC-FIPS en la práctica clínica permitiría identificar áreas de mejora de la calidad de los cuidados proporcionados en las distintas unidades, desde la perspectiva tanto de profesionales como de la población atendida. Esta información podría guiar el abordaje clínico contemplando las especificidades diagnósticas, penitenciarias y biográficas de cada persona, orientándose hacia una praxis equitativa, contextualizada y significativa que contribuya a su proceso de recuperación y proyecto de vida.

6.2. Implicaciones para la organización y la gestión de la unidades de salud mental penitenciaria

Las diferencias significativas entre unidades sugieren que las condiciones estructurales, los modelos de gestión y el clima institucional impactan directamente en la experiencia del cuidado. Es prioritario revisar la dotación de recursos, los modelos de liderazgo y las estrategias de mejora continua, mediante una participación de los profesionales.

Se ha demostrado la relación existente entre la satisfacción laboral y la percepción de la calidad de los cuidados. Estrategias dirigidas a la promoción del bienestar psicosocial del personal, su desarrollo competencial y su implicación en procesos de calidad pueden generar efectos positivos en los resultados asistenciales y en la retención de profesionales.

6.3. Implicaciones para la planificación sanitaria

Resulta ineludible integrar la percepción de calidad, tanto de usuarios como de profesionales, como indicador clave en la evaluación de servicios de salud mental penitenciaria.

La validación de los instrumentos QPC-FIP y QPC-FIPS posibilita el desarrollo de sistemas de monitorización continua y comparativa de la calidad percibida.

Los hallazgos refuerzan la necesidad de diseñar e implementar políticas sanitarias alineadas con los principios de derechos humanos, que garanticen la dignidad, la participación y la autonomía en las decisiones de las personas privadas de libertad con problemas de salud mental en concordancia con la estrategia QualityRights de la OMS.

6.4. Implicaciones para la formación, innovación y la investigación

La formación continua de los profesionales que intervienen en el ámbito de la salud mental penitenciaria debe contemplar contenidos específicos sobre evaluación de la calidad de los cuidados, atención centrada en la persona y el enfoque de derechos humanos promovido por QualityRights. Incluir estos marcos en programas formativos permite dotar a los equipos de herramientas conceptuales, éticas y comunicativas para desarrollar una práctica clínica más humanizada, que reconozca la singularidad de las trayectorias vitales y promueva activamente la participación, la autonomía y la dignidad de las personas atendidas en entornos de alta contención ambiental.

Asimismo, se identifican oportunidades para la innovación mediante la incorporación del uso de la inteligencia artificial para analizar patrones en la percepción de calidad y apoyar la toma de decisiones clínicas. También se plantea el desarrollo de sistemas de retroalimentación en tiempo real que integren la percepción de las personas atendidas y de los profesionales y la creación de espacios colaborativos donde se diseñen y validen nuevas prácticas organizativas orientadas a una atención más humana, participativa y basada en derechos.

Finalmente, se destaca la necesidad de fomentar procesos de investigación participativa que integren la voz de personas con experiencia en primera persona. La disponibilidad de instrumentos validados para la evaluación de la calidad genera oportunidades para el desarrollo de estudios longitudinales, investigaciones de metodología mixta y evaluaciones de intervenciones centradas en la persona, permitiendo también la comparación intercultural de resultados.

En este sentido, se hace necesario consolidar estrategias de colaboración interdisciplinar que impulsen la innovación en cuidados en salud mental penitenciaria, favorezcan la co-creación de soluciones y garanticen que la calidad percibida se convierta en un criterio central en la toma de decisiones clínicas y organizativas.

6.5. Líneas futuras de investigación

A partir de los resultados obtenidos en la presente tesis doctoral se abren diversas posibilidades para seguir profundizando en el conocimiento y mejora de la calidad de los cuidados en salud mental penitenciaria. Estas líneas de investigación futura se proponen con el objetivo de ampliar la comprensión del fenómeno, evaluar intervenciones y contribuir a la transformación de la atención en salud mental penitenciaria hacia modelos centrados en la persona. Entre ellas, se destacan:

Desarrollar estudios longitudinales que permitan analizar la evolución de la percepción de la calidad a lo largo del tiempo, especialmente en relación con procesos de transición al alta y externación al ámbito comunitario.

Explorar, mediante metodologías cualitativas, las narrativas y vivencias subjetivas de las personas atendidas y de los profesionales, para identificar significados asociados a la experiencia del cuidado en contextos penitenciarios.

Evaluar el impacto de intervenciones centradas en la participación, como planes de mejora de calidad co-diseñados y analizar el papel de las condiciones organizativas (liderazgo, clima institucional, ratios asistenciales) en la calidad percibida.

Comparar la percepción de calidad en diferentes modelos de atención en salud mental penitenciaria a nivel nacional e internacional, incorporando el marco QualityRights de la OMS como referencia normativa, para evaluar el alineamiento de los modelos asistenciales con los principios de derechos humanos, autonomía y participación.

Estudiar la relación entre la calidad percibida del cuidado y otros indicadores clave como la satisfacción, la adherencia terapéutica, el clima de seguridad o la prevalencia de medidas coercitivas.

Explorar el uso de inteligencia artificial para el análisis de datos de calidad percibida, permitiendo la identificación de patrones y el diseño de intervenciones personalizadas adaptadas al perfil de cada persona atendida y profesional, mejorando la pertinencia y efectividad del cuidado en contextos penitenciarios.

CONCLUSIONES

VII. CONCLUSIONES

La presente tesis doctoral ha tenido como objetivo principal analizar la percepción de la calidad de los cuidados en salud mental penitenciaria desde la perspectiva de las personas atendidas y los profesionales, mediante la adaptación y validación transcultural de los instrumentos QPC-FIP y QPC-FIPS, y su posterior aplicación en unidades de salud mental penitenciaria del Parc Sanitari Sant Joan de Déu. A partir de los resultados obtenidos, se exponen las siguientes conclusiones:

Estudio 1

Adaptar transculturalmente al castellano el instrumento de evaluación 'Quality in Psychiatric Care-Forensic Inpatient Staff' (QPC-FIPS) y evaluar sus propiedades psicométricas.

Adaptación transcultural

1. El proceso de adaptación transcultural del instrumento QPC-FIPS obtuvo resultados adecuados y congruentes al contexto cultural, al enfoque centrado en la persona, al uso de lenguaje no estigmatizante y al marco legislativo penitenciario catalán.
2. La percepción de la calidad de los cuidados en salud mental penitenciaria constituye un constructo transferible culturalmente y adaptable al contexto español.

Análisis de la validez

3. La validez de constructo, confirmada mediante el Análisis Factorial Confirmatorio, ratificó la estructura original de siete factores del instrumento QPC-FIPS.
4. Los índices de bondad de ajuste obtenidos se situaron dentro de los parámetros aceptables y fueron comparables con los obtenidos en estudios previos.

Análisis de la fiabilidad

5. El instrumento QPC-FIPS mostró una alta consistencia interna similar a la versión original y a la adaptación danesa.
6. Los resultados obtenidos evidencian buena una estabilidad temporal.

Estudio 2

Adaptar transculturalmente al castellano el instrumento de evaluación 'Quality in Psychiatric Care-Forensic Inpatient (QPC-FIP) y evaluar sus propiedades psicométricas.

Adaptación transcultural

7. El proceso de adaptación transcultural del instrumento QPC-FIP obtuvo resultados adecuados y congruentes al contexto cultural, al enfoque centrado en la persona, al uso de lenguaje no estigmatizante y al marco legislativo penitenciario catalán.
8. La percepción de la calidad de los cuidados en salud mental penitenciaria constituye un constructo transferible culturalmente y adaptable al contexto español.

Análisis de la validez

9. La validez de constructo, confirmada mediante el Análisis Factorial Confirmatorio, ratificó la estructura original de siete factores del instrumento QPC-FIP.
10. Los índices de bondad de ajuste obtenidos se situaron dentro de los parámetros aceptables y fueron comparables con los obtenidos en estudios previos.

