



**UNIVERSIDAD
DE ANTIOQUIA**

Percepción de pacientes con trastornos alimenticios sobre la calidad de la atención recibida en los servicios asistenciales en la ciudad de Medellín en el año 2021

**Mejía Escobar Sara Yulieth
Rodas Cataño Ingrid Tatiana**

**Universidad de Antioquia
Facultad Nacional de Salud Publica
“Héctor Abad Gómez”
Medellín, Colombia
2022**



Percepción de pacientes con trastornos alimenticios sobre la calidad de la atención recibida en los servicios asistenciales en la ciudad de Medellín en el año 2021

**Sara Yulieth Mejía Escobar
Ingrid Tatiana Rodas Cataño**

**Trabajo de grado para optar al título de
Administrador en Salud – Énfasis en Gestión de Servicios de Salud**

**Asesor
Steven Orozco Arcila**

**Universidad de Antioquia
Facultad Nacional de Salud Pública
“Héctor Abad Gómez”
Medellín, Colombia
2022**

Dedicatorias

En primer lugar, dedico este trabajo a Dios, por darme la gran oportunidad de ingresar a la universidad, y por haberme guiado durante todo mi proceso de formación profesional, especialmente en la ejecución del presente proyecto.

A mis padres, por su comprensión, paciencia, y esfuerzos desinteresados, mismos que me han llevado a cumplir un sueño más, por brindarme su compañía en todo momento, por enseñarme a luchar por lo que quiero; y por todos los valores que me han inculcado, los cuales me han permitido convertirme en la persona que hoy soy.

A mi hermano, una de las personas más importantes en mi vida, por ese gran soporte que ha sido desde siempre para mí, por su cariño, sus consejos y por procurar en todo momento mi bienestar.

Sara Mejía

A Dios por haberme permitido entrar a la Universidad de Antioquia, por guiarme en la elección de mi profesión y por la satisfacción de estudiar lo que realmente me enardece.

A mi insuperable y hermosa madre por su cariño, sus consejos, su esforzada labor de apoyarme y motivarme para nunca desistir a mi formación profesional. ¡Que Dios nos permita mucho tiempo más juntas!

A mi preciosa hija por su comprensión al poco tiempo que podía dedicarle en ocasiones, debido a mi formación profesional y a mi trabajo. Quiero que te sientas muy orgullosa de tu madre, que tengas siempre en tu corazón la fortaleza para luchar por

tus propias convicciones y sueños, con mucho amor y respeto por ti misma.

Tatiana Rodas

Agradecimientos

Llegado este momento, agradecemos en primer lugar a Dios por la sabiduría, la fortaleza y el entendimiento brindado para la culminación de nuestra carrera y el proyecto en cuestión.

A nuestras familias, por el apoyo incondicional, por su amor inigualable, por confiar siempre en nosotras, y por darnos la oportunidad de acceder a una buena educación.

A nuestro asesor, Steven Orozco Arcila, por el constante acompañamiento, las oportunas orientaciones y el tiempo dedicado durante nuestra formación en cada una de las asesorías.

A Diana Cortina, profesora de la universidad, por haber sido mediadora en la consecución de la población de estudio.

A las directivas de la Universidad de Antioquia, especialmente a los profesores y demás personal de la Facultad Nacional de Salud Pública – Héctor Abad Gómez, por su compromiso y colaboración en cada uno de los asuntos que fueron necesarios para realizar la investigación.

A los participantes del estudio, por el tiempo dedicado y la información suministrada, mediante la cual se pudo dar cumplimiento a los objetivos planteados.

A mi compañera Tatiana Rodas, con la cual he venido trabajando desde el inicio, y con quien comparto además el desarrollo de este trabajo, por la disposición, compromiso y empeño que tuvo a lo largo de este proceso, por no rendirse a pesar de las adversidades; pero sobre todo por enseñarme que en la vida no hay cosas imposibles, sino personas incapaces de luchar por ellas.

A Sara Mejía, quien ha sido mi compañera desde que iniciamos este arduo proceso de formación y quien es mi colega en este trabajo de grado, mil y mil gracias, por ser una persona tan especial, tan comprensiva y tan dedicada, solo tengo gratitud por el gran apoyo que me brindaste durante toda la carrera y por tu compromiso en este trabajo.

Finalmente, extendemos nuestros agradecimientos a todas aquellas personas que de una u otra manera hicieron parte de esta investigación.

Contenido

1. Planteamiento del problema	17
2. Justificación	23
3. Objetivos	25
3.1. Objetivo general	25
3.2. Objetivos específicos	25
4. Marcos.....	26
4.1. Marco conceptual.....	26
4.2. Marco Teórico.....	27
4.2.1. Modelo de calidad de la atención de salud del Dr. Avedis Donabedian.....	29
4.2.2. Tipos de trastornos de comportamiento alimentario	31
4.2.3. Estado del arte.....	32
4.3. Marco legal.....	38
4.3.1. Decreto 2309 de 2002.....	38
4.3.2. Decreto 1011 de 2006.....	38
4.3.3. Resolución 13437 de 1991.....	38
4.3.4. Resolución 3100 de 2019	39
5. Metodología.....	40
5.1. Población participante y muestra.....	44
5.2. Recolección de información	46
5.2.1. Transcripción de las entrevistas	50
5.2.2. Análisis de la información.....	50
6. Aspectos éticos	52
6.1. Declaración de Helsinki.....	52
6.2. Informe Belmont.....	53
6.3. Declaración de Singapur	53
6.4. Pautas Consejo de Organizaciones Internacionales de las Ciencias Médicas (CIOMS).....	53
7. Riesgo en la investigación	54
8. Viabilidad y factibilidad.....	56
9. Resultados.....	57
9.1. Vivencias proceso salud- enfermedad-atención	58
9.2. Estructura de la atención.....	62

9.3. Proceso de atención.....	63
9.4. Resultados de la atención	65
10. Limitaciones del estudio.....	69
11. Discusión	70
12. Conclusiones	75
13. Recomendaciones	77
14. Referencias	78
15. Anexos	90

Lista de Tablas

Tabla 1. Variables de frecuencia y magnitud.....	54
Tabla 2. Sistema categorial construido.....	58

Lista de Anexos

Anexo 1. Formato entrevista	89
Anexo 2. Formato consentimiento informado	93

Siglas, acrónimos y abreviaturas

TCA	Trastornos de la Conducta Alimentaria
AN	Anorexia Nerviosa
BN	Bulimia Nerviosa
TCANE	Trastornos de la Conducta Alimentaria no Especificado
AP	Atención Primaria
AE	Atención Especializada
UPC	Unidad de Pago por Capitación
EPS	Entidad Promotora de Salud
OMS	Organización Mundial de la Salud
IOM	Instituto de Medicina
CI	Consentimiento Informado
GAM	Grupo de Ayuda Mutua
GPC	Guía de Práctica Clínica

Resumen

En un sector cada vez más exigente, las diversas percepciones de los pacientes respecto a los servicios de salud a los cuales acceden han ido tomando mayor relevancia, teniendo en cuenta que estas sirven como evaluación entorno a aspectos administrativos, de infraestructura, de recurso humano, etc, de los centros asistenciales, y las cuales permiten llevar a cabo un seguimiento a los estándares de calidad empleados en la prestación de la atención sanitaria.

El objetivo principal de la investigación fue describir la percepción de pacientes con trastornos alimenticios sobre la calidad de la atención recibida en los servicios asistenciales en la ciudad de Medellín en el año 2021, dado el aumento de casos sobre estos padecimientos y la ausencia de literatura que dé cuenta si la atención recibida por la población afectada se encuentra entre los límites de oportunidad e idoneidad.

Para la realización del estudio, se empleó un enfoque cualitativo, orientado hacia el estudio de caso, y fundamentado en la entrevista en profundidad como instrumento de recolección de la información a través de fuentes primarias.

Los resultados de la investigación, permiten evidenciar falencias en la prestación de los servicios de salud entorno a los trastornos alimenticios, principalmente en cuanto al recurso humano, ya que se identificó que estos no están lo suficientemente calificados para brindar una atención de calidad.

Palabras clave: Percepción, calidad en la atención, trastornos alimenticios, servicios asistenciales.

Abstract

In an increasingly demanding sector, the different perceptions of patients regarding the health services to which they access have become more relevant, taking into account that these serve as an evaluation regarding administrative, infrastructure, human resource, etc, of the care centers, and which allow monitoring of the quality standards used in the provision of health care.

The main objective of the research was to understand the perception of patients with eating disorders about the quality of care received in care services in the city of Medellín in 2021, given the increase in cases of these conditions and the absence of literature that determine whether the care received by the affected population is between the limits of opportunity and appropriateness.

To carry out the study, a qualitative approach was used, oriented towards the case study, and based on the in-depth interview as an instrument for collecting information through primary sources.

The results of the investigation, allowed to show shortcomings in the provision of health services around eating disorders, mainly in terms of human resources, since it was identified that they are not sufficiently qualified to provide quality care.

Keywords: Perception, quality of care, eating disorders, care services.

Glosario

Propulsión: Se refiere al impulso que se le da a algo para que avance o se desplace, ya sea en sentido físico o simbólico. La propulsión, por lo tanto, es un desplazamiento que se produce mediante la acción de una fuerza. Se genera mediante la fuerza de los músculos de una persona (1).

Purgación: Acción de purificación o de limpieza. Por lo tanto, puede consistir en eliminar aquello que es sobrante, innecesario o dañino es eliminar sustancias tóxicas o desechos del organismo (2).

Neurotransmisores: Biomoléculas que transmiten la comunicación de una neurona a otra mediante un proceso llamado sinapsis. Es decir, los neurotransmisores son los que permiten la comunicación entre neurona (3).

Autoinanición: Extrema debilidad física provocada por la falta de alimento, grave reducción en los nutrientes, vitaminas e ingesta de energía. Es la forma más extrema de malnutrición, consecuencia de la prolongada insuficiencia de alimentos. Se caracteriza por pérdida extrema de peso, disminución de la tasa metabólica y debilidad extrema (4).

Lanugo: El lanugo es un término que hace referencia a un tipo de vello corporal muy fino, el cual crece como aislante de la piel como respuesta a la ausencia de grasa. Aunque no se tenga claro el porqué de la aparición de estas vellosidades en los pacientes con trastornos alimenticios este podría ser una labor protectora de la piel debido a la pérdida de grasa (5).

Constipación: Es un síntoma que se refiere al tránsito intestinal poco frecuente. Se produce por una dieta baja en líquidos y fibra, deshidratación, no hacer suficiente actividad física (6).

Emaciación: Se trata de un adelgazamiento patológico, también conocido como síndrome consuntivo. Es la pérdida involuntaria de más del 10% del peso corporal, especialmente de masa muscular y de por lo menos 30 días ya sean de diarrea o de debilidad, y fiebre (7).

Introducción

La calidad en los servicios de salud es un aspecto fundamental para el buen ejercicio de la práctica médica. El paciente debe recibir la atención necesaria y por consiguiente solución a la mayor brevedad y de la mejor manera del problema por el cual acude al servicio. El proceso de la atención se relaciona directamente con la calidad del servicio, por lo que dirigir esfuerzos que aseguren que el personal de salud desarrolle de la mejor manera posible los procesos diagnósticos, terapéuticos, de promoción de la salud y de servicios en general, contribuye en mayor medida a garantizar una buena calidad de atención (8).

Por su parte, SEMPE (9, p.6) menciona que los trastornos de la conducta alimentaria (TCA) son considerados enfermedades psiquiátricas de gran variabilidad y presentación que se caracterizan por una alteración persistente de la conducta relacionada con el hecho de alimentarse, las cuales impactan negativamente sobre la salud, especialmente a nivel nutricional, así como las capacidades psicosociales de aquellos que la padecen, siendo indispensable en el tratamiento un enfoque multidisciplinar.

Estos trastornos constituyen un problema de salud pública por su prevalencia, gravedad, tendencia a la cronicidad, necesidad de tratamiento especializado y frecuente hospitalización. Su eje principal es la insatisfacción con el peso y la imagen corporal. La población principalmente afectada suelen ser las mujeres, pues estas presentan desordenes en la conducta alimentaria con mayor frecuencia que los hombres (10).

Según la American Psychiatric Association (11, p.5), “los TCA se encuentran en el grupo de trastornos mentales conductuales. Estos trastornos incluyen varios tipos como la pica, el trastorno de rumiación, el trastorno de evitación o restricción de alimentos, la anorexia nerviosa, la bulimia nerviosa, trastornos de la conducta alimentaria no especificados y el trastorno de atracones”.

La escasez de estudios sobre la percepción de la calidad de la atención recibida en servicios asistenciales que atienden TAC” en Colombia, ha llevado a la realización de esta investigación, teniendo en cuenta que la cantidad de personas afectadas es cada vez mayor, y que la calidad en la atención es fundamental para su recuperación. La

elaboración de este estudio no solo va a contribuir en la parte académica en temas de investigación para desarrollos futuros, sino que además va a servir como instrumento para que las respectivas autoridades en salud centren sus esfuerzos en esta problemática e implementen estrategias preventivas y de promoción con el fin de garantizar una atención adecuada a los trastornos en la alimentación y lograr la consecución de una sociedad más saludable.

1. Planteamiento del problema

El concepto de calidad visto desde el ámbito de la salud, tiene diferentes significados; existen quienes la definen como el “desempeño adecuado de acuerdo con las normas en las intervenciones consideradas seguras, que están al alcance de las sociedades en cuestión y que tiene la capacidad de producir un impacto en la mortalidad, morbilidad, discapacidad y malnutrición” (12,p.180) y también, quienes consideran que “la calidad es hacer lo correcto de la manera correcta la primera vez, y hacerlo mejor la vez siguiente, con las limitaciones de los recursos existentes y con la satisfacción de la comunidad” (12,p.181).

De acuerdo a lo anterior, se puede comentar que la calidad significa brindar una solución segura a las dificultades o circunstancias médico-sanitarias que recaen sobre determinada población y que involucra la complacencia de los pacientes, sus familias y la comunidad en general que hace uso de estos servicios (12). El significado de calidad se ha ido uniendo a la atención médica, desde hace varios años, los servicios de salud se han interesado porque la atención que se proporcione a los usuarios sea de calidad (13).

La calidad relacionada con los servicios de atención, es el nivel de excelencia que la empresa escoge y se impone como norma, para satisfacer las necesidades del cliente. Si la institución llega a tener un nivel de importancia que le diferencia de otras instituciones, ésta, va a ser preferida y tendrá mayor nivel de afluencia de solicitantes de servicio (14).

Según Aguirre (14, p.19) la calidad de la atención médica consiste en “otorgar atención médica al usuario con oportunidad, conforme a los conocimientos médicos y principios éticos vigentes, que permita satisfacer sus necesidades de salud y sus expectativas”.

La calidad en un servicio de salud abarca diferentes factores físicos, técnicos y científicos, administrativos, de comunicación y relaciones humanas entre otros; la calidad obliga a mejorar a todos los agentes que contribuyen a una satisfactoria atención, y a su vez permite que el personal no tenga alteraciones emocionales por privación de alguna necesidad para el normal desenvolvimiento del ofertante (14).

