

CUESTIONARIO DE ONTARIO SOBRE PERCEPCIÓN DE LOS CUIDADOS DE SALUD MENTAL Y ADICCIONES (OPOC-CHILE)

Programas Ambulatorios

El siguiente cuestionario pregunta sobre su percepción acerca de la atención recibida en este programa de tratamiento. Su opinión es importante para identificar áreas fuertes y áreas en las que necesitamos mejorar.

Por favor, indique el grado en que usted está de acuerdo o en desacuerdo con cada una de las siguientes afirmaciones sobre su experiencia con este programa de tratamiento.

Para ello marque una "X" en la alternativa que mejor represente su opinión en cada caso. Marque sólo una alternativa. Considere que en cada afirmación se presentan 5 alternativas de respuesta, las cuales son:

1. Totalmente en desacuerdo
2. En desacuerdo
3. De acuerdo
4. Totalmente de acuerdo
- 5. No Aplica (N/A)***

***Marque la alternativa de respuesta No Aplica (N/A) cuando la situación descrita en la afirmación no sea aplicable a su realidad.**

Por favor comience a contestar, muchas gracias

Acceso / Ingreso a programa de tratamiento						
N°	Afirmación	Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo	No Aplica
1	El tiempo de espera para ser atendido(a) en este programa fue adecuado para mí.	1	2	3	4	N/A
2	Cuando solicité ayuda al principio del programa, los horarios disponibles fueron adecuados para mí.	1	2	3	4	N/A
3	Me resulta fácil llegar al Centro de Tratamiento	1	2	3	4	N/A
4	Desde el principio fui atendido(a) puntualmente en los horarios en que fui citado(a).	1	2	3	4	N/A
5	Desde el principio me sentí bienvenido(a).	1	2	3	4	N/A
6	Desde el principio recibí suficiente información acerca del programa y de las actividades disponibles para mí.	1	2	3	4	N/A

¿Tienes algún comentario sobre “Acceso / Ingreso al Programa de Tratamiento”?

Servicios Entregados						
N°	Afirmación	Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo	No Aplica
7	Comprendí bien mi plan de tratamiento.	1	2	3	4	N/A
8	El equipo del programa y yo nos pusimos de acuerdo sobre mi plan de tratamiento.	1	2	3	4	N/A
9	Cuando fue necesario, recibí ayuda para mis crisis o necesidades urgentes.	1	2	3	4	N/A
10	Recibí información clara acerca de mis medicamentos (por ejemplo, para qué sirven, efectos secundarios, etc.).	1	2	3	4	N/A
11	Fui derivado(a) o tuve acceso a otros servicios cuando fue necesario (por ejemplo, otras atenciones de salud, servicios sociales, etc.).	1	2	3	4	N/A

¿Tienes algún comentario sobre “Servicios Entregados”?

Participación / Derechos						
N°	Afirmación	Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo	No Aplica
12	Estuve involucrado(a) tanto como quise en las decisiones acerca de mi tratamiento.	1	2	3	4	N/A
13	Entendí que podía conversar mi opción de participar en ciertas actividades.	1	2	3	4	N/A
14	En el Centro de Tratamiento me comunicaron que mi información personal es confidencial.	1	2	3	4	N/A
15	Me sentí cómodo(a) haciendo preguntas acerca de mi tratamiento, incluyendo los medicamentos.	1	2	3	4	N/A
16	Sé cómo presentar un reclamo formal en esta Institución.	1	2	3	4	N/A

¿Tienes algún comentario sobre “Participación/Derechos”?

Equipo Terapéutico / Personal de Apoyo						
N°	Afirmación	Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo	No Aplica
17	Me pareció que el equipo del programa tenía los conocimientos y era competente/calificado.	1	2	3	4	N/A
18	Fui tratado(a) con respeto por el equipo del programa.	1	2	3	4	N/A
19	El equipo del programa tomó en consideración mis necesidades culturales (por ejemplo; religión, género, etnia y nacionalidad).	1	2	3	4	N/A
20	El equipo del programa confió en que yo podía cambiar y crecer como persona.	1	2	3	4	N/A
21	El equipo del programa comprendió y respondió a mis necesidades y preocupaciones.	1	2	3	4	N/A

¿Tienes algún comentario sobre “Equipo Terapéutico / Personal de Apoyo”?