Análisis de la fiabilidad

11. El instrumento QPC-FIP mostró una alta consistencia interna similar a la versión original y a la adaptación danesa.
12. Los resultados obtenidos evidencian buena una estabilidad temporal.

Estudio 3

Evaluar la percepción de la calidad del cuidado percibido por las personas atendidas y por los profesionales de las unidades de salud mental penitenciarias del Parc Sanitari Sant Joan de Déu.

Descripción general de la percepción de la calidad de los cuidados

13. Las puntuaciones medias globales indican que tanto las personas atendidas como los profesionales valoran de forma positiva la calidad de los cuidados en las unidades de salud mental penitenciaria, aunque con diferencias significativas entre ambos grupos.

14. La población atendida informó de una mayor percepción de la calidad de los cuidados en todas las dimensiones, a excepción de la dimensión Apoyo que los resultados fueron similares entre ambos grupos.

Descripción de la percepción de la calidad por parte de la población atendida

15. La percepción de la calidad de los cuidados en las personas atendidas varió en función del diagnóstico, el tipo de tratamiento recibido y la percepción de eficacia del mismo.

16. El análisis multivariado mostró que el factor más explicativo de la percepción de la calidad por parte de la población fue la participación en la planificación de los cuidados, que se asoció de forma significativa con puntuaciones más altas en Participación, Alta, Apoyo y Entorno seguro.

17. Quienes presentaban problemas de salud del estado de ánimo valoraron más positivamente la dimensión Apoyo, en comparación con personas con diagnóstico del espectro de la esquizofrenia u otros trastornos psicóticos y Trastorno del Espectro Autista.

	<p>18. Recibir intervenciones psicológicas y/o cuidado enfermero individualizado se asoció a una mejora de la calidad casi todas las dimensiones. El uso de tratamiento farmacológico se asoció a una mejora de la percepción del alta. Quienes recibían intervenciones de cuidados grupales reportaron puntuaciones más bajas de percepción de calidad.</p>
<p>Descripción de la percepción de la calidad por parte de los profesionales</p>	<p>19. La percepción de la calidad de los cuidados entre profesionales varió en función del dispositivo asistencial, la categoría profesional, la experiencia laboral y el nivel de satisfacción laboral.</p> <p>20. Se evidenció diferencias según categoría profesional, siendo las psicólogas quienes puntuaron una mayor percepción de la calidad en diferentes áreas y las enfermeras y monitores de ocio quienes puntuaron más bajo la calidad de la dimensión Encuentro.</p> <p>21. Se ha demostrado una correlación positiva entre la satisfacción laboral, tanto intrínseca como extrínseca, y la percepción de la calidad de los cuidados.</p>
<p>Análisis conjunto por centro y grupo</p>	<p>22. En conjunto, la percepción de calidad en UTT y en la UHRPI fueron más altas en múltiples dimensiones en comparación con el resto de las unidades, mientras que PCP-QC presentó puntuaciones más bajas.</p> <p>23. Las personas atendidas en la UHRPI fueron quienes mejores percepciones de la calidad reportaron.</p> <p>24. La percepción de calidad de los cuidados en salud mental penitenciaria está influida por la relación terapéutica, la participación en la planificación del cuidado y la percepción del entorno.</p>

FINANCIACIÓN

VIII. FINANCIACIÓN

A continuación, se presenta la financiación obtenida para el desarrollo de la presente tesis doctoral y difusión de los resultados:

Financiador	Parc Sanitari Sant Joan de Déu
Convocatoria	Ajuts recerca PSSJD
Título	La calidad de los cuidados en salud mental penitenciaria: adaptación transcultural de la batería de escalas "Quality of Psychiatric Care FIP-FIPS " y validación de las escalas en castellano.
Código	AR201801

Financiador	Magic Line SJD
Convocatoria	Investigando - cuidamos
Título	The Spanish Adaptation of the Quality in Psychiatric Care—Forensic Inpatient (QPC-FIP) Instrument: Psychometric Properties
Código	PFNR0170

PRODUCCIÓN
CIENTÍFICA DERIVADA

9.1. Artículos derivados de la tesis

- Domínguez del Campo, M., Moreno-Poyato, A. R., Puig-Llobet, M., Lluch-Canut, M. T., Rodríguez Zunino, N., Tomás-Jiménez, M., Sanchez-Balcells, S., Schröder, A., Lundqvist, L.-O., Escuder-Romeva, G., & Roldán-Merino, J. (2022). Cross-cultural adaptation and psychometric properties of the Spanish Quality in Psychiatric Care Forensic Inpatient Staff (QPC-FIPS) instrument. *Scientific Reports*, 12(1). <https://doi.org/10.1038/s41598-022-17422-6>
- Domínguez del Campo, M., Roldán-Merino, J., Tomás-Jiménez, M., Puig-Llobet, M., Lluch-Canut, M. T., Rodríguez Zunino, N., Sanchez-Balcells, S., Schröder, A., Lundqvist, L.-O., Escuder-Romeva, G., & Moreno-Poyato, A. R. (2024). The Spanish Adaptation of the Quality in Psychiatric Care—Forensic Inpatient (QPC-FIP) Instrument: Psychometric Properties. *Healthcare*, 12(22), 2235. <https://doi.org/10.3390/healthcare12222235>
- Domínguez del Campo, M., Roldán-Merino, J., M., Puig-Llobet, M., Escuder-Romeva, G., Tomás-Jiménez, M., Lluch-Canut, M. T., Sanchez-Balcells, S., Schröder, A., Lundqvist, L.-O., Rodríguez Zunino, N., Moreno-Poyato, A. R. Quality of psychiatric care in forensic mental health units: A cross-sectional study on inpatient and staff perceptions in Barcelona, Spain. *International Journal for Quality in Health Care* (en revision).

9.2. Comunicaciones orales y posters

- Marta Domínguez del Campo, Manuel Tomàs Jiménez, Sara Sánchez Balcells, Juan Francisco Roldán Merino, Antonio Rafael Moreno Poyato. Validación transcultural del instrumento QPC-FIPS: Percepción de los profesionales de la Calidad de la atención en Salud Mental Penitenciaria. XXXIX Congreso Nacional de Enfermería de Salud Mental. Pamplona (España). 2022.
- Marta Domínguez del Campo. Perspectives of Inpatient and psychiatry staff of Quality of forensic mental health care. IV International Doctoral Student's workshop. Pamplona (España). 2022.
- Marta Domínguez del Campo. La calidad de los cuidados en salud mental penitenciaria: Validación del instrumento Quality in Psychiatric Care – Forensic. Encuentro aniversario 40 años AEESME. Málaga (España). 2023.
- Marta Domínguez Del Campo, Manuel Tomás-Jiménez, Antonio R. Moreno-Poyato, Juan Francisco Roldán Merino. Quality in Psychiatric Care Forensic Inpatient Staff: Psychometric properties of the QPC-FIPS Scale in Spain. APA annual meeting. San Francisco (California, EE. UU.). 2023.
- Marta Domínguez Del Campo, Juan Francisco Roldán Merino. Calidad de los cuidados en salud mental penitenciaria: Evaluación desde la perspectiva de las personas atendidas y profesionales. XLII Congreso nacional de Enfermería de salud mental. Logroño (España). 2025.