Presentadas las anteriores definiciones, en este trabajo se dará significado a la calidad de la atención de acuerdo con Avedis Donabedian (34, p. 10), el cual la define “como aquella que se espera que pueda proporcionar al usuario el máximo y más completo bienestar después de valorar el balance de ganancias y pérdidas que pueden acompañar el proceso en todas sus partes”.

Para los usuarios, la calidad se define como aquella que garantiza una atención oportuna a través de aspectos como el trato, la calidad humana del personal encargado de atenderlos y, la adecuada y pronta recuperación de sus dolencias (15).

El campo de la psicología define la percepción (16, p.2) “como el proceso cognitivo de la conciencia que consiste en el reconocimiento, interpretación y significación para la elaboración de juicios en torno a las sensaciones obtenidas del ambiente físico y social, en el que intervienen otros procesos psíquicos entre los que se encuentran el aprendizaje, la memoria y la simbolización”.

La percepción de la calidad de los servicios de salud es muy subjetiva y depende de la opinión de cada individuo: el usuario que desea recibir una atención integral que cumpla con sus necesidades, el personal de salud que busca brindar una atención conforme dentro de los parámetros establecidos por cada institución, y las instituciones de salud que buscan contar con un equipo interdisciplinario capacitado que realicen bien su trabajo (17).

Para efectos de la presente investigación, la percepción será definida según Arellano (18, p.666) “como el proceso por el cual un individuo selecciona, organiza e interpreta los estímulos para integrar una visión significativa y coherente que lo rodea. Los usuarios toman decisiones basándose en lo que perciben, más que sobre la base de la realidad objetiva”.

En referencia a los trastornos de la conducta alimentaria (TCA), es preciso decir que estos se definen como alteraciones específicas y severas en la ingesta de los alimentos, observadas en personas que presentan modelos desfigurados en el momento de comer y que se caracterizan, por comer en exceso o por dejar de hacerlo; lo anterior en respuesta a un impulso psíquico y no por una necesidad metabólica o biológica (19).

Este fenómeno constituye en la actualidad cuadros de gran relevancia social, especialmente en población de más alto riesgo: mujeres jóvenes y adolescentes de países desarrollados o en vías de desarrollo. En esta población se ha producido un incremento de dos a cinco veces en las cifras de prevalencia de TCA en las últimas tres décadas, aceptándose un porcentaje de 0,51% de anorexia nerviosa (AN), 1,3% de bulimia nerviosa (BN) y de aproximadamente 3% de Trastornos de la Conducta Alimentaria no Especificados (TCANE) (20).

En el caso de Medellín, Claudia Pimentel, del Centro Oliver Pyatt señala que esta ciudad es la capital de la moda en Latinoamérica y esto origina serios problemas en las jóvenes modelos y en las que quieren serlo (21).

Entre las causas más relevantes que se asocian con este tipo de trastornos se encuentran las psicológicas, interpersonales sociales y biológicas (22). Las consecuencias derivadas de estos trastornos afectan negativamente la salud y la capacidad de ejercer en diferentes planos importantes de su vida; además estos comportamientos pueden ocasionar secuelas desmedidas en la capacidad del cuerpo para conseguir la nutrición apropiada. Los trastornos pueden causar daños en el corazón, el aparato digestivo, los huesos, los dientes y la boca, y derivar en otras enfermedades (23).

Hay áreas de salud en las que se atiende a estos enfermos de manera coordinada entre Atención Primaria (AP) y Atención Especializada (AE), e inclusive cuando el nivel de perjuicio lo permite, el seguimiento ambulatorio se ejecuta de manera coordinada entre salud mental y AP únicamente. No obstante, existen otras áreas donde no hay reglas aprobadas, ni se cuenta con guías metodológicas o protocolos, pero esto no exonera de intentar realizar un trabajo con la mayor calidad posible para estos pacientes (24).

La prevención primaria tiene como propósito coartar los episodios de la enfermedad (TCA), mediante la intervención de los orígenes y la exposición a factores de riesgo, además también el aumento de la resistencia de los pacientes al tratamiento. Indiscutiblemente, el primer paso para instaurar medidas de prevención primaria es identificar las exposiciones pertinentes y evaluar su impacto sobre el riesgo de enfermar en el paciente y en la población (25).

Al momento de enfocar la investigación en la percepción que tienen los pacientes con trastornos alimenticios sobre la calidad de la atención que reciben, con el fin de sanar esta enfermedad, se refleja una nulidad de información.

Es oportuno mencionar que, aunque en la ciudad se han impulsado algunas estrategias entorno a los trastornos alimenticios, como lo fue la creación de la Red de Prevención de la Anorexia y la Bulimia, implementada en el año 2004 por la ex primera dama, la psiquiatra Lucrecia Ramírez; dados los altos índices de adolescentes con esta enfermedad, no se han llevado a cabo nuevos estudios sobre este fenómeno en la ciudad. Además, tampoco se tiene conocimiento preciso sobre recientes análisis de proyectos, que permitan dar cuenta de cuál es la percepción de la calidad que tienen los pacientes que padecen un TCA, sobre la atención que reciben.

En este sentido, cabe precisar que hasta el momento en Colombia no se han realizado estudios sobre la temática a tratar, o por lo menos así lo demuestra la escasez de información en las bases bibliográficas. Esto se sustenta luego de realizar una revisión de bibliografía en las diferentes bases de datos como lo son Scielo, Redalyc, Ebsco, Bireme, PubMed, etc., en las cuales se encontraron alrededor de 40 documentos, entre artículos de revistas, tesis de grado y documentos en la web; mismos que estaban enfocados en los trastornos alimenticios, sus causas, consecuencias, clasificaciones y demás, pero ninguno que diera cuenta de la calidad de la atención que se reciben la población con este tipo de diagnóstico.

Por lo general las personas que padecen trastornos de la conducta alimentaria sufren de depresión, de baja autoestima, y quieren hacer todo lo posible por tener un cuerpo perfecto o incluso como consecuencia de su ansiedad comen en grandes cantidades; estos factores pueden desencadenar en aspectos graves que no solamente afectan a los pacientes como tal sino también a su círculo social y familiar.

Respecto a la prestación de servicios de salud de tipo alimentario, la resolución 05269 de 2017 indica que la población menor de 18 años puede recibir hasta sesenta (60) sesiones de psicoterapia individual, en total por psicólogo y médico especialista competentes, durante el año calendario y hasta sesenta (60) terapias grupales, familiares

y de pareja, en total por psicólogo y médico especialista competentes, durante el año calendario (26).

Además, el Plan de Beneficios en salud con cargo a la UPC, también financia la internación de dicha población. En la fase aguda, la financiación con recursos de la UPC para la hospitalización podrá extenderse hasta 180 días, continuos o discontinuos por año calendario (26).

Lo anterior, permite evidenciar que la oferta de servicios no solo para los trastornos alimenticios, sino también para los trastornos mentales en general, es muy poca e insuficiente en el país. Esto se ratifica con lo expresado por la Corte Constitucional a través de la Sentencia T-094 (27, p.1), en la cual se manifiesta que “ante una enfermedad como estas resulta absolutamente insuficiente un tratamiento de 30 días de atención psicológica, cuando la realidad ha demostrado que este tipo de pacientes necesitan un tratamiento integral, muchas veces interno, que implique tanto atención psiquiátrica como física para evitar las graves consecuencias que estas enfermedades acarrearán”.

A esto se suma que todas las personas reciben el mismo tratamiento, independiente de si la enfermedad les genera más malestares. Además, no existe un enfoque de género que permita diferenciar a hombres y mujeres; únicamente se hace énfasis en la bulimia y la anorexia, sin dejar de lado la exclusión que se hace a personas mayores de 18 años (27).

Así mismo, de acuerdo con la presente sentencia, se puede concluir que la calidad con la que se prestan dichos servicios no está siendo la mejor; ya que muchas veces la situación de los pacientes se agrava y la EPS no tiene como brindarles más tratamiento o incluso el que les brinda no es el adecuado, lo cual hace que estos tengan que buscar lugares más especializados, asumiendo los costos por la atención que van a recibir, para poder así dar solución a sus patologías y mejorar su calidad de vida (27).

Dado esto, resulta necesario investigar sobre la percepción que tienen estas personas con respecto a la calidad de la atención, lo cual involucra aspectos que van desde el trato que se les brinda, hasta la comprensión de la enfermedad que padecen. En el sector salud, Donabedian (28, p.1) sistematizó la evaluación de la calidad de la atención

conceptualizándola como una triada compuesta por "la estructura, el proceso y el resultado", marcando la evolución conceptual y metodológica del término en el ámbito de la salud.

Es de vital importancia para nosotras como futuras administradoras en salud, investigar sobre esta problemática, ya que toca nuestro campo de acción, además de ser un estudio que no se ha desarrollado antes en el país y que deja en evidencia la falta de esfuerzos para atender estos trastornos, olvidando que el número de personas afectadas va en aumento cada vez más.

Con base en lo planteado anteriormente, se desea investigar cómo es la percepción que tienen los pacientes con diagnóstico de trastornos alimenticios, sobre la calidad de la atención que reciben. Básicamente queremos saber cómo es tratada esta población, cual es el nivel de comprensión que se tiene sobre la patología que padecen y como contribuyen en la recuperación de estos.

Lo dicho hasta ahora, representa una oportunidad para abrir camino en estudios que aborden esta problemática, tanto a nivel nacional como internacional; para lograr así una detección temprana del trastorno, y evitar que el índice de mortalidad aumente.

Ante este panorama, surge la siguiente pregunta de investigación.

¿Cómo ha sido la percepción de los pacientes con trastornos alimenticios sobre la calidad de la atención recibida en los servicios asistenciales en la ciudad de Medellín en el año 2021?

2. Justificación

La calidad en la atención es un tema fundamental al momento de prestar un servicio. En esta influyen aspectos que van desde el trato, tiempos de espera, efectividad y oportunidad, empatía y capacidad de respuesta frente a las necesidades de los pacientes. El contar con altos estándares de calidad en la atención de los servicios permite solucionar de la mejor manera las dificultades en salud que presentan los usuarios y ayudarles a conseguir una mejor calidad de vida.

En la actualidad se evidencia un aumento en los índices de trastornos alimentarios, la tendencia hacia el perfeccionismo, la baja autoestima y la alteración en el estado de ánimo. Si bien las cifras de las personas que sobrellevan este tipo de trastornos no son muy prominentes en proporción a otros problemas de salud, es importante tener en cuenta que son complicaciones que no tienen una intervención o impacto fuerte en referencia a otros entornos de salud en general.

Por lo anterior, la presente investigación se centrará en describir la percepción de los pacientes sobre la calidad de la atención que reciben a través de los servicios asistenciales en Medellín.

Consideramos importante realizar esta investigación, ya que, de acuerdo con la revisión bibliográfica realizada, de 9 artículos adicionales a los ya mencionados anteriormente, no solo en la ciudad de Medellín, sino a nivel país, teniendo como referencia bases de datos como Scielo, Redalyc, Bireme, Ebsco, PubMed, entre otras, no se encontró un solo artículo o estudio que tratara esta problemática. Es por esto, que con el desarrollo del presente trabajo se quiere abordar este tema, mismo que involucra a los diferentes actores de la sociedad y al cual no se le da la importancia que amerita, ni en términos de investigación ni de intervención, lo cual queda reflejado en los vacíos que hay en la literatura; y trayendo como consecuencias que la población afectada no busque la ayuda adecuada y se termine poniendo en riesgo su vida.

En esta misma línea, es pertinente el desarrollo del estudio pues teniendo en cuenta que no existen investigaciones sobre esta problemática en Medellín y que esta es la ciudad que presenta mayor número de casos de trastornos alimenticios documentados.

La investigación es relevante, ya que este tema es considerado como un problema de salud pública, y desde nuestro campo de acción deseamos contribuir en temas de información, que se tenga más concientización de lo fundamental que es prestar una atención de calidad, para que tanto los pacientes como sus familiares puedan lograr una completa recuperación.

En este mismo sentido, el trabajo es fundamental para la salud pública, ya que los trastornos alimenticios se enmarcan en varias enfermedades crónicas, e incluso son considerados como un tipo de epidemia silenciosa, donde los casos están en un constante aumento y lastimosamente no se están empleando las estrategias necesarias para prevenir y contrarrestar este tipo de afecciones. Dado esto, el Estado debe entrar a diseñar e implementar políticas que garanticen que las personas que presenten este tipo de enfermedades reciban atención de calidad, pues los pocos programas que existen en la ciudad son privados; generándose así barreras de acceso para aquellas personas que no cuentan con los recursos necesarios para pagar su tratamiento, corriéndose el riesgo de que su salud física y mental empeore, y en el peor de los escenarios se produzca la muerte.

Finalmente, desde la administración en salud, esta investigación sirve como herramienta para aprender a gestionar la calidad de los procesos en salud e implementar acciones de mejora continua, con el fin de brindar atención adecuada a los pacientes y lograr la satisfacción de los mismos.

3. Objetivos

3.1. Objetivo general

Describir la percepción de pacientes con trastornos alimenticios sobre la calidad de la atención recibida en los servicios asistenciales en la ciudad de Medellín en el año 2021.

3.2. Objetivos específicos

- Identificar las vivencias del proceso salud – enfermedad - atención de los pacientes.
- Reconocer las percepciones que tienen los pacientes frente a la estructura de la atención recibida.
- Reconocer las percepciones que tienen los pacientes sobre el proceso de la atención recibida.
- Reconocer las percepciones que tienen los pacientes sobre el resultado de la atención recibida.

4. Marcos

4.1. Marco conceptual

Para una mejor comprensión del lector, se ahondará en diferentes conceptos, los cuales darán una idea más clara de la investigación.

Calidad: La organización mundial de la salud (OMS) (29, p.11), define la calidad como “una extensión sanitaria de alta calidad, que identifica las necesidades de salud de los individuos o de la población de una forma total y precisa y destina los recursos necesarios (humanos y otros) a estas necesidades, de forma oportuna y tan efectiva como el estado actual del conocimiento lo permite”.

La Comisión Conjunta de Acreditación de Organizaciones de Salud (Joint Commission on Accreditation of Health Care Organization, JCAHCO) de los Estados Unidos, es una institución del más alto prestigio en la materia y definen la calidad de la atención de una forma muy simple: “Hacer las cosas correctas y hacerlas bien” (Fajardo, Hernández & Aguilar, 2012). Adicional el Instituto de Medicina (IOM) de los Estados Unidos, define la calidad de la atención como: “grado en que los servicios sanitarios para los individuos y las poblaciones aumentan la probabilidad de resultados de salud deseados y son consistentes con el estado actual de los conocimientos científicos” (Medicare, 1990) (29).

Percepción: Percepción, según Carterette y Friedman (30, p.10), es una parte esencial de la conciencia, es la parte que consta de hechos intratables y, por tanto, constituye la realidad como es experimentada.