Ambiente						
N°	Afirmación	Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo	No Aplica
22	En general, me pareció que las instalaciones eran acogedoras y cómodas (por ejemplo, la entrada, sala de espera, la decoración, y mi habitación en caso que aplique).	1	2	3	4	N/A
23	En general, me pareció que el espacio del programa estaba limpio y bien mantenido (por ejemplo, salas de atención, baño y mi habitación en caso que aplique).	1	2	3	4	N/A
24	Conté con un espacio privado para conversar asuntos personales con algún miembro del equipo.	1	2	3	4	N/A
25	Me sentí seguro(a) en las instalaciones en todo momento.	1	2	3	4	N/A
26	El programa se acomodó a mis necesidades relacionadas con mi movilidad, capacidad visual, capacidad auditiva, capacidad de aprendizaje, etc.	1	2	3	4	N/A

¿Tienes algún comentario sobre “Ambiente”?

Alta o Finalización del Tratamiento						
N°	Afirmación	Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo	No Aplica
27	El equipo del programa me ayudó a desarrollar un plan para cuando finalice el tratamiento.	1	2	3	4	N/A
28	Tengo un plan que podrá satisfacer mis necesidades después de que finalice el tratamiento.	1	2	3	4	N/A
29	El equipo del programa me ayudó a identificar dónde obtener apoyo después de que finalice el tratamiento.	1	2	3	4	N/A

¿Tienes algún comentario sobre “Alta o Finalización del Tratamiento”?

Experiencia General						
N°	Afirmación	Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo	No Aplica
30	El tratamiento que he recibido me ha ayudado a enfrentar de mejor manera los desafíos de mi vida.	1	2	3	4	N/A
31	Creo que el tratamiento entregado en este programa es de alta calidad.	1	2	3	4	N/A
32	Si un amigo(a) tuviera un problema similar, le recomendaría este programa.	1	2	3	4	N/A

¿Tienes algún comentario acerca de “Experiencia General”?

CUESTIONARIO DE ONTARIO SOBRE PERCEPCIÓN DE LOS CUIDADOS DE SALUD MENTAL Y ADICCIONES (OPOC-CHILE)

Programas Residenciales

El siguiente cuestionario pregunta sobre su percepción acerca de la atención recibida en este programa de tratamiento. Su opinión es importante para identificar áreas fuertes y áreas en las que necesitamos mejorar.

Por favor, indique el grado en que usted está de acuerdo o en desacuerdo con cada una de las siguientes afirmaciones sobre su experiencia con este programa de tratamiento.

Para ello marque una "X" en la alternativa que mejor represente su opinión en cada caso. Marque sólo una alternativa. Considere que en cada afirmación se presentan 5 alternativas de respuesta, las cuales son:

1. Totalmente en desacuerdo
2. En desacuerdo
3. De acuerdo
4. Totalmente de acuerdo
5. **No Aplica (N/A)***

***Marque la alternativa de respuesta No Aplica (N/A) cuando la situación descrita en la afirmación no sea aplicable a su realidad.**

Por favor comience a contestar, muchas gracias

Acceso / Ingreso a programa de tratamiento						
N°	Afirmación	Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo	No Aplica
1	El tiempo de espera para ser atendido(a) en este programa fue adecuado para mí.	1	2	3	4	N/A
2	Cuando solicité ayuda al principio del programa, los horarios disponibles fueron adecuados para mí.	1	2	3	4	N/A
3	Me resulta fácil llegar al Centro de Tratamiento	1	2	3	4	N/A
4	Desde el principio fui atendido(a) puntualmente en los horarios en que fui citado(a).	1	2	3	4	N/A
5	Desde el principio me sentí bienvenido(a).	1	2	3	4	N/A
6	Desde el principio recibí suficiente información acerca del programa y de las actividades disponibles para mí.	1	2	3	4	N/A

¿Tienes algún comentario sobre “Acceso / Ingreso al Programa de Tratamiento”?

Servicios Entregados						
N°	Afirmación	Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo	No Aplica
7	Comprendí bien mi plan de tratamiento.	1	2	3	4	N/A
8	El equipo del programa y yo nos pusimos de acuerdo sobre mi plan de tratamiento.	1	2	3	4	N/A
9	Cuando fue necesario, recibí ayuda para mis crisis o necesidades urgentes.	1	2	3	4	N/A
10	Recibí información clara acerca de mis medicamentos (por ejemplo, para qué sirven, efectos secundarios, etc.).	1	2	3	4	N/A
11	Fui derivado(a) o tuve acceso a otros servicios cuando fue necesario (por ejemplo, otras atenciones de salud, servicios sociales, etc).	1	2	3	4	N/A

¿Tienes algún comentario sobre “Servicios Entregados”?