REFERENCIAS
BIBLIOGRÁFICAS

- Aguado-Blázquez, H., Cerdà-Calafat, I., Argimon-Pallàs, J. M., Murillo-Fort, C., & Canela-Soler, J. (2011). Plan de encuestas de satisfacción del CatSalut-PLAENSA®. Estrategias para incorporar la percepción de la calidad de servicio de los ciudadanos en las políticas de salud. *Medicina Clínica*, *137*, 55–59. [https://doi.org/10.1016/S0025-7753\(11\)70030-6](https://doi.org/10.1016/S0025-7753(11)70030-6)
- Åling, M., Syrén, S., & Strömberg, L. (2021). Patients' Expressed Nursing Care Needs in a Forensic Psychiatric Setting. *Journal of Forensic Nursing*, *17*(4), 244–252. <https://doi.org/10.1097/JFN.0000000000000342>
- Anthony, W. A. (1993). Recovery from mental illness: The guiding vision of the mental health service system in the 1990s. *Psychosocial Rehabilitation Journal*, *16*(4), 11–23. <https://doi.org/10.1037/H0095655>
- Arroyo-Cobo, J., & Astier, P. (2003). Calidad asistencial en Sanidad Penitenciaria. Análisis para un modelo de evaluación. *Revista Española de Sanidad Penitenciaria*, 60–76. <http://sanipe.es/OJS/index.php/RESP/article/view/245>
- Arroyo-Cobo, J. M. (2011). Health care strategies for mental health problems in the prison environment, the Spanish case in a European context. *Revista Española de Sanidad Penitenciaria*, *13*(3), 100–111. <https://doi.org/10.4321/s1575-06202011000300005>
- Begoa, A., Mateo-Abad, M., Zulaika, D., Vergara, I., & Arroyo-Cobo, J. (2018). Disponibilidad y uso de recursos de asistencia sanitaria en prisión según el modelo de transferencia: estudio comparativo en España. *Revista Española de Sanidad Penitenciaria*, *20*(3), 23–32.
- Bellass, S., Canvin, K., McLintock, K., Wright, N., Farragher, T., Foy, R., & Sheard, L. (2022). Quality indicators and performance measures for prison healthcare: a scoping review. *Health and Justice*, *10*(1), 1–19. <https://doi.org/10.1186/S40352-022-00175-9/TABLES/5>
- Bird, V. J., Giacco, D., Nicaise, P., Pfennig, A., Lasalvia, A., Welbel, M., & Priebe, S. (2018). In-patient treatment in functional and sectorised care: patient satisfaction and length of stay. *The British Journal of Psychiatry: The Journal of Mental Science*, *212*(2), 81–87. <https://doi.org/10.1192/BJP.2017.20>
- Bjertnaes, O. A., Garratt, A., & Nessa, J. (2007). The GPs' Experiences Questionnaire (GPEQ): reliability and validity following a national survey to assess GPs' views of

X. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- district psychiatric services. *Family Practice*, 24(4), 336–342. <https://doi.org/10.1093/FAMPRA/CMM025>
- Bjertnaes, O., & Iversen, H. H. (2018). Inpatients' assessment of outcome at psychiatric institutions: an analysis of predictors following a national cross-sectional survey in Norway. *BMJ Open*, 8(12). <https://doi.org/10.1136/BMJOPEN-2018-023587>
- Boardman, J., & Dave, S. (2020). Person-centred care and psychiatry: some key perspectives. *BJPsych International*, 17(3), 65. <https://doi.org/10.1192/BJI.2020.21>
- Boyer, L., Baumstarck-Barrau, K., Cano, N., Zendjidjian, X., Belzeaux, R., Limousin, S., Magalon, D., Samuelian, J. C., Lancon, C., & Auquier, P. (2009). Assessment of psychiatric inpatient satisfaction: a systematic review of self-reported instruments. *European Psychiatry: The Journal of the Association of European Psychiatrists*, 24(8), 540–549. <https://doi.org/10.1016/J.EURPSY.2009.05.011>
- Bru-Luna, L. M., Martí-Vilar, M., Merino-Soto, C., Livia-Segovia, J., Garduño-Espinosa, J., & Toledano-Toledano, F. (2024). Person-centered care assessment tool with a focus on quality healthcare: a systematic review of psychometric properties. *BMC Psychology*, 12(1), 1–14. <https://doi.org/10.1186/S40359-024-01716-7/TABLES/5>
- Büsselmann, M., Titze, L., Lutz, M., Dudeck, M., & Streb, J. (2021). Measuring the Quality of Life in Forensic Psychiatric Hospitals. *Frontiers in Psychology*, 12. <https://doi.org/10.3389/FPSYG.2021.701231>
- Coelho, J., Moreno Poyato, A., Roldán Merino, J., Sequeira, C., & Sampaio, F. (2024). Perspectives of adult patients with mental health disorders on the relationship with nurses: a focus group study. *BMC Nursing*, 23(1), 1–10. <https://doi.org/10.1186/S12912-023-01663-5/TABLES/2>
- Colliere, M.-F. (1993). Marie Françoise Colliere Promover. In *Promover la vida* (Primera). McGraw-Hill/Interamericana de España, S.A.U. https://www.academia.edu/40376724/Marie_Fran%C3%A7oise_Colliere_Promover
- Comisionado de Salud Mental, M. de S. (2025). *Plan de acción de salud mental 2025-2027*.
- Damsgaard, J. B., & Angel, S. (2021). Living a Meaningful Life While Struggling with Mental Health: Challenging Aspects Regarding Personal Recovery Encountered in the Mental Health System. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(5), 1–10. <https://doi.org/10.3390/IJERPH18052708>

X. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Davidson, L., & González-Ibáñez, À. (2017). Person-centered recovery and its implications in mental health. *Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq*, 37(131). https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0211-57352017000100011
- Degrauwe, S., Dierckx, K., Van Bulck, V., Gouwy, M. C., Verbeke, L., Vergauwe, J., & De Clercq, B. (2024). Good-enough Care? How Patients' Perceptions of Counselors' Professional Skills Relate to Everyday Life in Forensic Long-stay Units. *Journal of Psychiatric Practice*, 30(4), 284–291. <https://doi.org/10.1097/PRA.0000000000000799>
- Delaney, K. R., Johnson, M. E., & Fogg, L. (2015). Development and Testing of the Combined Assessment of Psychiatric Environments: A Patient-Centered Quality Measure for Inpatient Psychiatric Treatment. *Journal of the American Psychiatric Nurses Association*, 21(2), 134–147. <https://doi.org/10.1177/1078390315581338>
- Departament de Justícia. (2006). *DECRET 329/2006, de 5 de setembre, pel qual s'aprova el Reglament d'organització i funcionament dels serveis d'execució penal a Catalunya*. <https://portaljuridic.gencat.cat/ca/document-del-pjur/?documentId=460252>
- Departament de Justícia i Qualitat Democràtica. (2025). *Descriptors estadístics. Generalitat de Catalunya*. https://justicia.gencat.cat/ca/departament/Estadistiques/serveis_penitenciaris/descriptors-estadistics/#
- Doherty, M., Bond, L., Jessell, L., Tennille, J., & Stanhope, V. (2020). Transitioning to Person-Centered Care: a Qualitative Study of Provider Perspectives. *The Journal of Behavioral Health Services & Research*, 47(3), 399. <https://doi.org/10.1007/S11414-019-09684-2>
- Domínguez del Campo, M., & Jiménez Rodríguez, M. L. (2017). Formalización del binomio Persona - Entorno: Una aproximación algebraica en Cuidadología. *Revista Ene de Enfermería*, 11(3). <http://ene-enfermeria.org/ojs/index.php/ENE/article/view/736/binomio>
- Donabedian, A. (2001). Los siete pilares de la calidad. *Revista de Calidad Asistencial*, ISSN 1134-282X, Vol. 16, N° 1, 2001, 100 Págs., 16(1), 96–100. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2831865>