La percepción según Barthey (30, p.10) no se usa solo en la psicología, sino que también es una palabra cuyos diversos significados son moneda corriente en el lenguaje común. Dice Barthey que según el diccionario 1. "La percepción es cualquier acto o proceso de conocimiento de objetos, hechos o verdades, ya sea mediante la experiencia sensorial o por el pensamiento; es una conciencia de los objetos, un conocimiento" 2. "La referencia que una sensación hace a un objeto externo" 3. "Un conocimiento inmediato o intuitivo, o juicio; un discernimiento análogo a la percepción sensorial con respecto a su inmediatez y al sentimiento de certidumbre que lo acompaña, frecuentemente implica una observación agradable o una discriminación”.

Percepción de calidad: La calidad percibida es la calidad que tiene un producto o servicio según la percepción del cliente. Es un criterio subjetivo y no tiene por qué coincidir con la calidad real u objetiva, que se basa en datos tangibles como las materias primas, el proceso de fabricación, la garantía o el servicio de postventa, etc. (31).

Atención: Se denomina atención (o asistencia) de la salud al conjunto de procesos a través de los cuales se concreta la provisión de prestaciones y cuidados de salud a un individuo, un grupo familiar, una comunidad y/o una población (32).

4.2. Marco Teórico

Desde la más remota antigüedad, la humanidad ha designado a la calidad una gran importancia. Desde 2.150 años antes de Cristo, el “Código de HAMMURABI” (Rey de Babilonia 1947 – 1905 AC) asignaba pena de muerte para el constructor; cuya edificación se derrumbara y matara a alguien. Por su parte, los fenicios amputaban una mano al responsable de algún producto de mala calidad y desajustado a las especificaciones oficiales. En la Edad Media la idea de calidad era sinónimo de perfección, y toda obra se consideraba imperfecta, si adolecía del más mínimo defecto. Ya para el siglo XIII, surgió la figura del aprendiz y los artesanos europeos se asociaron en gremios, enseñaban a los aprendices y verificaban las especificaciones de los productos; cuya calidad les enorgullecía (33).

En el siglo XIX, Florence Nightingale, inició un proceso de reformas para la mejora de la calidad de la atención en los hospitales. Las medidas incluían: limpieza, saneamiento básico, mejoras en la calidad de la alimentación y en su manipuleo, así como el establecimiento de una férrea disciplina y organización en la rutina hospitalaria. Este enfoque simple, fue una verdadera revolución en la época, que produjo una drástica disminución de la mortalidad intrahospitalaria (33).

La necesidad del hombre de mejorar efectivamente la atención de salud ha llevado a la motivación del desarrollo de varias experiencias y prácticas relacionadas con la investigación sobre la calidad en atención, ya que históricamente, a nivel internacional, la vigilancia de la calidad de la asistencia ha sido motivo de preocupación, como un

problema social y organizativo y ha significado un estilo de trabajo continuo y permanente (33).

Las bases conceptuales y metodológicas sobre la calidad de la atención en salud, publicadas en los ámbitos nacionales e internacionales durante los últimos 15 años, se han venido justificando en el modelo desarrollado por Donabedian en el año 1980. Donde el autor reconoce que la calidad de atención presenta dos dimensiones. La dimensión técnica, que se refiere a la aplicación de conocimientos para resolver los problemas de salud, y la dimensión interpersonal que es la interacción que se da entre los profesionales y el paciente al momento de proporcionar la atención. Ambas dimensiones son inseparables y ocurren de manera simultánea cada vez que una persona entra en contacto con los servicios de salud. También menciona que el personal de salud define la calidad de atención de distinta manera a los pacientes, para el personal de salud la calidad de atención se refiere a proporcionar un diagnóstico y tratamiento adecuado al paciente (34).

La calidad de la atención de salud consiste en proporcionar servicios de salud a los usuarios individuales y colectivos de forma accesible y equitativa, considerando el control entre beneficios, riesgos y costos, con el objetivo de obtener la adhesión y complacencia de los usuarios. En la investigación continua para perfeccionar los modelos de eficacia, eficiencia y efectividad del Sistema de Gestión de la Calidad, se refuerzan acciones de mejoramiento institucional e individual, que posibilitan modificar las desorientaciones que se presentan en el desarrollo de las actividades, en cumplimiento de la función de la entidad (35).

El concepto de calidad de la atención, también se relaciona con la satisfacción de las necesidades y exigencias que presenta el paciente, su entorno familiar y la sociedad en su totalidad. Se pretende transformaciones cuyo objetivo es alcanzar niveles de excelencia en las prestaciones, minimizando errores y perfeccionando el rendimiento de las instituciones prestadoras del servicio (36).

Para alcanzar la calidad en la atención en salud, se deben tener en cuenta elementos como un alto nivel de excelencia profesional, el uso eficiente de los recursos, un mínimo riesgo para el paciente, un alto nivel de satisfacción y la valoración del impacto final que

debe efectuarse comprendiendo tres dimensiones: la humana, la científico-técnica y la económico-financiera; como también, considerar Modelos de Atención que estén garantizados por el razonamiento científico y ético-social. Los miembros del equipo de salud deben participar en las políticas de calidad, especificando los objetivos generales que se desean lograr, como su planificación y estrategia, como también, la organización y ejecución de los programas y de vigilar los resultados con perspectiva a su permanente mejora (36).

4.2.1. Modelo de calidad de la atención de salud del Dr. Avedis Donabedian

A principios de la década de los 80, Avedis Donabedian formuló una base general para analizar la calidad en el campo de la atención de la salud. Este modelo se basa en la teoría general de sistemas y se utiliza con éxito en las instituciones de salud (33).

El modelo de Donabedian ha sido aplicado a un gran número de hospitales en todo el mundo, por ello, se lo considera como una de las máximas autoridades en el campo de la calidad del área de la salud (33).

El Dr. Donabedian publicó su primer artículo sobre la calidad de la atención médica en 1966 y ha producido los análisis más innovadores sobre este campo de investigación. Realizó una de las aportaciones más sustanciales al estudio de la calidad en el ámbito de la salud con un carácter multifactorial, donde la calidad es una propiedad de o un juicio sobre la unidad definible de la atención técnica e interpersonal (33).

El término calidad de la atención es ampliamente utilizado en el campo de la salud, sin embargo, lo que es una buena calidad de atención para una persona puede no serlo para otra, ello depende de la concepción de cada persona y de su cultura (33).

Donabedian (33 p.9) menciona que para poder evaluar la calidad de la atención en salud es necesario especificar los objetivos y los medios que más se ajusten para poder alcanzar dichos objetivos. “En la atención a la salud, el objetivo es mantener, restaurar y promover esta, por tanto, la calidad de la atención a la salud debe definirse como el grado en que los medios más deseables se utilizan para alcanzar las mayores mejoras posibles en la salud”.

Según Donabedian (33 p.10), son tres los componentes de la calidad asistencial a tener en cuenta:

El po técnico. “Es la aplicación de la ciencia y de la tecnología en el manejo de un problema de una persona de forma que rinda el máximo beneficio sin aumentar con ello sus riesgos”.

El componente interpersonal. “Está basado en el postulado de que la relación entre las personas debe seguir las normas y valores sociales que gobiernan la interacción de los individuos en general”.

El componente aspectos de confort. “Son todos aquellos elementos del entorno del usuario que le proporcionan una atención más comfortable”.

El mismo Donabedian, plantea tres enfoques de evaluación de la calidad de la atención sanitaria:

Estructura. Establece las características de los sitios donde se brindará la atención médica y si son adecuados se puede proporcionar una buena atención: instalaciones, equipos, presupuesto monetario. Los recursos humanos: número y calificación del personal, aspectos institucionales o gerenciales, organización del personal asistencial, métodos para su evaluación (33).

Proceso. Se consideran variables conexas al acceso de los pacientes a la institución, el grado de utilización de los servicios, la habilidad para realizar las acciones sobre los pacientes y todo aquello que los hace cuidarse a sí mismos. Esto a su vez es una causa de ganar o perder eficiencia (33).

Resultados. Donabedian define como resultados médicos “aquellos cambios, favorables o no, en el estado de salud actual o potencial de las personas, grupos o comunidades que pueden ser atribuidos a la atención sanitaria previa o actual” (33, p. 13); y adiciona también que pueden incluir el conocimiento sobre la enfermedad, el cambio de comportamiento que pueda afectar la salud, la satisfacción de los pacientes que es de suma importancia, pues la opinión de los pacientes sobre la calidad recibida influye directamente en los resultados.

Los trastornos de la conducta alimentaria (TCA) son enfermedades de salud mental complejas, multicausadas, que afectan principalmente a adolescentes y mujeres jóvenes. La Organización Mundial de la Salud (OMS), ha ubicado a los TCA entre las enfermedades mentales de prioridad para adolescentes mujeres y jóvenes dado el riesgo que implican para la salud. Los TCA representan la tercera enfermedad crónica más común entre las jóvenes, llegando a una incidencia del 5% (37).

Según la misma OMS, la salud mental es el estado de bienestar que permite a cada individuo realizar su potencial, enfrentarse a las dificultades usuales de la vida, trabajar productiva y fructíferamente y contribuir con su comunidad (38).

Estudios sobre esta problemática indican que la conducta alimentaria se instaura en la infancia, donde la familia influye directamente en el modo de alimentarse, y es precisamente en esta etapa de la vida donde se crean patrones de alimentación que pueden desencadenar un TCA en la adolescencia (39).

Para realizar las medidas de prevención de esta enfermedad existen dos estrategias fundamentales:

La estrategia poblacional: es de tipo general y se dirige a toda la población con el objetivo de reducir el riesgo que se pueda presentar (17).

La estrategia de alto riesgo: es de tipo individual y se dirige a aquellas personas más vulnerables o que presentan un riesgo especial como resultado de la exposición a ciertos factores de riesgo. En el caso de los TCA, los grupos de riesgo lo son ya sea por su edad (adolescencia), sexo (mujer) o por su participación en actividades de riesgo, ya sea a nivel de ocio o profesional (gimnastas, atletas, modelos, bailarines, patinadores, deportistas de élite, entre otros) (17).

4.2.2. Tipos de trastornos de comportamiento alimentario

El Manual para diagnósticos en psiquiatría de la Asociación Americana de Psiquiatría (DSM –V), establece 8 trastornos alimentarios y de la ingestión de alimentos los cuales son: Pica, Trastorno de Rumiación, Trastorno de evitación/restricción de la ingestión de

alimentos, Trastorno alimentario o de la ingestión de alimentos especificado, Trastorno alimentario o de la ingestión de alimentos no especificado, Anorexia nerviosa y Bulimia nerviosa (9).

4.2.3. Estado del arte

Según Gómez, Galeano & Jaramillo (40, p.49) “el estado de arte es el resumen de la investigación de los resultados de otras investigaciones sobre el tema de investigación en portales científicos mediante documentos de investigación a través de libros, artículos de investigación, notas de periódicos, revistas, etc., donde se trata de implantar que se ha realizado ya investigaciones relacionadas referentes al tema según nuestro capítulo dos. Actualmente se considera que el estado de arte se desarrolla de una manera metodológica en tres perspectivas como la contextualización, clasificación y categorización donde se realiza el análisis de una investigación para poder establecer comparaciones con otras investigaciones en base a nuestro marco teórico”.

Dentro de los estudios relacionados con la percepción de pacientes sobre la calidad de la atención se presentan los siguientes:

Watson, Marshall y Fosbinder (34, p.4) llevaron a cabo un estudio fenomenológico con el propósito de describir las percepciones de calidad de personas mayores con el cuidado en el departamento de emergencias. Se entrevistaron a 13 personas mayores. Del análisis de datos surgieron los temas: a) Necesidad de información, b) observaciones de tiempo de espera, c) percepciones de competencia profesional y servicio afectuoso, d) preocupaciones sobre el ambiente y facilidad de diseño hospitalario y e) tolerancia personal.

Tasso, Behar-Horestin, Aumiller y Glamble (34, p.4) realizaron un estudio cualitativo con el propósito de investigar la satisfacción del paciente utilizando la entrevista profunda y la observación para evaluar las sutiles del paciente con la calidad de cuidado proporcionado en unidades médico quirúrgicas. Del análisis de datos surgieron tres categorías: a) cuidado técnico, b) cuidado interpersonal y c) cuidado agradable. La mayoría de los pacientes estuvieron satisfechos con el tratamiento y calidad de cuidado.

Casado (34, p. 5) realizó un estudio cualitativo para descubrir cómo perciben los pacientes los cuidados de enfermería y la satisfacción. Utilizó el muestreo intencional teórico, al analizar los datos las percepciones de cuidado se relacionaron con solicitar a la enfermera cariño y simpatía, información, trato e identificación de los cuidados de enfermería.

McCance (34, p. 4) reportó los hallazgos de un estudio cualitativo fenomenológico con aproximación a la hermenéutica, donde exploró la experiencia de calidad cuidado del paciente proporcionado por enfermeras en unidades médicas y quirúrgicas en un hospital general. Utilizó el método de narración, entrevistó a 24 pacientes en sus casas poco después del alta hospitalaria. Del análisis de datos se formaron tres categorías que comprendieron la experiencia del cuidado con enfermería: a) atributos de la enfermera, b) resultados de la organización y c) atributos del paciente.

En España, específicamente en la Universidad Autónoma de Barcelona, para el año 2008, se realizó un estudio sobre la satisfacción: un instrumento de participación de la población en la mejora de la calidad de los servicios sanitarios; determinando que, la medida de la satisfacción demuestra ser un instrumento útil para evaluar las intervenciones de los servicios sanitarios porque proporciona información sobre la calidad percibida por los usuarios. Así, la medida de la satisfacción es un instrumento cuyo valor va en aumento en todas las organizaciones sean públicas o privadas, de producción o de servicios, y que la idea de que el éxito de una organización depende de la capacidad de satisfacer las necesidades de sus clientes llegando a modificar la definición de calidad (33).

En México, Ponce, et al. (33, p. 5), desarrollaron un estudio donde describieron los factores que intervienen en la percepción de la calidad de atención de enfermería y los que influyen en la satisfacción laboral de la enfermera, obteniendo como resultado, una calidad de atención insuficiente en el 50% de los usuarios encuestados y una satisfacción laboral alcanzando un índice global de 3.42; concluyendo que a mayor satisfacción laboral existe, mayor calidad de atención por parte del personal de enfermería y por lo tanto satisfacción del paciente.

Giménez y otros (41, p. 21), realizaron una investigación la cual tenía por objetivo evaluar la calidad de atención del cuidado de la salud integral brindada por el personal de enfermería a los pacientes durante el proceso pre y postoperatorio en la Unidad de Cirugía. Dicho estudio se enmarca en una investigación de tipo descriptivo, de corte transversal; a la población se les aplicó un cuestionario. Los resultados obtenidos se categorizaron, tabularon y graficaron, reflejando que la categoría SIEMPRE supera a las otras, garantizándose así que la calidad de atención brindada por el personal de enfermería de la Unidad de Cirugía Ambulatoria es muy buena y se cubren las tres dimensiones del ser humano en un 91,77% la dimensión SOCIAL, un 88,88% la dimensión PSICOLÓGICA y un 83,116% la dimensión FÍSICA. De esta manera, el trabajo realizado en esta unidad demuestra el cumplimiento ético y profesional del personal que allí labora.