Participación / Derechos						
N°	Afirmación	Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo	No Aplica
12	Estuve involucrado(a) tanto como quise en las decisiones acerca de mi tratamiento.	1	2	3	4	N/A
13	Entendí que podía conversar mi opción de participar en ciertas actividades.	1	2	3	4	N/A
14	En el Centro de Tratamiento me comunicaron que mi información personal es confidencial.	1	2	3	4	N/A
15	Me sentí cómodo(a) haciendo preguntas acerca de mi tratamiento, incluyendo los medicamentos.	1	2	3	4	N/A
16	Sé cómo presentar un reclamo formal en esta Institución.	1	2	3	4	N/A

¿Tienes algún comentario sobre “Participación/Derechos”?

Equipo Terapéutico / Personal de Apoyo						
N°	Afirmación	Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo	No Aplica
17	Me pareció que el equipo del programa tenía los conocimientos y era competente/calificado.	1	2	3	4	N/A
18	Fui tratado(a) con respeto por el equipo del programa.	1	2	3	4	N/A
19	El equipo del programa tomó en consideración mis necesidades culturales (por ejemplo; religión, género, etnia y nacionalidad).	1	2	3	4	N/A
20	El equipo del programa confió en que yo podía cambiar y crecer como persona.	1	2	3	4	N/A
21	El equipo del programa comprendió y respondió a mis necesidades y preocupaciones.	1	2	3	4	N/A

¿Tienes algún comentario sobre “Equipo Terapéutico / Personal de Apoyo”?

Ambiente						
N°	Afirmación	Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo	No Aplica
22	En general, me pareció que las instalaciones eran acogedoras y cómodas (por ejemplo, la entrada, sala de espera, la decoración, y mi habitación en caso que aplique).	1	2	3	4	N/A
23	En general, me pareció que el espacio del programa estaba limpio y bien mantenido (por ejemplo, salas de atención, baño y mi habitación en caso que aplique).	1	2	3	4	N/A
24	Conté con un espacio privado para conversar asuntos personales con algún miembro del equipo.	1	2	3	4	N/A
25	Me sentí seguro(a) en las instalaciones en todo momento.	1	2	3	4	N/A
26	El programa se acomodó a mis necesidades relacionadas con mi movilidad, capacidad visual, capacidad auditiva, capacidad de aprendizaje, etc.	1	2	3	4	N/A

¿Tienes algún comentario sobre “Ambiente”?

Alta o Finalización del Tratamiento						
N°	Afirmación	Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo	No Aplica
27	El equipo del programa me ayudó a desarrollar un plan para cuando finalice el tratamiento.	1	2	3	4	N/A
28	Tengo un plan que podrá satisfacer mis necesidades después de que finalice el tratamiento.	1	2	3	4	N/A
29	El equipo del programa me ayudó a identificar dónde obtener apoyo después de que finalice el tratamiento.	1	2	3	4	N/A

¿Tienes algún comentario sobre “Alta o Finalización del Tratamiento”?

Experiencia General						
N°	Afirmación	Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo	No Aplica
30	El tratamiento que he recibido me ha ayudado a enfrentar de mejor manera los desafíos de mi vida.	1	2	3	4	N/A
31	Creo que el tratamiento entregado en este programa es de alta calidad.	1	2	3	4	N/A
32	Si un amigo(a) tuviera un problema similar, le recomendaría este programa.	1	2	3	4	N/A

¿Tienes algún comentario acerca de “Experiencia General”?

Pacientes en Programa Residencial						
N°	Afirmación	Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo	No Aplica
33	El centro me entregó alternativas de mi interés para usar en mi tiempo libre.	1	2	3	4	N/A
34	Las reglas sobre el contacto con mi familia y amigos fueron apropiadas para mis necesidades.	1	2	3	4	N/A
35	Las instalaciones fueron adecuadas para las visitas de mi familia y amigos (por ejemplo, privacidad, nivel de comodidad).	1	2	3	4	N/A
36	El espacio de mi habitación y sus alrededores fueron cómodos para dormir (por ejemplo, tamaño, nivel de ruido, iluminación).	1	2	3	4	N/A
37	La calidad de la comida fue buena.	1	2	3	4	N/A
38	Se tomaron en consideración mis necesidades de dieta especial (por ejemplo, diabética, vegetariana, etc.).	1	2	3	4	N/A

¿Tienes algún comentario acerca de “Programa Residencial”?