- Donabedian, Avedis. (1980). *The definition of quality and approaches to its assessment*. Health Administration Press.
https://books.google.com/books/about/The_Definition_of_Quality_and_Approaches.html?hl=es&id=G69pAAAAMAAJ
- El-Abidi, K., Moreno-Poyato, A. R., Cañabate-Ros, M., Garcia-Sanchez, J. A., Lluch-Canut, M. T., Muñoz-Ruoco, E., Pérez-Moreno, J. J., Pita-De-La-Vega, J., Puig-Llobet, M., Rubia-Ruiz, G., Santos-Pariente, C., López, A. M. R., Golmar, L. J., López, C. E., & Roldán-Merino, J. F. (2024). The therapeutic relationship from the perspective of patients and nurses in the first days of admission: A cross-sectional study in acute mental health units. *International Journal of Mental Health Nursing*, 33(1), 134–142.
<https://doi.org/10.1111/INM.13227>
- Emmanuel, M. K., & Campbell, M. H. (2009). Comparing staff and client perceptions of needs in a British single-sex medium secure unit. *Psychological Reports*, 104(3), 1033–1034. <https://doi.org/10.2466/PRO.104.3.1033-1034>
- Escuder Romeva, G., Ochoa Güerre, S., & Ramos-Quiroga, J. A. (2018). *Necessitats de la població atesa a les unitats psiquiàtriques penitenciàries de Catalunya*. 273.
<https://www.tdx.cat/bitstream/handle/10803/482146/geir1de1.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Fawcett, J. (1984). The Metaparadigm of Nursing: Present Status and Future Refinements. *Image: The Journal of Nursing Scholarship*, 16(3), 84–87.
<https://doi.org/10.1111/J.1547-5069.1984.TB01393.X>
- Fawcett, J. (2023). Thoughts About the Metaparadigm of Nursing: Contemporary Status and Recommendations for Evolution. *Nursing Science Quarterly*, 36(3), 303–305.
<https://doi.org/10.1177/08943184231169770>
- Fayers, P. M., & Machin, D. (2000). *Quality of Life: Assessment, Analysis and Interpretation*. John Wiley & Sons.
- Fernández-Martín, L. C., Iglesias-de-Sena, H., Fombellida-Velasco, C., Vicente-Torres, I., Alonso-Sardón, M., & Mirón Canelo, J. A. (2016). Satisfacción del paciente como indicador de calidad en salud mental. *Revista de Calidad Asistencial*, 31(5), 254–261.
<https://doi.org/10.1016/J.CALI.2015.12.006>

- García Jarillo, M., Caravaca Sánchez, F., Sánchez Alcaraz, C., & Luna, A. (2016). Estresores psicosociales percibidos en el proceso de reinserción social y tiempo restante de cumplimiento de condena en prisión. *Revista Española de Sanidad Penitenciaria*, 18, 49–56. http://scielo.isciii.es/sire.ub.edu/pdf/sanipe/v18n2/es_03_original2.pdf
- García-González, L., Mendioroz-Peña, J., Armenteros-López, B., Sole-Zapata, N., Alonso-Gaitón, P., & Cuadro-Pena, E. (2021). Calidad asistencial sanitaria percibida por el usuario en los centros penitenciarios de Cataluña. *Revista Española de Sanidad Penitenciaria*, 23(1), 9–19. <http://www.sanipe.es/OJS/index.php/RESP/issue/view/78>
- Garratt, A., Bjørngaard, J. H., Dahle, K. A., Bjertnæs, Ø. A., Saunes, I. S., & Ruud, T. (2006). The Psychiatric Out-Patient Experiences Questionnaire (POPEQ): Data quality, reliability and validity in patients attending 90 Norwegian clinics. *Nordic Journal of Psychiatry*, 60(2), 89–96. <https://doi.org/10.1080/08039480600583464>
- Groene, O., & Suñol, R. (2019). Quality improvement is complex and contextual. *BMJ (Clinical Research Ed.)*, 367. <https://doi.org/10.1136/BMJ.L6155>
- Harding, C. M., Brooks, G. W., Ashikaga, T., Strauss, J. S., & Breier, A. (1987). The Vermont longitudinal study of persons with severe mental illness, II: Long-term outcome of subjects who retrospectively met DSM-III criteria for schizophrenia. *The American Journal of Psychiatry*, 144(6), 727–735. <https://doi.org/10.1176/AJP.144.6.727>
- Hardy, M. E. (1978). Perspectives on nursing theory. *ANS. Advances in Nursing Science*, 1(1), 37–48. <https://doi.org/10.1097/00012272-197810000-00006>
- Heidegger, M. (1927). *Ser y tiempo* (Trotta, Ed.).
- Hernández - Conesa, J. M. (2003). *Fundamentos de la enfermería: Teoría y método* (Mc Graw Hill, Ed.).
- Hernández Conesa, J. M. (1995). *Historia de la enfermería: un análisis histórico de los cuidados de enfermería.* 53–81. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/libro?codigo=210002>
- Holley, J., Weaver, T., & Völlm, B. (2020). The experience of long stay in high and medium secure psychiatric hospitals in England: qualitative study of the patient perspective. *International Journal of Mental Health Systems*, 14(1), 25. <https://doi.org/10.1186/S13033-020-00358-7>

- International Organization for Standardization. (2015). *ISO 9001. Sistemas de gestión de la calidad*. <https://www.iso.org/obp/ui/#iso:std:iso:9001:ed-5:v1:es>
- Jacobs, L. A., & Giordano, S. N. J. (2018). “It’s Not Like Therapy”: Patient-inmate perspectives on jail psychiatric services. *Administration and Policy in Mental Health*, 45(2), 265. <https://doi.org/10.1007/S10488-017-0821-2>
- Jefatura del Estado. (1979). *Ley Orgánica 1/1979, de 26 de septiembre, General Penitenciaria*. 1–24.
- Jefatura del Estado de España. (2003). Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de ordenación de las profesiones sanitarias. *Boletín Oficial Del Estado*, 280. <https://doi.org/10.1037/h0044482>
- Kaplan, H. C., Brady, P. W., Dritz, M. C., Hooper, D. K., Linam, W. M., Froehle, C. M., & Margolis, P. (2010). The influence of context on quality improvement success in health care: a systematic review of the literature. *The Milbank Quarterly*, 88(4), 500–559. <https://doi.org/10.1111/J.1468-0009.2010.00611.X>
- Kennedy, H. G. (2022). Models of care in forensic psychiatry. *BJPsych Advances*, 28(1), 46–59. <https://doi.org/10.1192/BJA.2021.34>
- Kérouac, S. (1996). *El pensamiento enfermero* (Masson, Ed.).
- Khan, A. A., Stirrup, V., & MacInnes, D. (2024). An examination of service user satisfaction in forensic mental health settings. *Medicine, Science and the Law*, 65(1), 9–14. <https://doi.org/10.1177/00258024241227719>
- Killaspy, H., Harvey, C., Brasier, C., Brophy, L., Ennals, P., Fletcher, J., & Hamilton, B. (2022). Community-based social interventions for people with severe mental illness: a systematic review and narrative synthesis of recent evidence. *World Psychiatry: Official Journal of the World Psychiatric Association (WPA)*, 21(1), 96–123. <https://doi.org/10.1002/WPS.20940>
- Killaspy, H., White, S., Wright, C., Taylor, T. L., Turton, P., Schützwahl, M., Schuster, M., Cervilla, J. A., Brangier, P., Raboch, J., Kališová, L., Onchev, G., Alexiev, S., Mezzina, R., Ridente, P., Wiersma, D., Visser, E., Kiejna, A., Adamowski, T., ... King, M. B. (2011). The development of the Quality Indicator for Rehabilitative Care (QulRC): A measure of best practice for facilities for people with longer term mental health problems. *BMC Psychiatry*, 11. <https://doi.org/10.1186/1471-244X-11-35>

- Lantta, T., Anttila, M., & Välimäki, M. (2021). Quality of mental health services and rights of people receiving treatment in inpatient services in Finland: a cross-sectional observational survey with the WHO QualityRights Tool Kit. *International Journal of Mental Health Systems*, 15(1). <https://doi.org/10.1186/S13033-021-00495-7>
- Leininger, M. (1978). *Transcultural nursing: Concepts, theories, and practices*. New York. John Wiley and Sons.
- Lumén, K., Louheranta, O., & Kuosmanen, L. (2024a). A narrative of recovery in forensic hospitals. *Archives of Psychiatric Nursing*, 51, 120–126. <https://doi.org/10.1016/j.apnu.2024.06.002>
- Lumén, K., Louheranta, O., & Kuosmanen, L. (2024b). Forensic Psychiatric Patients' Experiences of Personal Recovery: A Wilsonian Concept Analysis. *Journal of Forensic Nursing*, 20(2). <https://doi.org/10.1097/JFN.0000000000000477>
- Lundqvist, L. O., Ivarsson, A. B., Brunt, D., Rask, M., & Schröder, A. (2016). Quality of community-based day centre services for people with psychiatric disabilities: Psychometric properties of the Quality in Psychiatric Care - Daily Activities (QPC-DA). *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, 23(2), 91–96. <https://doi.org/10.3109/11038128.2015.1075066>
- Lundqvist, L. O., Lorentzen, K., Riiskjaer, E., & Schröder, A. (2014). A danish adaptation of the quality in psychiatric care-forensic in-patient questionnaire: Psychometric properties and factor structure. *Journal of Forensic Nursing*, 10(3), 168–174. <https://doi.org/10.1097/JFN.0000000000000036>
- Lundqvist, L. O., Rask, M., Brunt, D., Ivarsson, A. B., & Schröder, A. (2016). Measuring quality in community based housing support – the QPC-H instrument. *International Journal of Health Care Quality Assurance*, 29(3), 267–275. <https://doi.org/10.1108/IJHCQA-05-2015-0067/FULL/PDF>
- Lundqvist, L. O., & Schröder, A. (2015). Patient and staff views of quality in forensic psychiatric inpatient care. *Journal of Forensic Nursing*, 11(1). <https://doi.org/10.1097/JFN.0000000000000060>
- Lundqvist, L.-O., Riiskjaer, E., Lorentzen, K., & Schröder, A. (2014). Factor Structure and Psychometric Properties of the Danish Adaptation of the Instrument Quality in