En el año 2012, se realizó un estudio descriptivo de corte trasversal prospectivo y cualitativo, sobre la percepción que tienen los usuarios sobre la calidad de la atención recibida en los servicios de planificación familiar del Hospital Nacional Arzobispo Loayza, mediante la aplicación de una encuesta a los usuarios del servicio en presencia del encuestador. Se encuestaron 87 usuarios que acudieron al servicio de planificación familiar del Hospital Nacional Arzobispo Loayza. Dentro de los resultados se tiene que el 35,6 % tuvo un tiempo de espera de más de 60 minutos y el 31 % tuvo un tiempo de espera de entre 31 a 60 minutos, esto también daría lugar a un menor tiempo de duración en la atención por cada paciente de entre 5 a 10 minutos que es de 74,7 % , se evidencia altos porcentajes que piensan que el tiempo de espera es mucho a través de un 60,9 % de los casos, mientras que en la duración de la entrevista un 85,1 % de los pacientes manifestó que es aceptable dicha duración de tiempo. Respecto al trato del personal se evidencia un porcentaje de 98,9 % mediante un respeto y discreción hacia el paciente, la privacidad del usuario con un 97.7%, denotar la percepción del trato del personal de admisión, un alto porcentaje 86,2 % manifestó que el trato fue bueno, otro porcentaje (12,6%) manifiesta un trato regular (41).

García D (41, p. 12), realizó su tesis titulada “Percepción y Expectativas de la calidad de la atención de los servicios de Salud de los usuarios del centro de Salud Delicias Villa

Chorrillos en el Periodo febrero-mayo 2013". En esta, fueron entrevistados 192 usuarios del Centro de Salud Delicias de Villa Chorrillos respectivamente de los diferentes servicios ofrecidos en el centro de salud. Las variables de estudio fueron: nivel de fiabilidad del usuario, capacidad de respuesta del Centro de Salud, grado de empatía y la seguridad que ofrece el profesional de salud, así como la evaluación de los aspectos tangibles que brinda el Centro de Salud Delicias de Villa-Chorrillos. Aplicándose un estudio observacional, descriptivo, transversal.

De los 192 pacientes encuestados en el Centro de Salud Delicias de Villa en Chorrillos, se determinó que el 55% de los usuarios encuestados, estaba insatisfecho con la calidad de atención brindada en dicho centro, siendo un 45% que indicaba encontrarse satisfecho (41).

De los niveles de satisfacción según las dimensiones consideradas en ésta evaluación, se obtuvo mayor satisfacción en las dimensiones de empatía y seguridad; ya que de todos los encuestados el 52% indicó estar satisfecho con los aspectos encerrados en la dimensión de empatía y el 51.8% en la dimensión de seguridad a diferencia de las otras dimensiones que muestran un grado mayor de insatisfacción como en la dimensión de fiabilidad 58.5%, capacidad de respuesta 60.5% y aspectos tangibles 59.6% (41).

Pedraza (41, p. 17) realizó un trabajo de investigación denominado "Factores determinantes en la calidad del servicio sanitario en México: caso ABC". El estudio tuvo como objetivo identificar los factores determinantes en la calidad del servicio de salud, desde la percepción del usuario en Tamaulipas, México. Se llevó a cabo mediante la estrategia de estudio de caso. Se aplicaron 120 cuestionarios a usuarios que voluntariamente decidieron participar. Para el análisis de fiabilidad de la escala se determinó el Alpha de Cronbach. Con base en el análisis factorial exploratorio se identificaron cinco factores que determinan la calidad de los servicios sanitarios en el hospital ABC. De acuerdo a la percepción de los usuarios, la calidad de los servicios en la unidad de análisis se categorizó en un nivel cercano a bueno en cuatro factores: trato al paciente y empatía, efectividad y oportunidad, tiempos de espera, seguridad y limpieza.

Se identificó un factor, el de capacidad de respuesta, con la más baja valoración, en esta dimensión un porcentaje mayoritario (52.5%) manifestó que el tiempo de espera en la

consulta externa va de pésimo a regular; el 48.3 % de los usuarios calificó de nivel incipiente el servicio de urgencias; mientras que el 43.3% señaló que el tiempo de espera para las consultas de especialidad va de pésimo a regular. Al tratarse de un hospital certificado en estándares internacionales y con reconocimiento importante en su desempeño, los hallazgos del presente estudio evidencian áreas débiles en la prestación de los servicios sanitarios que ofrece (41).

Huerta (41, p. 9) llevó a cabo una investigación cuyo objetivo era determinar el nivel de satisfacción de los usuarios atendidos en el Tópico de Medicina del Servicio de Emergencia del Hospital Nacional Arzobispo Loayza, Lima, enero del 2015. Para esto se aplicó un diseño cualitativo, descriptivo, transversal. La medición de la satisfacción del usuario se realizó mediante la encuesta SERVPERF modificada, el cual mide la satisfacción del usuario de acuerdo a sus percepciones. El muestreo fue por conveniencia y estuvo constituida por 77 personas (usuarios y acompañantes). El procesamiento de datos se realizó de acuerdo al rango de satisfacción. El 92.2% de los usuarios estuvieron satisfechos con la atención. Las dimensiones de fiabilidad, seguridad, empatía y aspectos tangibles de la encuesta SERVPERF resultaron con más del 80% de usuarios satisfechos (94.3%, 89.6%, 89.6 % y 84.5%; respectivamente); pero la dimensión capacidad de respuesta resultó con la mayor cantidad de usuarios insatisfechos – muy insatisfechos y extremadamente muy insatisfechos (23.4%) El nivel de satisfacción global de los usuarios atendidos en el Tópico de Medicina fue de 92.2 %. Las variables con mayor insatisfacción fueron la atención en caja, admisión y laboratorio de emergencia; el trato del personal de emergencia, la limpieza y comodidad del servicio.

Además de las investigaciones mencionadas anteriormente, la literatura permite dar cuenta de otros estudios que han sido realizados como, por ejemplo, uno que se llevó a cabo en relación a la percepción de satisfacción de un grupo usuarios del Servicio de Salud Mental dependiente del Servicio Médico de Alumnos de la Universidad de Chile. Mediante un diseño no experimental seccional–descriptivo se evaluaron los resultados recogidos a través de un cuestionario de conformidad con la atención, respondido por 109 estudiantes que durante un mes fueron atendidos en las distintas dependencias del servicio. De acuerdo a la percepción de los usuarios, el servicio entrega una muy buena

calidad de atención (evaluado en promedio con nota 6,1), destacando que su efectividad, así como también la calidad de los profesionales son las principales razones de su confianza. Respecto a este estudio, se puede decir que la calidad ha sido medida en ocasiones, pero en servicios de salud mental en general (42).

Un segundo estudio, tuvo como objetivo conocer el grado de satisfacción percibida por usuarios que recibieron atención en tres SSMNA privados de Buenos Aires, cada uno con una orientación teórica distinta. Para la realización de este, se utilizaron instrumentos como cuestionarios de auto-informe los cuales pudieron proveer datos para un análisis cuantitativo y cualitativo. Como hallazgos de la investigación, se encontró que los padres y madres que llevaron a sus hijos o hijas a los servicios de orientación cognitiva o sistémica, refirieron niveles de satisfacción similares entre sí y un mayor grado de satisfacción que los padres y madres cuyos hijos e hijas recibieron tratamiento psicológico. Con base en esto, se puede mencionar que la satisfacción de los usuarios de los servicios de salud mental también ha sido valorada, en este caso, en servicios para niños (43).

Por último, se incluye un tercer estudio, el cual tenía por objetivo abordar la brecha existente en la literatura mediante la exploración de las barreras para la participación en el tratamiento de los desórdenes alimenticios (DE) desde las perspectivas de las personas en la comunidad con una DE (ya fuera autoidentificada o diagnosticada profesionalmente) y que no habían recibido tratamiento (44).

El análisis temático generó dos temas principales, cada uno con dos subtemas. El primer tema fue la negociación de la necesidad de tratamiento dentro de uno mismo (factores intrapersonales; tema 1). El segundo tema exploró los contextos interpersonales que dieron forma a la decisión del participante de no buscar tratamiento (factores interpersonales/externos; tema 2). También se generaron dos subtemas transversales de miedo y alfabetización en salud que demostraron un alto grado de superposición con los temas principales antes mencionados. De esta manera, se puede afirmar que, en el caso de los servicios para trastornos alimentarios, se ha estudiado la perspectiva de algunos usuarios en cuanto a las barreras de acceso a estos (44).

Los estudios e investigaciones presentados anteriormente, dejan entrever que en la literatura disponible no se encuentran trabajos que aborden como tal el tema de la percepción de calidad de la atención en el campo de los trastornos alimenticios, ya que aquellos a los cuales se tiene acceso, hablan de la percepción en servicios de salud de manera general.

4.3. Marco legal

A continuación, se presenta un resumen de normas que estipulan aspectos importantes para la calidad de los servicios en el país.

4.3.1. Decreto 2309 de 2002

Con el fin de mejorar la calidad en la prestación de los servicios de salud en los aspectos de accesibilidad, oportunidad, seguridad, pertinencia y continuidad, el entonces ministerio de salud reglamentó el sistema obligatorio de garantía de calidad de la atención en salud (45).

4.3.2. Decreto 1011 de 2006

Por el cual se establece el sistema obligatorio de garantía de calidad de la atención de salud del sistema general de seguridad social en salud (46).

4.3.3. Resolución 13437 de 1991

En la que se adopta como postulados básicos el propender por la humanización en la atención a los pacientes y garantizar el mejoramiento de la calidad en la prestación del servicio público de salud en las instituciones hospitalarias públicas y privadas, además de garantizar a todo paciente el ejercer sin restricciones los derechos descritos en esta resolución por motivos de raza, sexo, edad, idioma, religión, opiniones políticas o de cualquier índole, origen social, posición económica o condición social (47).

4.3.4. Resolución 3100 de 2019

Por la cual se definen los procedimientos y condiciones de inscripción de los prestadores de servicios de salud y de habilitación de los servicios de salud y se adopta el Manual de Inscripción de Prestadores de Servicios de Salud (48).

5. Metodología

La Epistemología, es una de las pocas ciencias que le ha permitido al hombre la búsqueda y comprensión del mundo circundante y la relación sujeto-objeto desde distintas perspectivas, para generar, interpretar y transmitir nuevo conocimiento. Entre las diversas corrientes epistemológicas se encuentra el paradigma cualitativo o interpretativo (49).

Tradicionalmente la epistemología ha sido estimada como una disciplina filosófica, encargada de analizar y evaluar críticamente los efectos de la actividad científica. Su objeto de estudio está compuesto por teorías científicas, que corresponden a un cierto dominio ontológico (50).

De cara a lo anterior, la investigación que se llevó a cabo tuvo como sujeto a las investigadoras, mientras que el objeto estuvo referido al fenómeno de estudio, en este caso, la percepción de la calidad de la atención.

Un modo de entender la relación entre el sujeto y el objeto, implica una particular manera de investigar, plantea la necesidad de estimar la dimensión de la subjetividad en la investigación. La finalidad no es controlar esta subjetividad, sino ponerla al servicio de la obtención de conocimiento. Lo que se presume es que sujeto y objeto están profundamente ligados, por tanto, son indisociables (51).

Pensar en la actualidad que no se dé una interacción entre el sujeto y el objeto de conocimiento es inadmisibles. Si algo mueve la ciencia, es ese interactuar entre el objeto y el sujeto, esa dinámica de los procesos es lo que genera los temas y los problemas de la ciencia (52).

Analizando determinadas contrariedades que se presentan de diferentes posiciones que se pueden reconocer alrededor de la relación de la epistemología con la ciencia, se pueden diferenciar cuatro líneas de pensamiento. La primera, sustenta que la epistemología es una disciplina filosófica, y debe rechazar toda invasión de las disciplinas científicas dentro de ella. La segunda, resguarda una epistemología interna a la ciencia, es decir, cimentada a partir de las teorías científicas, y por las exigencias que ellas establezcan. Dentro de la investigación, se empleó esta noción de epistemología, puesto

que por medio de la misma se tuvo la finalidad de fundamentar las teorías de la ciencia con el conocimiento que tienen los pacientes, no solamente sobre la percepción de la calidad de la atención, sino también sobre los trastornos alimenticios como tal, su esencia y sus causas. La tercera, es sostenida por algunos filósofos de la ciencia y acepta el uso de elementos de juicio parciales derivados de algunas de las teorías de las ciencias sociales de un modo acrítico. Y, por último, la cuarta, intenta mantener el carácter filosófico y metateórico de la epistemología, pero pretendiendo la incorporación crítica y sistemática de teorías descendientes de ciertas disciplinas científicas (50).

La utilidad de la epistemología es un tanto fortuita y puede que por esta razón muchos científicos desistan a estudiarla a profundidad. Ahora bien, la utilidad científica de la epistemología radica en la relación que tienen los procesos de investigación científica (53).

Dicha investigación se realizó bajo el paradigma histórico hermenéutico, dado que este tiene un carácter comprensivo y la finalidad del estudio fue describir la percepción de la calidad de la atención recibida de los pacientes con trastornos alimenticios. De acuerdo con Nava (54, p.184) “la hermenéutica es una técnica, un arte y una filosofía de los métodos cualitativos (o procesos cualitativos), que tiene como característica propia interpretar y comprender para revelar los motivos del comportamiento humano”.

La hermenéutica posee una naturaleza profundamente humana, puesto que es al ser humano a quien le toca interpretar, analizar o comprender el significado de pensamientos, acciones, gestos y palabras, entre otras formas de manifestaciones, dada su naturaleza racional. El objeto de la hermenéutica no es solamente la interpretación por la interpretación, sino es la experiencia de lo ajeno, de lo distinto y la posibilidad del diálogo; esta experiencia atraviesa todos los niveles comunicativos y recupera el sentido original del problema de la interpretación (54).

Ruedas, Ríos y Nieves (54, p.185), mencionan que es interesante observar el enfoque de Mendoza hacia la comprensión en conjunto del grupo social, la humanidad. Esto revela la amplitud de la hermenéutica que permite plantear la interpretación de los motivos de las expresiones humanas no sólo a nivel individual sino del colectivo, considerando la historicidad, presentando así esta disciplina cualitativa, la posibilidad de comprender,

partiendo del presente, las manifestaciones humanas en tiempos pasados y quizás inferir situaciones colectivas que podrían generarse a futuro, lo cual le otorga un valor adicional.

Se comprende entonces la esencia de la hermenéutica, de captar el verdadero sentido, es decir, ver, leer o escuchar la verdad del emisor. Implica también evitar la pérdida de los posibles sentidos en el mensaje, debido a un manejo personalizado del mismo, reduciendo el riesgo de parcializaciones al observar las diversas situaciones del entorno (54).

