

**ENTREVISTA INDIVIDUAL  
PACIENTE DE LARGA ESTADÍA EN HOSPITAES PSIQUIÁTRICOS  
2017**

**I. Antecedentes generales de la Observación**

1. Nombre observador/a	
2. Nombre del Hospital:	
3. Comuna:	
4. Nombre del/la Entrevistado/a	
5. Unidad hospitalaria del/la entrevistado/a	
6. Fecha	

**II. Ingreso**

	No	Sí
7. ¿Usted quiere estar en este Hospital?		
Respecto a los motivos o circunstancias por las cuales llegó a este Hospital:		
8. ¿Llegó porque usted lo quiso?		
9. ¿Lo trajeron otras personas?		

**III. Seguridad**

	No	Sí
10. ¿Tiene algún lugar donde ir si es que usted fuera dado de alta de este Hospital?		
11. ¿Estaría usted en peligro (de su familia, comunidad, etc.) si es que fuera dado de alta de este Hospital?		
12. ¿Es el Hospital un lugar seguro para usted?		
13. ¿Ha sido afectada su seguridad en este Hospital alguna vez?		

**IV. Condiciones de aseo e higiene personal**

	No	Sí
14. ¿Puede lavarse o bañarse con agua caliente cuando lo desea?		
15. ¿Tiene acceso a ducha individual?		
16. ¿Tiene acceso a útiles de aseo personal?		

## V. Alimentación

	No	Sí
17. ¿Puede beber agua limpia cuando usted quiere?		
18. ¿Las comidas son servidas a buena temperatura?		
19. ¿Las comidas son preparadas con productos en buen estado?		

## VI. Administración de Psicofármacos

	No	Sí
20. ¿Le han dado psicofármacos o medicamentos para el tratamiento de su enfermedad? (Si responde <b>NO</b> saltar a pregunta N°25)		
21. ¿Sabe en qué cantidad le han dado estos medicamentos para el tratamiento de su enfermedad?		
22. ¿Cómo se siente luego de tomar estos medicamentos? (Solicitar al usuario/a describir)		
23. ¿Le dan algún otro medicamento para controlar los efectos secundarios?		
24. ¿Ha tomado alguna vez un psicofármaco o medicamento para el tratamiento de su enfermedad porque fue amenazado a hacerlo?		
25. ¿Ha sido usted inyectado/a a la fuerza o visto que le haya pasado a otros alguna vez?		

## VII. Victimización

	No	Sí
26. ¿Ha visto que alguien haya sido agredido/a o atacado/a alguna vez por personal del Hospital u otros pacientes?		
27. ¿Ha sido usted agredido/a o atacado/a alguna vez por personal del Hospital u otros pacientes? (Si responde <b>NO</b> saltar a pregunta N°30)		
28. Si usted fue agredido/a o atacado/a, ¿recibió algún tipo de apoyo del personal del Hospital para superar la situación?		
29. ¿Se tomaron medidas por parte del personal del Hospital para prevenir nuevos ataques o agresiones?		

### VIII. Victimización Sexual

	No	Sí
30. ¿Ha visto que alguien haya sido atacado o abusado sexualmente por alguien del personal del Hospital o por otros pacientes?		
31. ¿Ha sido usted atacado o abusado sexualmente por alguien del personal del Hospital o por otros pacientes? (Si responde <b>NO</b> saltar a pregunta N°35)		
32. ¿Pudo denunciar la situación con las autoridades del Hospital?		
33. ¿Se tomaron medidas por parte del Hospital a partir de su denuncia?		
34. ¿Recibió algún tipo de apoyo por parte del personal del Hospital para superar la situación?		

### IX. Contención farmacológica, mecánica y aislamiento

	No	Sí
35. ¿Le han encerrado a la fuerza en una sala de aislamiento o visto que le haya pasado a otros alguna vez?		
36. ¿Le han dado un medicamento a la fuerza para calmar una crisis o visto que le haya pasado a otros alguna vez?		
37. ¿Le han contenido físicamente para calmar una crisis o visto que le haya pasado a otros alguna vez? por ejemplo: ¿atar a una cama, puesto una camisa de fuerza, o amarrado, etc.?		
38. ¿Podría describir qué pasó? (Cualquier situación respondida <b>SÍ</b> en las preguntas 35, 36 o 37)		

### X. Terapia Electro-convulsiva

	No	Sí
39. ¿Ha visto o sabido de alguien haya recibido Terapia Electro-convulsiva alguna vez?		
40. ¿Ha recibido usted Terapia Electro-convulsiva alguna vez? (Si responde <b>NO</b> saltar a pregunta N°44)		
41. ¿Fue forzado/a a recibir esta terapia?		
42. ¿Qué le dijeron acerca de la Terapia Electro-convulsiva?		

43. ¿Le contaron esto antes o después de haber recibido la Terapia electro-convulsiva?

## XI. Psicocirugías

	No	Sí
44. ¿Ha sido usted sometido/a a alguna cirugía por su enfermedad o diagnóstico psiquiátrico? (Si responde <b>NO</b> saltar a pregunta N°47)		
45. ¿Fue forzado a someterse a esta cirugía/operación?		
46. ¿Qué le dijeron acerca de esta cirugía?		
47. ¿Le contaron esto antes o después de haber sido operado?		

## XII. Estudios médicos y/o investigaciones científicas

	No	Sí
48. ¿Ha sido usted sometido/a a algún tipo de estudio médico o científico? (Si responde <b>NO</b> saltar a pregunta N°52)		
49. ¿Fue forzado/a a hacerlo?		
50. ¿Qué le dijeron acerca del estudio médico?		
51. ¿Le contaron esto antes o después de haber participado del estudio médico?		

### XIII. Tratos denigrantes

	No	Sí
52. ¿Ha sido usted desnudado en público o visto que le haya pasado a otros alguna vez?		

### XIV. Castigos y malos tratos

	No	Sí
53. ¿Ha vivido alguna situación que le haya traído problemas o algún tipo de castigo dentro del Hospital?		
54. ¿Ha sido usted castigado/a de alguna forma?		
55. ¿Ha visto a alguien que haya sido castigado/a de alguna forma?		
56. Solicitar al usuario/a describir cualquier situación respondida <b>SÍ</b> en las preguntas 53, 54 o 55)		

### XV. Descuidos en atención médica

	No	Sí
57. ¿Hay algo de su salud física que le preocupa y cree que necesita atención médica? (Si responde <b>NO</b> saltar a pregunta N°59)		
58. ¿Qué necesita?		

### XVI. Necesidades insatisfechas no manifestadas

	No	Sí
59. ¿Necesita algún tipo de ayuda o apoyo? (Si responde <b>NO</b> finalizar entrevista)		
60. ¿Qué necesita?		

**MUCHAS GRACIAS**