- Psychiatric Care-Forensic In-Patient Staff (QPC-FIPS). *Open Journal of Nursing*, 04(12), 878–885. <https://doi.org/10.4236/ojn.2014.412093>
- Lutz, M., Zani, D., Fritz, M., Dudeck, M., & Franke, I. (2022). A review and comparative analysis of the risk-needs-responsivity, good lives, and recovery models in forensic psychiatric treatment. *Frontiers in Psychiatry*, 13. <https://doi.org/10.3389/FPSYT.2022.988905>
- Marcó-García, S., Guilera-Ferrer, G., Ferrer-Quintero, M., Ochoa, S., Escuder-Romeva, G., Martínez-Mondejar, A., Montalbán-Roca, V., Escanilla-Casal, A., Martínez-Zambrano, F., Balsells-Mejía, S., & Huerta-Ramos, E. (2023). The RECAPACITA project: Description of the clinical, neuropsychological and functional profile of a sample of people with severe mental disorder and legal capacity modification in Spain. *International Journal of Law and Psychiatry*, 88. <https://doi.org/10.1016/J.IJLP.2023.101874>
- Ministerio de Justicia e Interior. (1996). Real Decreto 190/1996, de 9 de febrero, por el que se aprueba el Reglamento Penitenciario. *Boletín Oficial Del Estado*, 40, 1–96. <https://www.boe.es/eli/es/rd/1996/02/09/190/con>
- Ministerio de Sanidad. (2022). *Estrategia de Salud Mental del Sistema Nacional de Salud 2022-2026*. <https://www.sanidad.gob.es/areas/calidadAsistencial/estrategias/saludMental/home.htm>
- Moreno-Poyato, A. R., Montesó-Curto, P., Delgado-Hito, P., Suárez-Pérez, R., Aceña-Domínguez, R., Carreras-Salvador, R., Leyva-Moral, J. M., Lluch-Canut, T., & Roldán-Merino, J. F. (2016). The Therapeutic Relationship in Inpatient Psychiatric Care: A Narrative Review of the Perspective of Nurses and Patients. *Archives of Psychiatric Nursing*, 30(6), 782–787. <https://doi.org/10.1016/j.apnu.2016.03.001>
- Nyvoll, P. (2025). Patient or prisoner? Perceptions of prison healthcare services in Norway and the conflict between care and control. *Incarceration*, 6. <https://doi.org/10.1177/26326663241311554>
- Oates, J., Topping, A., Ezhova, I., Wadey, E., & Marie Rafferty, A. (2020). An integrative review of nursing staff experiences in high secure forensic mental health settings: Implications for recruitment and retention strategies. *Journal of Advanced Nursing*, 76(11). <https://doi.org/10.1111/JAN.14521>

X. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Oficina Vida Independent Barcelona. (2025). *El Movimiento de Vida Independiente*.
<https://ovibcn.org/movimiento-de-vida-independiente/>
- OMS. (2009). *Atención primaria de salud, incluido el fortalecimiento de los sistemas de salud*. https://apps.who.int/gb/s/s_wha62.html
- Orem, D. E. (1993). *Modelo de Orem. Conceptos de enfermería en la práctica* (Masson, Ed.).
- Organización de las Naciones Unidas. (2015). *Objetivos de Desarrollo Sostenible*.
<https://www.undp.org/es/sustainable-development-goals>
- O'Rourke, M. W., & Fawcett, J. (2024). More Thoughts About Culture as a Metaparadigm Concept: Rejection of the Reality of Subcultures. *Nursing Science Quarterly*, 37(3), 297–298. <https://doi.org/10.1177/08943184241246986>
- Ortega y Gasset, J. (1930). *La rebelión de las masas*. Tecnos.
<https://www.tecnos.es/libro/los-esenciales-de-la-filosofia/la-rebelion-de-las-masas-jose-ortega-y-gasset-9788430959600/>
- Parse, R. R. (2018). The Humanbecoming Concept Inventing Model: A Reprise and More. *Nursing Science Quarterly*, 31(2), 157–159.
<https://doi.org/10.1177/0894318418755740>
- Peiró, F. A. (2016). *Aspectos sociodemográficos , clínicos y de tratamiento de personas privadas de libertad atendidas en una consulta*.
- RAE. (2024a). *Ambiente* | Definición | Diccionario de la lengua española | RAE - ASALE.
<https://dle.rae.es/ambiente>
- RAE. (2024b). *hábito* | Definición | Diccionario de la lengua española | Real Academia Española. <https://dle.rae.es/h%C3%A1bito>
- RAE. (2024c). *Persona* | Definición | Diccionario de la lengua española | RAE - ASALE.
<https://dle.rae.es/persona?m=form>
- Rahman, M. S., Hossain, M. A., Rushan, M. R. I., Hassan, H., & Talwar, V. (2025). Quality of care in mental health services: does patient engagement play a role? *International Journal of Quality and Reliability Management*, 42(1). <https://doi.org/10.1108/IJQRM-10-2021-0373>

X. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Rogers, C. R., Tubert, S., & Carmichael, L. (1981). *Psicoterapia centrada en el cliente: práctica, implicaciones y teoría*.
<https://dialnet.unirioja.es/servlet/libro?codigo=223890>
- Rogers, M. (1971). *An Introduction to the theoretical basis of nursing*. F.A Davis Company.
- Roldán-Merino, J. F., Tomás-Jiménez, M., Schröder, A., Lundqvist, L. O., Puig-Llobet, M., Moreno-Poyato, A. R., Domínguez del Campo, M., Sanchez-Balcells, S., & Lluch-Canut, M. T. (2023). Quality in Psychiatric Care in the Community Mental Health Setting from the Perspective of Patients and Staff. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 20(5).
<https://doi.org/10.3390/ijerph20054043>
- Rosillo Herrero, M., Monsalve, M. H., Peter, S., & Smith, K. (2013). La recuperación: servicios que ponen a las personas en primer lugar. *Revista de La Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 33(118), 257–271. <https://doi.org/10.4321/S0211-57352013000200003>
- Roy, Callista. (2009). *The Roy adaptation model*. Pearson Education.
- Sanchez-Balcells, S., Callarisa Roca, M., Rodríguez-Zunino, N., Puig-Llobet, M., Lluch-Canut, M. T., & Roldán-Merino, J. F. (2018). Propiedades psicométricas de los instrumentos que miden la calidad y la satisfacción en salud mental: una revisión sistemática. *J Adv Enfermeras*, 74, 2497–2510.
<https://doi.org/https://doi.org/10.1111/jan.13813>
- Sanchez-Balcells, S., Lluch-Canut, M. T., Domínguez del Campo, M., Moreno-Poyato, A. R., Tomás-Jiménez, M., Lundqvist, L. O., Schröder, A., Puig-Llobet, M., & Roldan-Merino, J. F. (2021). A Spanish adaptation of the Quality in Psychiatric Care-Inpatient (QPC-IP) instrument: Psychometric properties and factor structure. *BMC Nursing*, 20(1).
<https://doi.org/10.1186/s12912-021-00710-3>
- Sánchez-Balcells, S., Lundqvist, L. O., Roldán-Merino, J., Lluch-Canut, M. T., Callarisa-Roca, M., Rodríguez-Zunino, N. F., Tomás-Jiménez, M., Schröder, A., & Puig-Llobet, M. (2020). A Spanish adaptation of the Quality in Psychiatric Care – Inpatient Staff (QPC-IPS) instrument : Psychometric properties and factor structure. *Anales Del Sistema Sanitario de Navarra*, 43(3). <https://doi.org/https://doi.org/10.23938/ASSN.0921>