Haber realizado la investigación basada en el paradigma interpretativo implicó describir las conductas de los pacientes con trastornos alimenticios, lo cual se logró a través de la interpretación de los significados que esta población le dio a su propia conducta y a las conductas de los demás, así como a los objetos con cuales se relacionan. Mediante la investigación cualitativa se desarrollaron procesos en términos descriptivos, y asimismo se interpretaron las acciones, lenguajes y los hechos relevantes de la población objeto de estudio.

Para González (55, p.91), “la investigación cualitativa tiene como propósito la construcción de conocimiento sobre la realidad social, a partir de las condiciones particulares y la perspectiva de quienes la originan y la viven; por tanto, metodológicamente implica asumir un carácter dialógico en las creencias, mentalidades y sentimientos, que se consideran elementos de análisis en el proceso de producción y desarrollo del conocimiento con respecto a la realidad del hombre en la sociedad de la que forma parte”.

Lo anterior se sustenta con Cotán (56, p.40), la cual siguiendo a Miles y Huberman (1994) considera que “la investigación cualitativa debe de realizarse a través de un prolongado e intenso contacto con el campo de estudio y los protagonistas, donde el investigador tiene que alcanzar una visión holística capturando las percepciones de los actores a través de un proceso de comprensión empática”.

Por otro lado, dentro de los métodos cualitativos disponibles, se encuentra el estudio de caso, mismo que se empleó en la investigación. A través de este, se comprendieron las

realidades y percepciones presentadas por los pacientes, así como sus creencias, sus modos de ver y entender.

El estudio de caso se refiere a la recolección, el análisis y la presentación detallada y estructurada de información sobre un individuo, un grupo o una institución. La información proviene de diversas fuentes e incluye usualmente las visiones de los mismos sujetos. Estos estudios producen mucha más información detallada acerca de un caso que la que se puede adquirir por medio de métodos estadísticos, y son esenciales para entender el comportamiento humano; comprender una actividad humana requiere que se le observe a lo largo del tiempo, el contexto en el cual se desarrolla, la configuración de factores sociales que hacen que la situación ocurra, y la forma en que estos factores interactúan. Se argumenta que el estudio de caso es ideal para facilitar el entendimiento sobre temas como delincuencia, drogadicción, violencia intrafamiliar, clima pedagógico escolar, entre muchos otros, que tienen en él una estrategia viable (57).

Dentro de los rasgos esenciales que caracterizan el estudio de caso, se puede mencionar que este se centra en la individualidad como una conquista creativa, discursivamente estructurada, históricamente contextualizada y socialmente producida, reproducida y transmitida. Al centrarse en la particularidad, pretende construir un saber en torno a ella, al tiempo que reconoce en la singularidad una perspectiva privilegiada para el conocimiento de lo social (57).

El estudio de caso comparte con otras estrategias y modalidades de investigación cualitativa su carácter holístico. El caso es analizado desde diversas perspectivas y en todas sus dimensiones: social (relaciones, estructuras, posiciones, roles); cultural (categorías o formas simbólicas mediante las cuales los individuos representan el mundo social, lo producen, reproducen y transmiten), y psicológica (procesos que les permiten a los individuos ordenar el mundo y ejercer acciones sobre él) (57).

Además, muchos de los estudios de caso, se basan en el razonamiento inductivo. Lo que caracteriza estos estudios cualitativos es el descubrimiento de nuevas relaciones y conceptos, más que la verificación de hipótesis previamente establecidas. El estudio cualitativo de caso se propone objetivos de investigación centrados más en resultados humanísticos, o de diferencias culturales, que, en resultados de conducta, o de

diferencias individuales. La información obtenida de los participantes no está sujeta a criterios de verdad o falsedad, sino al criterio de credibilidad que permite interpretaciones desde diferentes lógicas (57).

Como virtud, el estudio de caso tiene el potencial de implicar a los participantes en el proceso de investigación. Una realidad de importancia política y epistemológica, indica la posibilidad de cambiar la base de poder de quien controla los conocimientos, y reconoce la importancia de la construcción de la realidad percibida a través de las relaciones y las interpretaciones conjuntas que se crean en el campo. Brinda, además, la oportunidad de que los investigadores adopten un enfoque autorreflexivo para comprender el caso y a sí mismos (58).

Para efectos de la investigación, el estudio de caso estuvo compuesto por un conjunto de pacientes con trastornos alimenticios, que se articulan a través de un grupo de apoyo, el cual funciona en la ciudad de Medellín.

5.1. Población participante y muestra

La población de estudio de la investigación, estuvo conformada por 9 pacientes que hacen parte de un grupo de apoyo de la ciudad de Medellín, de los cuales todos pertenecen al sexo femenino, cuentan con diferentes profesiones, se encuentran entre los 20 y 50 años de edad, y presentaron trastorno por atracón, o mejor conocidos como comedores compulsivos. Estos se reúnen con frecuencia con el fin de compartir experiencias, aprendizajes y desafíos frente a las enfermedades que han padecido. No tienen personería jurídica, actúan bajo condiciones de anonimato, y se llegó a ellos a través de una docente de la Universidad de Antioquia. Cabe resaltar, que estos acceden a servicios de salud como nutrición y psicología por medio de su EPS, medicina prepagada y de manera particular.

La decisión de trabajar con estos pacientes partió del hecho de que los casos por esta enfermedad están tomando cada vez más fuerza, y la información que se ha podido rastrear deja grandes vacíos sobre la calidad de la atención que esta población pudiera estar recibiendo.

Como criterios de inclusión, se tuvieron en cuenta personas que pertenecieran al grupo de apoyo, que presentaran algún tipo de trastorno de la conducta alimentaria, que hubieran consultado a los servicios de salud, que fueran hombres y/o mujeres; que estuvieran en un rango de edad de 18 años en adelante, y que aceptaran participar voluntariamente del estudio.

Para la presente investigación no se consideraron criterios de exclusión, pero las personas que no hubieran firmado el consentimiento informado, no hubiesen podido ser partícipes de la misma. Dicho documento, se envió previamente a cada uno de los participantes, los cuales lo pudieron analizar y posteriormente diligenciar, dando por sentado así que aceptaban participar libremente en el estudio que se iba a desarrollar.

El tamaño de la muestra estuvo compuesto por el máximo número de entrevistas que se pudieron completar. Esta situación se presentó teniendo en cuenta los criterios de saturación, pues se recogió información hasta que las investigadoras concluyeron que las entrevistas ya no estaban aportando datos nuevos y/o productivos a la investigación.

El tipo de muestreo que se utilizó fue el muestreo por conveniencia o de voluntarios, ya que los participantes fueron seleccionados dada la conveniente accesibilidad de estos para las investigadoras. Además, este tipo de muestreo resultó ser un proceso fácil y económico, y permitió pasar a otros métodos a medida que se fue recolectando la información.

En este contexto, el muestreo por conveniencia aparece como una técnica de muestreo no probabilístico donde los individuos son seleccionados por la conveniencia y proximidad del investigador para la muestra, pues puede resultar más sencillo inspeccionar a estos individuos (59).

Esta técnica, es utilizada para establecer muestras de acuerdo a la facilidad de acceso y la disposición de las personas por ser parte de la muestra. El investigador elige a los participantes solo por su proximidad y no supone si ciertamente estos constituyen una muestra distintiva de toda la población. Cuando se emplea esta técnica, se alcanza a observar hábitos, costumbres, opiniones, y diferentes puntos de vista de forma más sencilla y también es utilizada cuando no existen razones que deban estimarse para que

un individuo pueda pertenecer a la muestra. Es clave en circunstancias en las que los investigadores intentan conseguir información en periodos de tiempo más cortos y sin invertir demasiado capital (60).

Entre las ventajas, se mencionan que es un método más rápido en la recolección de datos, pues puede ser menos complejo en comparación con otros métodos de investigación; más económico al momento de crear la muestra, y presenta menos normas a diferencia de otras técnicas, pues no demanda tener mucha evidencia para dar acceso a los individuos que van a ser parte de la muestra (60).

Las desventajas que presenta, se relacionan con que este método no es específico de la población, por lo tanto, no se aconseja utilizarlo en asuntos donde el tratamiento de la investigación requiera de exactitud descriptiva; como no se utiliza ningún criterio para constituir la muestra, es improbable tener resultados descriptivos exactos. Como la selección de la muestra no es aleatoria, la exactitud de los datos no está garantizada ni es probable obtener conclusiones generales o categóricas. Por esto, es probable que haya un riesgo de que se origine un sesgo descriptivo en los resultados (61).

5.2. Recolección de información

En cuanto a la recolección de la información, se empleó la entrevista en profundidad con encuentros mediados por la tecnología, más exactamente a través de las herramientas Google Meet y Zoom, los cuales se programaron entre las investigadoras y los participantes, para la comprensión de sus perspectivas, experiencias o situaciones presentadas según sus propias palabras, en la calidad de la atención recibida en los servicios asistenciales. Este proceso, permitió conocer las diferencias sobre el diagnóstico y tratamiento de los pacientes, el conocimiento que tienen de su enfermedad; las expectativas creadas en cuanto a la atención, como aspecto fundamental en su recuperación, todo esto enfocado en la identificación de sus percepciones sobre la calidad de la atención recibida.

Los encuentros se llevaron a cabo una vez los pacientes tuvieron el consentimiento informado debidamente diligenciado, y cuando se programó el espacio para la entrevista.

Al momento de desarrollar las entrevistas, se le pidió al participante que se ubicara en un lugar silencioso y cómodo que le permitiera recordar fácilmente y tener un proceso más ameno.

Una entrevista es una conversación que persigue un propósito. Dicho propósito depende del o de los temas que se investigan. En otras palabras, es la interacción entre entrevistador y entrevistado, en donde el entrevistador realiza una serie de preguntas a la persona entrevistada con el fin de obtener información sobre aspectos específicos, en torno a un tema planteado con anterioridad (62).

En una entrevista en profundidad, el entrevistador es el responsable de recopilar la información en forma veraz, fidedigna y oportuna. Es central su responsabilidad, buen desempeño y cooperación en cuanto a acompañar y desarrollar óptimamente el trabajo de campo, dado que no siempre se dispone de “una segunda oportunidad” para profundizar o aclarar la información obtenida durante el primer encuentro (62).

Según Taylor y Bogdan (63, p.104), se usa la expresión de “entrevistas en profundidad” para referirse al método de investigación cualitativa. Por entrevistas cualitativas en profundidad se entienden los reiterados encuentros cara a cara entre el investigador y los informantes, estos encuentros son dirigidos hacia la comprensión de las perspectivas que tienen los informantes respecto de sus vidas, experiencias o situaciones, tal como las expresan con sus propias palabras. Las entrevistas en profundidad siguen el modelo de una conversación entre iguales, y no de un intercambio formal de preguntas y respuestas.

En la entrevista en profundidad el entrevistador desea obtener información sobre determinado problema y a partir de él establece una lista de temas, en relación con los que se focaliza la entrevista, quedando está a discreción del entrevistador, quien podrá sondear razones y motivos, ayudar a establecer determinado factor, etc., pero sin sujetarse a una estructura formalizada de antemano (63).

La entrevista en profundidad tiene cuatro objetivos principales. Uno es documentar la opinión del entrevistado sobre el tema. Un segundo objetivo es la implicación activa y el aprendizaje del entrevistador y el entrevistado que la entrevista puede favorecer en la identificación y el análisis de los temas. El tercero es la flexibilidad inherente que la

entrevista ofrece para cambiar de dirección y abordar temas emergentes, para sondear un tema o profundizar en una respuesta, y para entablar diálogo con los participantes. El cuarto es el potencial de la entrevista de desvelar y representar sentimientos y sucesos inobservados e inobservables. En la entrevista, las personas suelen desvelar más de lo que se puede detectar o presumir de forma fiable a partir de la observación de una situación, una realidad que puede agudizar la percepción del entrevistador y del entrevistado. Al leer las eciones, los entrevistados suelen comentar: "Nunca había dicho esto a nadie antes". "No me daba cuenta de lo claro que tengo este tema". "Me sorprende lo seguro que estoy de esto". Otras veces puede ser incómodo: "Ojalá no hubiera dicho esto", "Ya sé que lo dije, pero no quisiera darle más importancia". La entrevista no estructurada e interpersonal fomenta una espontaneidad que puede desvelar temas inesperados que los entrevistados hubieran preferido mantener ocultos (58).

La participación de los pacientes fue concebida mediante el consentimiento informado. Durante este proceso las investigadoras dialogaron con los participantes sobre el estudio, por qué se iba a realizar, de qué trataba, qué es lo que debían hacer, cómo se cuidarían sus derechos y su privacidad, y a su vez estos participantes tuvieron la oportunidad de hacer todas las preguntas que les surgieron y fueron necesarias para su tranquilidad.

Una vez estos aceptaron participar, firmaron el formulario de consentimiento informado ratificando de esta manera, que habían entendido lo que implicaba hacer parte de dicha investigación.

El consentimiento informado es un documento legal y un mecanismo para respetar la dignidad y proteger los derechos y el bienestar de los sujetos participantes; debe incluir información sobre el propósito de la investigación, la justificación, los riesgos y beneficios, que le permitan a un sujeto decidir voluntariamente su participación. Como es deber del investigador velar por la protección de la vida, la salud, la dignidad, la integridad, el derecho a la autodeterminación, la intimidad y la confidencialidad de los sujetos que enrole en un estudio, tiene que establecer un diálogo permanente con estos para valorar los riesgos y la seguridad de la participación; esta condición se convierte en un proceso dinámico que no comienza ni termina únicamente con la firma del documento, y que no solamente debe trascender la legalidad, sino acercarse a la ética y la legitimidad (64).

Universalmente, el consentimiento informado (CI) se fundamenta en el principio de autonomía y en la libertad de una persona mentalmente competente para aceptar o rechazar cualquier forma de participación, intervención o procedimiento de investigación, y se constituye en un acuerdo de voluntades entre el investigador y el sujeto participante, que deberá regirse bajo las dimensiones de confianza, sinceridad, claridad, respeto, ausencia de manipulación, engaño o coerción (64).

Para la ejecución de las entrevistas, se diseñó un plan de trabajo y un guion de preguntas (ver anexo 1), en el cual se planearon todos los aspectos que se tuvieron en cuenta al momento de realizar las mismas (65).

En este sentido, en el desarrollo de las entrevistas se dispuso de 3 fases; la primera fue introductoria, en esta las investigadoras realizaron su presentación ante los participantes y dieron a conocer el objetivo de la investigación con el fin de que estos proporcionaran la información necesaria. Se inició con unas preguntas tipo exploratorias las cuales demoraron entre 5 y 10 minutos aproximadamente (65).

En la segunda fase se hicieron las preguntas relacionadas con los objetivos de la investigación; al tener en cuenta que las preguntas de las entrevistas eran abiertas, los entrevistados tuvieron la posibilidad de hablar sobre los aspectos que consideraron más importantes, y al mismo tiempo permitieron obtener información de calidad. El tiempo que se empleó en esta fase osciló entre los 20 y 40 minutos (65).

En la tercera y última fase, y después de haber recolectado toda la información, se efectuó un breve resumen del tema tratado y se aclararon las dudas surgidas a los entrevistados (65).

Las entrevistas fueron grabadas en audio. Para esto, se les informó a los pacientes que serían grabados, y al mismo tiempo se les explicó que la información suministrada se iba a utilizar únicamente para fines académicos; garantizando así la privacidad y el anonimato. En el momento en el que estas fueron realizadas, se verificó que el medio a través del cual se iba a recolectar la información se encontraba en perfecto estado, y que sí se hubiera dado inicio a la grabación, con el fin de evitar errores como la pérdida de información.

La primera entrevista que se realizó, fue evaluada como una prueba piloto, por lo tanto, sirvió como guía para mejorar en los aspectos que fueran necesarios para el desarrollo de las siguientes.

Finalmente, es importante mencionar que haber realizado una buena entrevista en profundidad permitió obtener información relevante, por el contrario, si esta no se hubiera ejecutado de la mejor manera, pudo haber generado un efecto negativo en términos de pérdida de tiempo; no sólo para las investigadoras, sino también para los entrevistados.

5.2.1. Transcripción de las entrevistas

La transcripción de las entrevistas se realizó de manera textual. Fue imprescindible que la desgrabación fuera literal y no contuviera elementos de interpretación de la información. Antes de comenzar a transcribir el contenido de la entrevista, se registraron las características del entrevistado por las cuales decidió participar en la investigación, como el rol y el día de la entrevista, se contextualizó la entrevista comentando brevemente el antes, durante y después de la misma.

En el proceso de transcripción también quedaron bien diferenciados tanto las entrevistadoras como los entrevistados con sus respectivos nombres o roles, y cada vez que se intervino en la charla. Se registraron con puntos suspensivos, entre paréntesis (...) las frases que quedaron inconclusas o el silencio que marcó pausas en la conversación (62).

La transcripción de las entrevistas se efectuó en textos planos de Word, y posteriormente se analizaron en el programa Excel a través de la construcción de matrices.

5.2.2. Análisis de la información

El análisis de la información recolectada a través de las entrevistas, se realizó bajo la metodología fundamentada desarrollada por Glaser y Straus. Este proceso se llevó a cabo en dos momentos: uno descriptivo y uno relacional. Ambos momentos están

caracterizados por la codificación, la cual define los procedimientos y la lógica para pensar los datos, organizarlos, conceptualizarlos y relacionarlos (66).

El momento descriptivo se desarrolló mediante un proceso de codificación abierta, es decir, a través de la asignación de etiquetas o códigos a pequeños segmentos de información. Con esta codificación, se identificaron en los datos los conceptos, sus propiedades y dimensiones (66).

Por su parte, el momento relacional se realizó por medio de la codificación axial y la codificación selectiva. En la primera, se pasó de la descripción de los datos a un nivel mayor de organización, la cual permitió dar cuenta del contenido de la categoría y de las relaciones entre el contenido y la estructura. A través de la segunda, se integraron las categorías emergentes en torno a una categoría central (66).

6. Aspectos éticos

Para la realización de esta investigación, se tuvieron en cuenta los lineamientos de la Resolución N° 8430 de 1993 del Ministerio de Salud. Por la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud (67).

Este trabajo, permitió saber si en los servicios asistenciales de Medellín se cumple con el manejo adecuado de los criterios que constituyen una buena calidad en la atención de los servicios de salud.

El estudio garantizó el respeto a la dignidad, la protección a los derechos humanos, a la privacidad y el bienestar de todos los participantes (68).

Además de la Resolución N° 8430 de 1993 del Ministerio de Salud, para la ejecución de la investigación, se utilizaron las siguientes normas internacionales:

6.1. Declaración de Helsinki

Propuesta de principios éticos de investigación médica en seres humanos, incluida la investigación del material humano y de información reconocibles (69).

Mostrar preocupación por el bienestar de los seres humanos, debe tener siempre predominio sobre los intereses de la ciencia y de la sociedad, mejorar los procedimientos preventivos, diagnósticos y terapéuticos, y también comprender la etiología y patogenia de las enfermedades, promover el respeto y para proteger su salud y sus derechos individuales. Algunos pacientes sometidos a la investigación son vulnerables y necesitan protección especial. Además de reconocer las necesidades particulares de los que tienen desventajas económicas y médicas. También se debe prestar atención especial a los que no pueden conceder o rechazar el consentimiento por sí mismos, a los que conceden el consentimiento bajo presión y los que no se beneficiarán personalmente con la investigación (69).

6.2. Informe Belmont

Asegurar que la investigación que requiera la utilización de seres humanos sea dirigida de una forma ética. El objetivo es proporcionar un marco analítico que dirija la resolución de problemas éticos originados por investigaciones que incluyan sujetos humanos (70).

Esta declaración consiste en una distinción entre investigación y práctica, una disertación de tres principios éticos básicos y notas acerca de la aplicación de dichos principios como lo son el respeto a las personas, la beneficencia, y la justicia (70).

6.3. Declaración de Singapur

Servir como una guía global para la conducta responsable en la investigación. El valor y los beneficios de la investigación dependen esencialmente de la integridad con la que esta se lleve a la práctica. Además de los principios y responsabilidades profesionales que son fundamentales para la integridad en la investigación. Se debe tener honestidad en todos los aspectos de la investigación y una buena gestión de la misma en nombre de otros (71).

6.4. Pautas Consejo de Organizaciones Internacionales de las Ciencias Médicas (CIOMS)

Constituyen un esfuerzo por complementar, expandir además de señalar la forma de aplicación eficaz de los principios éticos establecidos por la declaración de Helsinki. El principal objetivo es suministrar principios éticos admitidos a nivel internacional y comentarios precisos sobre la manera de aplicar principios éticos universales, con especial atención a la investigación en entornos de escasos recursos (72).

Los principios éticos establecidos se deben aplicar en la revisión ética de los protocolos de la investigación. Aunque las pautas se centran principalmente en normas y principios para proteger a los seres humanos en una investigación, es fundamental contar tanto con integridades como con protecciones para salvaguardar los derechos y el bienestar de los participantes (72).

7. Riesgo en la investigación

En cualquier tipo de relación interpersonal existe la posibilidad de dañar al otro o la otra o de afectarlo/a de alguna forma. La potencialidad del daño es un punto sumamente relevante a tener en cuenta al momento de evaluar esta clase de vínculos, ya sea para anticipar ese daño, compensarlo si sucede o evitarlo si esto es posible. La relación que se establece entre investigadoras/es y participantes, en tanto relación interpersonal, no queda exenta de este tipo de análisis. No obstante, la pregunta acerca de qué daños pueden suscitarse en el contexto de una investigación social no es tan sencilla de responder como puede parecer en un primer momento (68).

El concepto de riesgo hace referencia a la "...posibilidad de ocurrencia de un daño". Esta posibilidad puede entenderse de dos formas: como la frecuencia esperable de que ocurra dicho daño, o como la magnitud de este posible daño (68).

Si consideran las variables de frecuencia y magnitud mencionadas en el párrafo anterior, se obtiene un cuadro con cuatro tipos de riesgos que puede generar una investigación social:

Tabla 1. Variables de frecuencia y magnitud

RIESGO		Frecuencia	
		<i>Frecuente</i>	<i>Muy frecuente</i>
Magnitud	<i>Mínimo</i>	Riesgo mínimo y frecuente	Riesgo mínimo y muy frecuente
	<i>Severo</i>	Riesgo severo y frecuente	Riesgo severo y muy frecuente

Nota. Adaptado de Florencia Santi (2013)

Según la resolución N° 8430 de 1993, la presente investigación se clasificó en la categoría de riesgo mínimo, ya que fue un estudio prospectivo y la técnica de recolección que se utilizó podía generar emotividad en algunos pacientes dado que son una población vulnerable por padecer un trastorno mental (67).

Para controlar estas posibles situaciones las investigadoras solo realizaron las preguntas que fueron estrictamente necesarias para el estudio. En el caso de los riesgos sociales, para tener control de estos, se ejecutaron las entrevistas en privado (67).

8. Viabilidad y factibilidad

La viabilidad se refiere al grado de compromiso de los participantes involucrados y entes públicos o privados que apoyan la propuesta del proyecto de investigación, según el presupuesto que sustente el estudio de investigación a realizar (73).

Según Tamayo (73, p. 21), todo proyecto no solo debe indicar los aspectos técnicos y científicos del problema que se plantea, debe además contemplar todos los aspectos logísticos que se presenten.

De este modo, la presente investigación fue viable, dado que se tuvo el apoyo de la persona encargada de realizar el contacto con el grupo de participantes, y también se contó con aceptación voluntaria de estos para hacer parte de la misma.

La factibilidad tiene que ver en primer lugar, con la posibilidad de asumir la carga económica que pueda presentar la investigación, y en segundo lugar con la verificación de disponer de los recursos mínimos necesarios para asumir las actividades propias del estudio en el tiempo previsto. Un proyecto es factible en la medida que disponemos de la capacidad necesaria para llevarlo a cabo, y podemos superar los inconvenientes potenciales que implica su realización. En caso contrario, es necesario delimitarlo aún más o suspender la investigación (73).

Con base en lo anterior, el proyecto también se consideró factible, pues para su desarrollo se contó con todos los recursos materiales, humanos y de tiempo. En cuanto a recursos materiales se dispuso de aparatos tecnológicos como computadores, grabadoras, celulares, internet, etc; en temas de recurso humano se contó con el apoyo de la persona que realizó el contacto con los participantes, con el asesor del trabajo de grado y demás personal capacitado de la universidad, el cual sirvió de apoyo para consultar las diferentes inquietudes que se presentaron.

Por último, se contó con el recurso de tiempo, mediante el cual se ejecutó el proyecto.

9. Resultados

En esta sección se exponen los resultados logrados con el desarrollo de la investigación, con base en los objetivos propuestos, los cuales dan cuenta de la calidad en la atención de los servicios asistenciales, soportados en las percepciones de los pacientes con trastornos alimenticios que acceden a estos en la ciudad de Medellín. Los pacientes realizaron el acceso a estos servicios, a través de aseguramiento obligatorio vía EPS, medicina prepagada y de manera particular.

En primer lugar, se presentarán las vivencias del proceso salud – enfermedad – atención de los participantes del estudio, en segundo lugar, se expondrán los aspectos relacionados con la estructura de la atención recibida; seguidamente se mostrarán los alcances sobre el proceso de atención, y finalmente se presentarán los hallazgos relacionados con los resultados de la atención recibida por dichos participantes.

Tal y como se explicó en los aspectos metodológicos, se llevó a cabo un proceso de codificación abierta y selectiva, basada en la metodología desarrollada por Glaser y Straus. De dicha codificación surgió un sistema categorial integrado por las siguientes subcategorías: “Etapa de descubrimiento del TCA”, “Comprensión de los entrevistados sobre su TCA”, “Consideración de los demás sobre los TCA”, “Importancia del diagnóstico”, “Participación en grupos de apoyo”, “Idoneidad del talento humano en salud”, “Instalaciones físicas”, “Duración y oportunidad del proceso de atención”, “Continuidad en la atención”, “Importancia del aseguramiento para la atención”, “Beneficios obtenidos mediante el proceso de atención” y “Fortalecimiento de la atención frente a los TCA”.

A continuación, es presentado un cuadro sintético, el cual obedece al sistema categorial construido que emergió producto del análisis de la información.

Tabla 2. Sistema categorial construido

Sistema Categorial Construido		
Describir la percepción de pacientes con trastornos alimenticios sobre la calidad de la atención recibida en los servicios asistenciales en la ciudad de Medellín en el año 2021.	Vivencias proceso salud- enfermedad- atención	Etapa de descubrimiento del TCA.
		Comprensión de entrevistados sobre su TCA.
		Consideración de los familiares y otras personas sobre los TCA
		Importancia del diagnóstico.
		Participación en grupos de apoyo como alternativa.
	Estructura de la atención	Idoneidad del talento humano en salud.
		Continuidad en la atención.
		Instalaciones físicas.
	Proceso de atención	Duración y oportunidad en la atención.
		Continuidad en la atención.
		Importancia del aseguramiento para la atención requerida.
	Resultados de la atención	Beneficios obtenidos mediante el proceso de atención.
		Fortalecimiento de la atención frente a los TCA.

Nota. Elaboración propia

9.1. Vivencias proceso salud- enfermedad-atención

Esta categoría se compone de las subcategorías: “Etapa de descubrimiento del TCA”, “Comprensión de entrevistados sobre su TCA”, “Consideración de los demás sobre los

TCA”, “Importancia del diagnóstico” y “Participación en grupos de apoyo como alternativa”.

Frente a la primera subcategoría, es de anotar que los TCA suelen iniciar temprano en la vida de las personas, casi siempre en la infancia y la adolescencia. En tal sentido, es de señalar que algunos de los entrevistados coinciden en haberse hecho conscientes desde su infancia que padecían un trastorno de la conducta alimentaria. Por otra parte, otros entrevistados señalaron que descubrieron la presencia del trastorno alimenticio durante la adolescencia.

“desde los 8 años empezó a llevarme donde nutricionistas, pero entonces lo que yo empecé a hacer fue que empecé a esconder comida, cierto, ya después como que llegó la adolescencia y quería seguir comiendo, pero quería verme flaca entonces ya empecé pues con trastornos de bulimia” (E3).mejorami

Sin embargo, en la mayoría de los casos tuvo que pasar algún tiempo y diferentes experiencias, para que los entrevistados reafirmaran que algo no andaba bien con su salud, y buscaran alternativas que les ayudaran en la comprensión de lo que les pasaba, pues ellos mismos no eran capaces de nombrarlo claramente.

Ahora bien, lo que en el presente trabajo se ha llamado “comprensión de los entrevistados sobre su TCA, se refiere al proceso de comprensión mediante el cual, aquel proceso que se hizo consciente en etapas tempranas de la vida, fue elaborándose y nombrándose con mayor claridad, bien como una enfermedad o trastorno; comprensión realizada por varias vías y en interacción con diferentes personas, incluso, otras personas con TCA.

Así, se puede mencionar en primer término que los entrevistados relataron haber reconocido sus trastornos mediante dos vías; unos se dieron cuenta de su problema puesto que no podían dejar de comer, lo cual se reflejaba en su sobrepeso, mientras que otros tuvieron conocimiento de su enfermedad por medio de grupos de apoyo.

En esta misma línea, una parte de los entrevistados expresó sentir tranquilidad al ser diagnosticado con un TCA, ya que pudieron entender que padecían “una enfermedad” y que no eran responsables de dicha situación; en tanto los demás, manifestaron dificultad para asimilar que estaban presentando un trastorno con la alimentación, experimentando

sentimientos de rechazo, negación, incomodidad y cuestionamiento sobre la aparición de esta enfermedad. Incluso, muchos de estos indicaron haber vivido episodios de depresión al ver su desmesurado aumento de peso. Así pues, los últimos declararon que desde el momento que tuvieron conocimiento de los grupos de apoyo, específicamente de los comedores compulsivos, y luego de identificarse con personas que sufrían la misma condición, fueron comprendiendo su realidad y aceptando que padecían una enfermedad.