- Schoppmann, S., Balensiefen, J., Nienaber, A., Rogge, S., & Hachtel, H. (2023). The perspective of staff members of two forensic psychiatric clinics in German-speaking Switzerland on the introduction of recovery orientation: An explorative study. *Frontiers in Psychiatry*, 13. <https://doi.org/10.3389/FPSYT.2022.946418>
- Schröder, A., Ågrim, J., & Lundqvist, L. O. (2013). The quality in psychiatric care-forensic inpatient instrument: Psychometric properties and patient views of the quality of forensic psychiatric services in Sweden. *Journal of Forensic Nursing*, 9(4). <https://doi.org/10.1097/JFN.0b013e31827f5d2f>
- Schröder, A., Ahlström, G., Wilde-Larsson, B., & Lundqvist, L. O. (2011). Psychometric properties of the Quality in Psychiatric Care – Outpatient (QPC–OP) instrument. *International Journal of Mental Health Nursing*, 20(6), 445–453. <https://doi.org/10.1111/J.1447-0349.2011.00741.X>
- Schröder, A., Larsson, B. W., & Ahlström, G. (2007). Quality in psychiatric care: An instrument evaluating patients' expectations and experiences. *International Journal of Health Care Quality Assurance*, 20(2). <https://doi.org/10.1108/09526860710731834>
- Schröder, A., Larsson, B. W., Ahlström, G., & Lundqvist, L. O. (2010). Psychometric properties of the instrument quality in psychiatric care and descriptions of quality of care among in-patients. *International Journal of Health Care Quality Assurance*, 23(6), 554–570. <https://doi.org/10.1108/09526861011060924/FULL/PDF>
- Schröder, A., & Lundqvist, L. O. (2017). Describing and Comparing Quality in Psychiatric Care Across the Globe with the QPC-Instrument. *European Psychiatry*, 41(S1), S230–S230. <https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2017.01.2236>
- Schröder, A., & Lundqvist, L. O. (2022). The Quality in Psychiatric Care–Inpatient Staff Instrument: A Psychometric Evaluation. *Healthcare 2022*, Vol. 10, Page 1213, 10(7), 1213. <https://doi.org/10.3390/HEALTHCARE10071213>
- Schröder, A., & Lundqvist, L.-O. (2013). The Quality in Psychiatric Care-Forensic In-Patient Staff (QPC-FIPS) instrument: Psychometric properties and staff views of the quality of forensic psychiatric services in Sweden. *Open Journal of Nursing*, 03(03). <https://doi.org/10.4236/ojn.2013.33045>

- Schröder, A., Lundqvist, L.-O., Schröder, A., & Lundqvist, L.-O. (2013). The Quality in Psychiatric Care-Forensic In-Patient Staff (QPC-FIPS) instrument: Psychometric properties and staff views of the quality of forensic psychiatric services in Sweden. *Open Journal of Nursing*, 3(3), 330–341. <https://doi.org/10.4236/OJN.2013.33045>
- Schröder, A., Skårberg, K., & Lundqvist, L. O. (2021). The quality in psychiatric care-Addiction outpatient instrument: Psychometric properties and patient views of the quality of care. *Nursing Open*, 8(4), 1920–1927. <https://doi.org/10.1002/NOP2.861>
- Senneseth, M., Pollak, C., Urheim, R., Logan, C., & Palmstierna, T. (2022). Personal recovery and its challenges in forensic mental health: systematic review and thematic synthesis of the qualitative literature. *BJPsych Open*, 8(1). <https://doi.org/10.1192/BJO.2021.1068>
- Shah, A., & Suñol, R. (2024). What does the future of quality improvement look like? *International Journal for Quality in Health Care: Journal of the International Society for Quality in Health Care*, 36(3). <https://doi.org/10.1093/INTQHC/MZAE070>
- Staniszewska, S., Mockford, C., Chadburn, G., Fenton, S. J., Bhui, K., Larkin, M., Newton, E., Crepez-Keay, D., Griffiths, F., & Weich, S. (2019). Experiences of in-patient mental health services: systematic review. *The British Journal of Psychiatry: The Journal of Mental Science*, 214(6), 329–338. <https://doi.org/10.1192/BJP.2019.22>
- Stewart, D., Burrow, H., Duckworth, A., Dhillon, J., Fife, S., Kelly, S., Marsh-Picksley, S., Massey, E., O’Sullivan, J., Qureshi, M., Wright, S., & Bowers, L. (2015). Thematic analysis of psychiatric patients’ perceptions of nursing staff. *International Journal of Mental Health Nursing*, 24(1), 82–90. <https://doi.org/10.1111/INM.12107>
- Streiner, D. L., Norman, G. R., & Cairney, J. (2015). *Health Measurement Scales: A practical guide to their development and use (5 ed.)*. Oxford University Press. <https://doi.org/10.1093/med/9780199685219.001.0001>
- Subdirecció General de Programes de Rehabilitació i Sanitat. (2011). El model de rehabilitació a les presons catalanes. *Generalitat de Catalunya, Departament de Justícia, Direcció General de Serveis Penitenciaris*, 188. http://justicia.gencat.cat/web/.content/enllacos/pdf/model_rehabilitacio_presons_catalanes.pdf

- Thorne, S., Canam, C., Dahinten, S., Hall, W., Henderson, A., & Reimer Kirkham, S. (1998). Nursing's metaparadigm concepts: disimpacting the debates. *Journal of Advanced Nursing*, 27(6), 1257–1268. <https://doi.org/10.1046/J.1365-2648.1998.00623.X>
- Tjaden, C. D., Boumans, J., Mulder, C. L., & Kroon, H. (2020). Embracing the Social Nature of Recovery: A Qualitative Study on the Resource Group Method for People With Severe Mental Illness. *Frontiers in Psychiatry*, 11. <https://doi.org/10.3389/FPSYT.2020.574256>
- Tomás-Jiménez, M., Roldán-Merino, J. F., Sanchez-Balcells, S., Schröder, A., Lundqvist, L. O., Puig-Llobet, M., Moreno-Poyato, A. R., Domínguez del Campo, M., & Lluch-Canut, M. T. (2022a). Spanish adaptation of the quality in psychiatric care-outpatient (QPC-OP) instrument community mental health patients' version: psychometric properties and factor structure. *BMC Nursing*, 21(1). <https://doi.org/10.1186/S12912-022-01094-8>
- Tomás-Jiménez, M., Roldán-Merino, J., Sanchez-Balcells, S., Schröder, A., Lundqvist, L. O., Puig-Llobet, M., Moreno-Poyato, A. R., Domínguez del Campo, M., & Lluch-Canut, M. T. (2022b). Adaptation, psychometric properties and factor structure of the Spanish Quality in Psychiatric Care-Outpatient Staff (QPC-OPS) instrument. *Scientific Reports*, 12(1). <https://doi.org/10.1038/S41598-022-08039-W>
- Tomlin, J., Lega, I., Braun, P., Kennedy, H. G., Herrando, V. T., Barroso, R., Castelletti, L., Mirabella, F., Scarpa, F., Völlm, B., Pham, T., Müller-Isberner, R., Taube, M., Rivellini, G., Calevro, V., Liardo, R., Pennino, M., Markiewicz, I., Barbosa, F., ... Čěsnienė, I. (2021). Forensic mental health in Europe: some key figures. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 56(1), 109–117. <https://doi.org/10.1007/s00127-020-01909-6>
- United Nations. (2006). *Convention on the Rights of Persons with Disabilities (CRPD)*. <https://www.un.org/disabilities/documents/convention/convoptprot-e.pdf>
- Verde-Diego, C., González-Rodríguez, R., Frieiro, P., & Fernández-Arias, T. (2022). Prevalencia del burnout en el Sistema de Servicios Sociales: estudio transversal en servicios sociales comunitarios. *Index de Enfermería*, 30(3).
- Vicens Pons, E., Tort, V., Dueñas, R. M., Muro, Á., Pérez-Arnau, F., Arroyo, J. M., Acín, E., De Vicente, Á., Guerrero, R., Joan, L., Planella, R., & Sarda, P. (2011). *Informe Prevalencia de Trastornos Mentales en centros penitenciarios españoles (Estudio PRECA)*.