“para mí fue pues pasar de la negación a la aceptación de saber que en realidad.... y concebirlo como una enfermedad para mí fue (silencio)... muy triste porque (risas) en mi familia hay personas alcohólicas y yo pensé que, que yo no sufría, no sufría de ningún trastorno, pero entonces fue muy triste pero también fue liberador saber que ese, ese era una... ese comportamiento que yo venía cargando, como que yo venía luchando por tantos años en realidad era una enfermedad, que eso no me hacía culpable, pero si responsable, entonces ya pasé pues como a otra estaba” (E2).

En este orden de ideas, una vez algunos de los entrevistados tuvieron un diagnóstico, iniciaron la búsqueda necesaria para encontrar ayuda por sus propios medios, a través de atención en salud con especialistas por parte de su EPS, por medicina prepagada y/o de manera particular. En consecuencia, pese a haber consultado, se encontró que varios de los participantes al notar que no podían parar de comer, recurrieron a probar otras alternativas como lo fue el consumo de cigarrillo; sin embargo, no obtuvieron resultados positivos y, por el contrario, recayeron nuevamente en la adicción de comer compulsivamente.

“pero empecé a fumar muchísimo a fumar, a fumar, a fumar, entonces cambie como el alimento por cigarrillo, a un punto que empecé a enfermarme por fumar tanto y cuando ya empecé a enfermarme dije bueno tengo que parar de fumar, pare de fumar y me desemboqué otra vez en la comida, estoy en este momento donde otra vez...” (E3).

Dentro de la comprensión que los entrevistados han hecho de su trastorno, otro de los aspectos en el que coincidieron fue en señalar lo que para ellos es el desconocimiento que tienen tanto las familias como los profesionales de la salud sobre lo que realmente significan los trastornos alimenticios. Es importante mencionar, que los entrevistados se

enfocaron específicamente en la falta de información que manejan los especialistas por los cuales han sido atendidos, ya que lastimosamente la mayoría de estos no son conscientes de que la mala relación con la comida es también un tema emocional, por lo que en muchas ocasiones recomiendan a los pacientes hacer dietas para aumentar o bajar de peso, haciendo énfasis con ello únicamente en el tratamiento para mejorar la parte física, mas no la mental.

“o sea que se empapen más, de porque la, la, la mala relación con la comida es un tema también como tan emocional, que no solamente haga dieta o baje de peso, sino que... no sé, en mi caso, las emociones me llevan a buscar, pues como la comida, entonces yo puedo estar flaca, pero mal emocionalmente, entonces es como de que se empapen más y de que estudien más como en la parte emocional con relación a la, a la mala re..., pues a las... a los trastornos de alimentación” (E4).

Ahora bien, lo anterior contrasta con la importancia que para los entrevistados tiene el contar con un diagnóstico claro por parte de los especialistas, que les permita determinar cuál es la enfermedad que realmente padecen, o en qué estado se encuentran; ya que, de acuerdo a sus propias palabras, presentar un trastorno de la alimentación los ha hecho vivir situaciones desesperantes al no encontrar respuestas sobre la problemática que estaban atravesando. Pese a esto, el hecho de ser diagnosticados de alguna manera les generó libertad, y les ha permitido realizar diferentes búsquedas frente al mismo.

“Pues la verdad, eh, tener un diagnóstico es fundamental en ese momento, miren, tener un trastorno de la conducta alimentaria es algo muy desesperante, muy desesperante, tener un diagnóstico da libertad a los pacientes” (E1).

Precisamente, luego de tener algunas claridades y contar con un diagnóstico, una de las búsquedas realizadas ha sido la de grupos de apoyo. Al respecto, la totalidad de los entrevistados indicó haber participado en grupos de apoyo como complemento a la ayuda profesional recibida, los cuales han sido claves en su recuperación, ya que estos espacios les ha brindado las bases necesarias para entender su enfermedad y, a su vez, les ha permitido entender que los TCA van más allá de presentar una enfermedad corporal; pues para ellos son un conjunto de factores espirituales, emocionales, físicos y mentales.

“lo que definitivamente, pues me ha servido a mí, es haber conocido, pues mis grupos de apoyo y... y eso ha sido lo que... lo que cambio mi vida” (E5).

9.2. Estructura de la atención

Las subcategorías de las cuales se componen esta categoría, se relacionan con “Idoneidad del talento humano en salud”, “Continuidad en la atención”, e “Instalaciones físicas”.

Con respecto a la primera subcategoría, tal como se mencionó en líneas anteriores, algunos entrevistados manifestaron que el personal de la salud no tiene el suficiente conocimiento sobre el significado de los trastornos alimenticios, por tal motivo, tampoco tienen comprensión hacia los pacientes que padecen esta enfermedad. Además, mencionaron que la atención para este tipo de problemas se presta de manera general, sin considerar que cada una de estas personas se encuentra en una etapa diferente de la enfermedad. Ante esta situación, en algunos casos estos sienten desconfianza sobre la formación de los profesionales por los cuales están siendo atendidos.

Por su parte, otros de los entrevistados afirmaron que los especialistas son conocedores de las condiciones que tienen que ver con la salud en sí misma, pero no con otros elementos menos aparentes, pero que también están asociados con la enfermedad. Por tal motivo, consideran que hay una buena competencia frente a la salud “en general”, pero esta no es igual en lo que respecta a los trastornos alimenticios.

Claro, claro, yo digo que sí hay idoneidad, o sea ellos son conocedores de toda su cond... de todas las condiciones, por ejemplo de lo que tiene que ver con la salud en sí, “a es que te encontré la presión alta” de eso... eso está bien, te veo que por ejemplo, en mi caso “los tobillos se te inflamaron y es porque estas muy obesa, entonces trata de bajar de peso”, pero es la enfermedad en si física lo que tiene que ver con ellos, pero no hay como, ellos no son conocedores de la, de lo que hay detrás de esa presión alta, de esa san... de ese corazón que se quiere salir (silencio), que donde, yo pienso que donde fueran conocedores de eso pues inmediatamente trataban la enfermedad que viene detrás de la, de la comida.

De igual manera, esta población expresó que los profesionales frecuentemente trasladan la responsabilidad a los pacientes, comentando que su enfermedad es producto de su

falta de disciplina o de voluntad. Frente a esto, los entrevistados relataron inconformidad con la atención recibida por dichos profesionales; incluso llegaron a considerar que el proceso de atención que se le da a los TCA es mejor en otros países.

Finalmente, frente a las instalaciones físicas donde han sido atendidos, todos los entrevistados manifestaron que los consultorios y demás espacios en los cuales han recibido el tratamiento respectivo para su trastorno, han sido adecuados, cómodos y de fácil acceso según su percepción.

“Bueno, en cuanto a la EPS es... es... es... es el punto, pues dónde, es como la... la... la central, entonces todas las citas, las veo ahí, o sea, sea nutrición o cualquier tipo de cita médica, las he visto hay, eee... acceso sí, tiene fácil acceso, es... son muy cómodas instalaciones, por lo menos en mi EPS que a mí me toca en... en el centro comercial Florida es muy cómodo, se puede llegar fácil, hay buen transporte, eee... en cuanto a eso, las instalaciones también, me parecen unos consultorios muy cómodos” (E5).

9.3. Proceso de atención

La presente categoría está compuesta por subcategorías como: “Duración y oportunidad en la atención”, “Continuidad en la atención” e “Importancia del aseguramiento para la atención requerida”.

La duración y la falta de oportunidad fue un componente crítico identificado por los entrevistados, donde la mayoría manifestó que los profesionales no dedicaban el tiempo suficiente en la atención, pues para ellos la duración de las consultas era muy limitada, situación que podría presentarse debido a la carga laboral de dicho personal; situación que los vuelve poco receptivos ante la condición que presentan los pacientes. Dado este escenario, los participantes indicaron sentirse incomprendidos, y mencionaron que estas circunstancias generan una barrera entre los pacientes y el personal de la salud.

“entonces siempre hay una barrera con el personal de la salud y el médico que, no todos, también hay un personal que se dedi... que se toma el tiempo que es cálido, que es amable, cortés, pero no siempre pasa por eso digo yo que regular, pero yo sí creo que eso se debe como a la carga laboral y al corto tiempo que hay, a la agenda tan reducida, pienso que se deba a eso” (E2).

Igualmente, se encontró que para algunos participantes hubo dilatación en el proceso de atención, pues el tiempo entre una cita y otra era muy extenso, lo que dificultaba la realización del tratamiento que estos requerían y por consiguiente su recuperación; por lo que fueron ellos quienes terminaron siendo los principales responsables de garantizar la continuidad de su atención. En contraste, una minoría expresó que el proceso de atención que recibieron fue adecuado, oportuno y con una duración apropiada. En todo caso, para los entrevistados, el excesivo distanciamiento entre citas también es un elemento que al igual que el limitado tiempo de consulta, contribuye a que su proceso de atención sea más complejo y no siempre acertado.

El segundo elemento al que se refirieron los entrevistados respecto al proceso de atención, fue sobre la continuidad en la atención. Sobre esta subcategoría, se logró identificar que varios entrevistados consideraron que no hay estandarización en el funcionamiento del sistema de salud, ya que existe discontinuidad en el proceso de atención; dados los cambios repentinos de profesionales de salud en los centros asistenciales. Además, aseguraron que no se cuenta con un protocolo de seguimiento establecido para conocer la evolución de la enfermedad de los pacientes después de cada consulta.

Otro componente relacionado con la continuidad de la atención, es de la remisión a especialistas y la falta de continuidad del personal. En tal sentido, los entrevistados indicaron que a través de su EPS fue casi imposible la remisión por parte de medicina general a las diferentes especialidades que pudieran ayudar a su TCA. Además, estos manifestaron que los cambios repentinos de personal en los centros asistenciales y la constante rotación, genera fragmentación en el proceso de atención, pues al momento de consultar con otro profesional, los pacientes deben socializar nuevamente su proceso de salud-enfermedad. Dada esta situación, los participantes consideran que el sistema de salud aísla las enfermedades relacionadas con la alimentación.

“yo siempre tuve una cita cuando era médico general, cuando era un médico especialista porque tuve otras, otras eh situaciones de salud que requirieron especialista, en esa parte me tocó esperar mucho tiempo para que pudieran atenderme, para que pudieran hacerme como el tratamiento que me tenían que hacer... entonces para el médico general yo encuentro citas inmediatas, pero para el especialista que tiene que tratar lo de, lo, lo que se descubrió para eso no ha habido buena atención (silencio) no es oportuna” (E7).

En relación a todos los elementos que han sido señalados respecto al proceso de atención como continuidad, oportunidad, remisión e integralidad, debe decirse que desafortunadamente están mediados también por el tipo de aseguramiento que tienen las personas que sufren de un trastorno alimentario. Por tal motivo, según los entrevistados, consultar a través del aseguramiento obligatorio del sistema, esto es, las EPS, es bastante complejo en estos trastornos, en los cuales los pacientes deben enfrentarse constantemente con las situaciones señaladas, y frecuentemente deben optar por mecanismos adicionales para su atención como pólizas de medicina prepagada.

Así, teniendo en cuenta que el sistema de salud en muchas ocasiones se queda corto frente a los requerimientos de los pacientes, y que otras veces no funciona oportunamente, la totalidad de los entrevistados expresó que, ante la necesidad de atención con especialistas para el mejoramiento de su enfermedad, las consultas particulares y/o por medicina prepagada fueron su mejor opción; ya que estos no lograban conseguir una orientación adecuada por parte de la EPS sobre sus trastornos, mientras que el acceso bajo estas modalidades se asocia con una mejor calidad de la atención.

“tengo también una medicina umm... prepagada, precisamente porque Sura tampoco en ningún momento mientras estuve eh como, como con los trastornos, eh con las condiciones en las que estaba en esa área no me, no me supieron orientar” (E7).

Lo anterior a todas luces configura, no solamente vulneración de los derechos de los usuarios del sistema, sino que al igual que en muchas otras enfermedades, se genera una inequidad en la atención mediada por la capacidad de pago.

9.4. Resultados de la atención

Las subcategorías que componen la presente categoría son las siguientes: “Beneficios obtenidos mediante el proceso de atención” y “Fortalecimiento de la atención frente a los TCA”.

Según Avedis Donabedian, los resultados médicos son “aquellos cambios, favorables o no, en el estado de salud actual o potencial de las personas, grupos o comunidades que pueden ser atribuidos a la atención sanitaria previa o actual”.

Dicho esto, con la realización de la investigación se pudo identificar que todos los entrevistados consideraron que el proceso de atención que han recibido ha sido beneficioso para su salud, pues les ha permitido entender la importancia que tiene el tema de la nutrición, los ha guiado sobre la manera adecuada de alimentarse, y les ha facilitado la comprensión sobre lo fundamental que es el complemento del tratamiento físico con atención psicológica.

“la importancia que tiene el tema de la nutrición, de alimentarnos bien y de complementar todo esto con atención psicológica y psiquiátrica; pues porque recibir esta atención te ayuda mucho en la parte mental, también me ha servido mucho el estar en el grupo de apoyo” (E1).

Varios de los participantes manifestaron que, gracias a la atención recibida mediante los servicios asistenciales y los grupos de apoyo, han podido tener un conocimiento más preciso de la verdadera connotación de los trastornos alimenticios y de lo hay detrás de su adicción a la comida; pues estos no solamente generan problemas físicos, sino que también afectan la parte emocional. Además, relataron que el tratamiento al cual han accedido, ha mejorado su calidad de vida y por ende sus relaciones familiares y con su entorno.

“ya hay un parte de tranquilidad para mi familia y que me ven bien, y controles... y que en la parte de los síntomas se ha visto muy, muy favorecida sí, eso es una tranquilidad para mi familia, mi entorno y para mí” (E2).

Ahora bien, pese a los mejoramientos señalados, también es claro para los entrevistados que aún hace falta mucho por mejorar en la atención, y en general, frente al enfoque que tanto profesionales, como sociedad en general tienen frente a los TCA. Se encontraron entonces diversas ideas. Inicialmente, algunos entrevistados indicaron que se requiere mejorar la información existente sobre los TCA, pues actualmente se tiene conocimiento únicamente de la anorexia y la bulimia como trastornos de la alimentación, dejando de lado otras condiciones igualmente importantes y prevalentes en la población como la

tanorexia, ortorexia y los comedores compulsivos; sobre estos últimos recalcan que hay una gran estigmatización al no ser considerados como sujetos que tienen una enfermedad. En este sentido, este grupo expresó que, si los profesionales se tomaran el trabajo de realizar una investigación pertinente sobre estos padecimientos, entenderían el dolor que sufre una persona que come compulsivamente y no es capaz de controlar este problema por sí sola, y así, tendrían la misma simpatía que tienen con los pacientes que presentan cualquier otra afección.