- von Bertalanffy, L. (1976). *Teoría General de los sistemas: Fundamentos, desarrollo, aplicaciones* (Fondo de cultura económica, Ed.).
- Vorstenbosch, E., & Castelletti, L. (2020). Exploring Needs and Quality of Life of Forensic Psychiatric Inpatients in the Reformed Italian System, Implications for Care and Safety. *Frontiers in Psychiatry, 11*, 258. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2020.00258>
- Vorstenbosch, E., Rodríguez-Liron, A., Vicens-Pons, E., Félez-Nóbrega, M., & Escuder-Romeva, G. (2023). Suicide risk in male incarcerated individuals in Spain: clinical, criminological and prison-related correlates. *BMC Psychology, 11*(1). <https://doi.org/10.1186/S40359-023-01315-Y>
- Walker, K., Yates, J., Denning, T., Völlm, B., Tomlin, J., & Griffiths, C. (2022). Staff perspectives on barriers to and facilitators of quality of life, health, wellbeing, recovery and reduced risk for older forensic mental-health patients: A qualitative interview study. *Journal of Health Services Research & Policy, 27*(4). <https://doi.org/10.1177/13558196221094512>
- Walker, K., Yates, J., Denning, T., Völlm, B., Tomlin, J., & Griffiths, C. (2023). Quality of life, wellbeing, recovery, and progress for older forensic mental health patients: a qualitative investigation based on the perspectives of patients and staff. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-Being, 18*(1). <https://doi.org/10.1080/17482631.2023.2202978>
- Wallace, D., Fahmy, C., Cotton, L., Jimmons, C., McKay, R., Stoffer, S., & Syed, S. (2016). Examining the role of familial support during prison and after release on post-incarceration mental health. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology, 60*(1), 3–20. <https://doi.org/10.1177/0306624X14548023>
- Wijk, H., Degl'Innocenti, A., Kullgren, A., & Alexiou, E. (2019). Evidence-Based Design Has a Sustainable Positive Effect on Patients' Perceptions of Quality of Care in Forensic Psychiatry: A 3-Year Follow-Up Study. *Journal of Forensic Nursing, 15*(1). <https://doi.org/10.1097/JFN.0000000000000226>
- World Health Organization. (2019). *Transforming services and promoting human rights. WHO QualityRights training and guidance: mental health and social services.*

X. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

World Health Organization, Organisation for Economic Co-operation and Development, & The World Bank. (2018). *Delivering quality health services: a global imperative for universal health coverage*.

Yura, H., & Torres, G. (1975). Today's conceptual frameworks within baccalaureate nursing programs. *NLN Publications*, 15-1558, 17-25.
<https://europepmc.org/article/med/1038603>

Zastowny, T. R., Stratmann, W. C., Adams, E. H., & Fox, M. L. (1995). Patient satisfaction and experience with health services and quality of care. *Quality Management in Health Care*, 3(3), 50-61. <https://doi.org/10.1097/00019514-199503030-00006>

ANEXOS

ANEXO 1

Convenio de colaboración internacional

RESEARCH COLLABORATION AGREEMENT

This Research Collaboration Agreement, is made between

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

and

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

under the following terms and conditions.

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

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

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

2. Compliance with Laws and Regulations.

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

3. Data collection.

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

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

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

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

4. Data storage and retention.

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

5. Complementary information.

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

6. Data distribution.

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

7. Scientific publications.

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

8. Non-scientific publications.

Descriptive national data obtained in the Research Project for organizational developmental or quality assurance purposes are freely used and published by Spanish QPC group after reconciliation with the Principal Investigator in non-scientific form, such as public presentations or reports and summaries on regional, department or unit levels as well as on non-scientific conferences and meetings. A copy of the publication/presentation will be sent to the Principal Investigator.

9. Economy.

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

10. Responsibilities of the Parties.

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

11. Term of Agreement; Duration of Research Project.

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

12. Addendums and amendments

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

13. Confidentiality

Confidential information means;

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

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

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

- the receiving party itself has produced independently of the transferring party's confidential information.

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

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

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

14. Breach of contract

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

15. Applicable law

Swedish law is applicable to this Agreement.

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

Agreed

Date and place *Örebro 150910*



Mats G. Karlsson, PhD, Professor
Dean, University Health Care Research Center,
Faculty of Medicine and Health, Örebro University,
Sweden

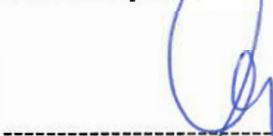
Date and place



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

Sant Boi, 05oct15

Date and place *Esp.Llob 30/09/15*



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

Date and place



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

Esp.Llob 30/09/15

Appendix

Planned scientific publications

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

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

In-patients version:

QPC-IP:

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

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

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

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

QPC-IPS:

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

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

Study 4: Description and comparison of the perceived quality of psychiatric care among in-patient staff in Spain and Sweden.

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

QPC-IP & QPC-IPS:

Study 5: Description and comparison of the perceived quality of psychiatric care among in-patients and in-patient staff in Spain and Sweden.

Authors: Swedish Author, Spanish Authors, Swedish Author

Study 6: Description and comparison of the perceived quality of psychiatric care among in-patients and in-patient staff across different countries.

Authors: Swedish Author, Spanish Authors, Swedish Author



Out-patient version:

QPC-OP:

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

Authors: PhD student, Spanish Authors, Swedish Authors

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

Authors: Spanish director, PhD student, Spanish Authors, Swedish Authors.

QPC-OPS:

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

Authors: PhD student, Spanish Authors, Swedish Authors

Study 4: Description and comparison of the perceived quality of psychiatric care among out-patient staff in Spain and Sweden.

Authors: Spanish director, PhD student, Spanish Authors, Swedish Authors

QPC-OP & QPC-OPS:

Study 5: Description and comparison of the perceived quality of psychiatric care among out-patients and out-patient staff in Spain and Sweden.

Authors: Swedish Author, Spanish Authors, Swedish Author

Study 6: Description and comparison of the perceived quality of psychiatric care among out-patients and out-patient staff across different countries.

Authors: Swedish Author, Spanish Authors, Swedish Author

Forensic in-patients version:

QPC-FIP:

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

Authors: Spanish director, PhD student, Spanish Authors, Swedish Authors.

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

Authors: PhD student, Spanish Authors, Swedish Authors

QPC-FIPS:

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

Authors: PhD student, Spanish Authors, Swedish Authors

Study 4: Description and comparison of the perceived quality of psychiatric care among forensic in-patient staff in Spain and Sweden.

Authors: Spanish director, PhD student, Spanish Authors, Swedish Authors.

QPC-FIP & QPC-FIPS:

Study 5: Description and comparison of the perceived quality of psychiatric care among forensic in-patients and in-patient staff in Spain and Sweden.

Authors: Swedish Author, Spanish Authors, Swedish Author

Study 6: Description and comparison of the perceived quality of psychiatric care among forensic in-patients and in-patient staff across different countries.

Authors: Swedish Author, Spanish Authors, Swedish Author

ANEXO 2

Informe favorable del CEIm – PIC 73-18

INFORME DEL COMITÉ DE ÉTICA DE LA INVESTIGACIÓN CON MEDICAMENTOS

Dr. Jesús Pineda Sánchez Presidente del Comité de Ética de la Investigación con medicamentos Fundació Sant Joan de Déu Esplugues de Llobregat (Barcelona)

HACE CONSTAR:

Que en la reunión del Comité de Ética de Investigación con medicamentos de la Fundació Sant Joan de Déu celebrada el día **26/04/2018**, acta **04/2018**, se valoró el proyecto de investigación con título ***La calidad de los cuidados en salud mental penitenciaria: adaptación transcultural de la batería de escalas "Quality of Psychiatric Care FIP-FIPS " y validación de las escalas en castellano.*** presentado por **Marta Domínguez del Campo**, con código CEIm **PIC-73-18**.

Este CEIm evaluó el proyecto y no se observaron inconvenientes éticos que impidieran su realización.

Lo que firmo en Esplugues de Llobregat (Barcelona),

Firmado:

PINEDA
SANCHEZ JESUS
- 21458439Z

Firmado digitalmente
por PINEDA SANCHEZ
JESUS - 21458439Z
Fecha: 2024.09.25
16:05:50 +02'00'

Dr. Jesús Pineda Sánchez
Presidente CEIm Fundación SJD

ANEXO 3

Quality in Psychiatric Care – Forensic Inpatients – castellano

Quality in Psychiatric Care – Forensic In-Patient (QPC-FIP)

Las siguientes afirmaciones se refieren a cómo usted considera la atención y el tratamiento que recibe por parte de los profesionales. Seleccione la casilla que usted considera que mejor describe su experiencia en la atención.

Considero que:	Totalmente en desacuerdo	Parcialmente en desacuerdo	Bastante de acuerdo	Totalmente de acuerdo	No corresponde
1. Puedo decidir en la toma de decisiones de mis cuidados y tratamiento.					
2. Me siento seguro en esta unidad.					
3. Tengo acceso a un lugar privado al que puedo acudir cuando quiero estar tranquilo.					
4. Me siento seguro con los demás usuarios.					
5. Se respeta mi opinión sobre lo que para mí es correcto en la relación a la atención y tratamiento que recibo.					
6. Participo en las decisiones sobre mis cuidados.					
7. Recibo apoyo y escucha por parte de los profesionales cuando lo necesito.					
8. Participo en las decisiones de mi tratamiento y plan de actividades al alta.					
9. Los demás pacientes no me incomodan.					
10. Los profesionales se implican y se encuentra en la unidad junto a los pacientes.					
11. Los profesionales me tratan con consideración y proximidad.					
12. Los profesionales se interesan si estoy enfadado o irritado.					
13. Mi experiencia anterior se tiene en cuenta a la hora de establecer el tratamiento.					
14. Soy capaz de reconocer cuando mi salud mental empeora.					
15. Los profesionales me tratan con respeto.					
16. Se me ofrece seguimiento para después del alta.					
17. Siento que los profesionales comprenden mis sentimientos.					
18. Los profesionales me ayudan a no hacerle daño a los demás cuando aparecen estas ideas.					
19. Los profesionales dedican tiempo para escucharme.					
20. Recibo información sobre dónde puedo dirigirme si necesito ayuda después del alta.					
21. Los profesionales me ayudan a que no me haga daño si es que tengo esas ideas.					
22. Los profesionales me ayudan a entender que no es vergonzoso tener una enfermedad mental.					
23. Los profesionales me ayuda a entender que los sentimientos de culpa y de vergüenza nunca deben impedir que solicite ayuda.					
24. Los profesionales se preocupan por mis cuidados y tratamiento.					
25. Recibo información de forma comprensible sobre la enfermedad y diagnóstico que padezco.					
26. Hay un sitio íntimo donde puedo recibir la visita de mis familiares y amigos.					

27. Adquiero conocimientos suficientes sobre mi enfermedad mental de manera de poder participar en mi tratamiento y cuidados.					
28. Recibo información de diferentes opciones de tratamiento para decidir cuál es la más adecuada para mí.					
29. Me informan sobre mi derecho a tener una persona de apoyo.					
30. Puedo acceder al juez a través de mi abogado o a través del servicio de asesoramiento jurídico.					
31. Me explican de forma clara el informe médico antes de enviarlo al juez.					
32. Recibo apoyo y ayuda de mi abogado antes y durante las audiencias con el juez.					
33. En el tratamiento, los profesionales me ayudan a hablar sobre el delito que cometí.					
34. Mis familiares se comprometen con mi asistencia y tratamiento.					

ANEXO 4

Quality in Psychiatric Care – Forensic Inpatients – Staff – castellano

Quality in Psychiatric Care – Forensic In-Patient Staff (QPC-FIPS)

Las siguientes afirmaciones se refieren a cómo usted considera la atención y el tratamiento que reciben los usuarios. Seleccione la casilla que usted considera que mejor describe su experiencia en la atención.

Considero que....:	Totalmente en desacuerdo	Parcialmente en desacuerdo	Bastante de acuerdo	Totalmente de acuerdo	No corresponde
1. Los usuarios deciden sobre sus cuidados y su tratamiento.					
2. La seguridad en la unidad es elevada.					
3. Los usuarios tienen acceso a un lugar íntimo al que pueden acudir cuando quieren estar tranquilos.					
4. Los usuarios pueden sentirse seguros junto con los demás pacientes.					
5. La opinión de los usuarios se respeta a la hora de establecer sus cuidados y tratamiento.					
6. Los usuarios participan de las decisiones sobre sus cuidados					
7. Los usuarios reciben apoyo y escucha cuando lo necesitan					
8. Existe colaboración en la planificación del tratamiento futuro o la actividad diaria de los usuarios.					
9. Los usuarios no se sienten molestados por otros pacientes en la unidad.					
10. Los profesionales se implican y se encuentran en la unidad junto a los usuarios.					
11. Los profesionales tratan a los usuarios con consideración y proximidad.					
12. Los profesionales se preocupan por conocer el motivo por el cual los usuarios están enfadados e irritados.					
13. La experiencia del usuario se tiene en cuenta a la hora de establecer el tratamiento.					
14. Se ofrece a los usuarios educación sanitaria para aprender a identificar los síntomas de empeoramiento de la enfermedad.					
15. Los profesionales tratan con respeto a los usuarios.					
16. Se ofrece seguimiento a los usuarios después del alta.					
17. Los profesionales comprenden los sentimientos de los pacientes.					
18. Los profesionales ayudan a los usuarios a no hacerle daño a los demás cuando aparezcan estas ideas.					
19. Los profesionales dedican tiempo para escuchar a los usuarios.					
20. Los usuarios reciben información sobre dónde acudir si necesitan ayuda después del alta de la unidad psiquiátrica penitenciaria.					
21. Los profesionales ayudan a que el paciente no se haga daño si es que tiene esas ideas.					
22. Los profesionales ayudan a los usuarios a entender que no es vergonzoso padecer una enfermedad mental.					
23. Los profesionales ayudan a entender al usuario que el sentimiento de culpa y vergüenza no debe impedir que solicite ayuda.					
24. Los profesionales se preocupan por los cuidados y el tratamiento de los usuarios.					
25. Se informa al usuario de forma clara sobre su enfermedad mental y su diagnóstico.					
26. Hay un sitio íntimo donde el usuario puede recibir la visita de sus familiares y amigos.					

27. Se ofrece información a los usuarios sobre su enfermedad para que puedan participar en su tratamiento.					
28. Los usuarios reciben información sobre las diferentes opciones de tratamiento de forma que pueden discutir con los profesionales la que les parece más adecuada.					
29. Los usuarios son informados sobre su derecho a tener una persona de apoyo.					
30. Los usuarios pueden acceder al juez a través de su abogado o a través del servicio de asesoramiento jurídico.					
31. Los profesionales explican a los usuarios de forma clara el informe médico antes de enviarlo al juez.					
32. Los usuarios reciben apoyo y ayuda de su abogado antes y durante las audiencias con el juez.					
33. Durante la estancia en la prisión, los profesionales ayudan al usuario a hablar sobre el delito que cometió.					
34. Los familiares de los usuarios se comprometen en su asistencia y tratamiento.					