“me gustaría que lo vieran con más empatía, que, que, que o sea que investigaran, si ellos se toman el trabajo de investigar van a saber el, el dolor que sufre una persona que come compulsivamente y que no es capaz de comer; eh la... el trasfondo, el por qué comen de esta manera, entenderían muchas cosas” (E2).

Por su parte, varios entrevistados manifestaron la necesidad de contar con un proceso de atención continuo, y a su vez de implementar un protocolo que permita llevar a cabo un seguimiento integral después de las consultas, ya que no se trata únicamente de lograr cambios en el peso corporal, pues para los pacientes, los trastornos alimenticios van mucho más allá.

“continuidad en el servicio y que comprendan que un solo especialista por mucho que sepa, no puede suplir todos los campos que están afectados por una enfermedad de trastorno alimenticio” (E3).

Por último, un pequeño grupo de participantes expresó que se requiere contar con un equipo interdisciplinario para la prestación de los servicios, pues piensan que por más conocimiento que tenga un profesional, este no puede suplir todos los campos que se ven afectados como consecuencia de la enfermedad. Además, relataron que no solamente se debe intervenir el trastorno cuando este ya se encuentra avanzado, sino que también debe haber un enfoque hacia la prevención de esta problemática, tal y como se hace con otras enfermedades. De igual manera, el resto de la población mencionó que los profesionales no solo deben estar capacitados en el área de la salud como tal, sino que también deben tener competencias en el campo de los TCA, con el fin de que puedan realizar una adecuada orientación hacia otras áreas que permitan determinar si el paciente realmente padece un desorden en la alimentación.

“se requiere de un equipo interdisciplinar, pero no solo como mecanismo de solución o una enfermedad avanzada, sino que hay que trabajar con prevención, igual que se hace con medicina cardiovascular para hipertensos” (E3).

Todos estos serían elementos que a su juicio mejorarían los procesos y resultados en salud de quienes padecen un TCA, pues como se dijo, aunque varios de ellos sienten que han obtenido buenos resultados, aún podría hacerse más.

10. Limitaciones del estudio

En otro orden de ideas, es preciso mencionar que el estudio presenta algunas limitaciones, en el sentido de que se trabajó con una serie de pacientes que hacen parte de un grupo de apoyo de la ciudad, del cual no se pudo obtener características específicas, como el lugar exacto en el que se reúnen, ni por quien es liderado dicho grupo.

11. Discusión

Uno de los enfoques mediante los cuales se ha abordado la conceptualización y la medición de la calidad del servicio en salud, nace con los trabajos de Donabedian (1980 y 1988), quien define la calidad en servicios de salud como la habilidad de alcanzar objetivos deseables haciendo uso de medios legítimos (74).

Para evaluar y medir la calidad del servicio en salud, Donabedian propone un modelo de estructura-proceso-resultado. En este esquema la estructura se refiere al conocimiento, a la habilidad y a los recursos del proveedor de servicios para diagnosticar y tratar apropiadamente las condiciones de salud del paciente. El proceso se refiere al diagnóstico y la aplicación apropiada de las intervenciones terapéuticas, mientras los resultados evalúan si los recursos profesionales y técnicos producen los efectos que se esperan en términos de salud o bienestar en el paciente (74).

De esta manera, a nivel país, la Ley 100 de 1993, en su artículo 153 sobre el tema de la calidad, prevé que el Sistema General de Seguridad Social debe establecer mecanismos de control de los servicios para garantizar a los usuarios la calidad en la atención oportuna, personalizada, humanizada, integral, continua y de acuerdo con estándares aceptados en la práctica profesional (74).

Dado el panorama anterior, en este apartado serán contrastados algunos de los hallazgos de la investigación con información recolectada a través de otros estudios.

Respecto al momento en que los trastornos de la conducta alimentaria aparecen, tal como se señaló para unos de los entrevistados la manifestación de estos se dio en la infancia, pero otros indicaron que dicho evento se presentó en la adolescencia. Ahora bien, la literatura consultada señala que la aparición de trastornos alimenticios, es mayor en la adolescencia, por la capacidad de los cambios biológicos, psicológicos y la interpretación de la sociedad en esta etapa de la vida, relacionado con la preocupación del prototipo de belleza. En su mayoría, las adolescentes y adultas jóvenes quedan entre los grupos con mayor prevalencia de los TCA (75).

Adicionalmente, cabe señalar que este conjunto de alteraciones son las principales enfermedades más padecidas por los jóvenes, la mayoría del sexo femenino. La

tendencia de inicio es cada vez a edades más adelantadas, sin embargo, también se padece a edades más tardías que antes, por lo que se amplía la franja de edad de las personas que sufren estas alteraciones. Las causas de estos trastornos son múltiples por lo que deben ser tratados de manera multidisciplinar (76).

Un segundo elemento a ser destacado, es que algunos de los participantes señalaron de manera enfática, la importancia que para ellos representó contar con un diagnóstico sobre su enfermedad; pues ello les permitió tener mayor tranquilidad, e iniciar la búsqueda necesaria para encontrar ayuda a su enfermedad.

Este hallazgo, es similar a lo planteado por Urzúa, Castro, Lillo y Leal (77.p.1) quienes señalan que la posibilidad de tener un diagnóstico acertado que tenga en cuenta los diferentes signos y conductas que presentan las personas que padecen estos trastornos, facilitaría la optimización del recurso humano y principalmente, indagar tempranamente a aquellas personas que se encuentren en riesgo, facilitando la prevención.

De este modo, es importante comunicar a los pacientes de manera clara sobre el diagnóstico del TCA, describiendo las características más importantes de este trastorno mental. Es útil también, explicar las dimensiones físicas y alteraciones que provoca, así como su evolución y pronóstico (78).

Además, se debe evitar culpabilizar a la persona afectada. No obstante, se le debe explicar con claridad que padece una enfermedad, que tiene curación y tratamiento pero que para ello es imprescindible su implicación (78).

Otro aspecto relevante que se encontró con el desarrollo de la investigación, está relacionado con el requerimiento de los participantes porque el tratamiento de su condición se lleve a cabo mediante un abordaje interdisciplinar, y así, se preste una atención integral a todos los aspectos que se ven implicados con la presencia de la enfermedad.

Lo anterior, guarda consistencia con lo dicho por Sarró (79. p1) quien expresa que los trastornos de la conducta alimentaria (TCA) requieren, por su gravedad, ser tratados a través de un equipo interdisciplinario que tiene como objetivo la recuperación de la persona afectada en todos los aspectos que pueden verse afectados por este trastorno:

la salud física, la salud psicológica, la relación con los demás, el correcto funcionamiento educativo o laboral, entre otros.

El equipo interdisciplinario lo integran profesionales de diferentes ámbitos que trabajan de forma coordinada y con unos objetivos terapéuticos individualizados para cada persona. Habitualmente, lo forman profesionales de los ámbitos de la psiquiatría, psicología, enfermería, nutrición, otros médicos y médicas especialistas si es necesario (79).

En otro orden de ideas, los entrevistados manifestaron que además de la atención que han recibido por medio de los servicios de salud, han participado en grupos de apoyo, los cuales les han permitido tener una evolución positiva de su enfermedad, y adquirir conocimientos acerca de los TCA. Los grupos de apoyo o de ayuda mutua (GAM), son definidos como grupos de personas que se reúnen de manera voluntaria para ayudarse mutuamente. En general, están formados por individuos que tienen un mismo problema o que se encuentran en una misma situación conflictiva (78).

Adler y Matthews (78. p.108) manifiestan que se puede considerar el apoyo social como un recurso social para hacer frente al estrés y que, necesariamente, implica la presencia y el producto de relaciones interpersonales. Desde el punto de vista de su relación con la salud, resulta más relevante la evaluación del apoyo social percibido que del apoyo social real. De modo que, el apoyo social favorece la salud, bien porque se relaciona negativamente con el comienzo de enfermedades u otros problemas de salud y facilita la recuperación de algunos trastornos.

Por su parte, Bennett, Cooper, Cattnach y Rodin (78.p.108) consideran que por el momento los trabajos de revisión efectuados confirman que el apoyo social debe ser considerado como una variable de especial interés en el caso de los trastornos de la conducta alimentaria.

Ahora bien, los entrevistados también señalaron que una de las dificultades más relevantes para ellos en referencia al talento humano en salud, que trabaja en la atención de los TCA, es su desconocimiento sobre esta problemática. Así pues, la literatura señala como principales debilidades de los programas de prevención existentes la falta de

conocimiento y sensibilización sobre el tema en el ámbito de Educación y Sanidad, la escasez de programas interdisciplinarios y el grado insuficiente de coordinación entre las diferentes instituciones (80).

Conforme a esto, Pertuz, Navarro, Laborde, Gómez y Lasprilla (81.p.106) mediante su estudio indican que existe poca disponibilidad de profesionales especializados en trastornos de la conducta alimentaria. En este sentido, también expresan que, en términos generales, no hay suficientes profesionales que tengan el entrenamiento apropiado en el diagnóstico, la psicoterapia y la psicofarmacoterapia propuestos en la GPC sobre TCA, y quienes están disponibles no se distribuyen equitativamente entre la población usuaria.

En cuanto al proceso de atención, los participantes identificaron como factor crítico la duración y oportunidad en la atención para sus trastornos, ya que consideraron que los tiempos dedicados en las consultas son inapropiados. Lo anterior, se complementa con lo señalado por Álvarez, Pradilla y Villa (82.p.7) quienes señalan que en la actualidad existe la percepción entre los actores principales que el tiempo asignado para consulta médica es insuficiente y puede llevar a falencias en la prestación de atención en salud con calidad, a deficiencias en la resolución de problemas y a un pobre ambiente laboral.

A su vez, March, Suess, Prieto, Escudero, Nebot, Cabeza, et.al. (80.p.7) exponen que los principales puntos críticos respecto al tratamiento de los TCA tienen en común la consideración de una falta de recursos materiales y humanos. Se denuncia una escasez de cobertura con centros especializados y hospitales, que dificulta la accesibilidad e impide un tratamiento cerca del lugar de residencia, problemas de organización de tiempo tanto de duración, periodicidad de las consultas y tiempo de espera, considerados como causa de un abandono frecuente del sistema de salud.

A tal efecto, estudios realizados en diferentes países del mundo, señalan que hasta el 20% del tiempo de la consulta médica está dedicada para resolver problemas burocráticos, el tiempo dedicado a la consejería y tratamiento es de dos minutos y el dedicado a la exposición del problema es de 18,3 segundos, mostrando breve tiempo de comunicación, lo que sugiere la necesidad de ampliar el tiempo de diálogo activo (83).

En cuanto a los resultados alcanzados con el estudio, se pudo evidenciar que para los entrevistados el proceso de atención ha sido beneficioso al complementar el tratamiento físico y emocional con ayuda psicológica. Esto, se sustenta de acuerdo a lo indicado por Besser y Moncada (84.p.70), los cuales señalan que algunos estudios han permitido afirmar la efectividad de la psicoterapia y han señalado que diversas psicoterapias logran una mejoría general de estos pacientes, independiente de la técnica como de la teoría del cambio, ampliación de sesiones e incluso de la experiencia del profesional encargado de la terapia.

De otro lado, parte de los entrevistados indicaron que los profesionales no sólo deben tener competencias en el área de la salud, sino que también deben contar un adecuado conocimiento sobre los TCA. Dicho hallazgo, se puede reafirmar con lo expresado por Cruzat y Haemmerli (85.p.139) quienes manifiestan que los principales resultados encontrados sobre lo que los pacientes con trastornos alimentarios consideran como factores responsables en su recuperación, se encuentran las destrezas de comunicación de los profesionales, los acuerdos de tratamiento entre este personal y los pacientes y, el enfoque del tratamiento.

Adicionalmente, los participantes relataron que el tratamiento que han recibido, les ha permitido mejorar su calidad de vida y por ende sus relaciones familiares y con su entorno. De esta forma, se coincide con las afirmaciones de Cruzat y Haemmerli, (85.p.139) quienes aseguran que las relaciones de apoyo con otros pacientes también son estimadas como elementos importantes, así como el sentirse comprendidos y apoyados por sus allegados.

Asimismo, diferentes estudios justifican que existe una relación entre el apoyo social y los trastornos alimentarios, en la que un gran apoyo social observado beneficia la tranquilidad o conveniencia, y la falta de apoyo encamina a un progreso significativo del trastorno (86).

12. Conclusiones

Describir las percepciones de los entrevistados con un trastorno alimenticio, implicó conocer estos son entendidos como enfermedades complejas, que constituyen en la actualidad un importante problema de salud pública, mismas que aparecen en edades tempranas de la vida, como en la infancia, adolescencia y que persisten en la vida adulta; obligando a que las personas afectadas recurran a la búsqueda de atención y/o apoyo.

Al mismo tiempo, se encontró que los pacientes que padecen un TCA, generalmente realizan un proceso de autorreconocimiento por medio del cual identifican alguna situación irregular frente a sus patrones de alimentación.

Pese a esto, para los pacientes que presentan esta enfermedad, es fundamental contar con un diagnóstico elaborado mediante un equipo interdisciplinario, integrado por profesiones como la medicina, la nutrición, la psicología, etc, dado que este escenario les permite iniciar un proceso de recuperación y mejoramiento de su calidad de vida. De esta manera, se hace necesaria la participación de dichas disciplinas en la elaboración del diagnóstico y el plan de tratamiento, con el fin de lograr el restablecimiento de la salud del paciente.

Por otro lado, una de las principales dificultades que enfrentan estos pacientes, es el desconocimiento y la falta de abordaje integral que manejan el personal que trabaja en las instituciones de salud entorno a los TCA. Esto da lugar a plantear que, el recurso humano en el sistema de salud colombiano debería contar con una mayor capacitación y por ende un mejor conocimiento sobre este tipo de trastornos, cuya prevalencia es cada vez más considerable.

Seguidamente, la investigación revela que la oportunidad y la continuidad en la atención que se presta a las personas que han sido diagnosticadas con un TCA, son identificados como aspectos a mejorar, dado que varios de los entrevistados manifestaron que este tipo de dificultades son enfrentadas con frecuencia en los servicios asistenciales. Ante este panorama, se requiere el establecimiento de procesos de atención continuos, y la aplicación de medidas acordes que permitan realizar un seguimiento integral a la evolución de cada uno de los pacientes luego de cada consulta.

En este sentido, el trabajo también ha demostrado que desafortunadamente la atención de estos trastornos en el sistema de salud colombiano esta mediada por el tipo de aseguramiento que presentan los usuarios, es decir, que, si estos cuentan con atención complementaria como pólizas o planes de medicina prepagada, la calidad de los servicios será mejor; hecho que pone en desventaja a las personas que no tienen la posibilidad de adquirir este tipo de asistencia.

En otro orden de ideas, el complemento entre el proceso de atención y la ayuda recibida a través de los grupos de apoyo, han generado grandes beneficios para la vida de los entrevistados, ya que mediante estos han obtenido elementos que les han ayudado en su recuperación y, al mismo tiempo han aprendido a conocer en profundidad su padecimiento. Además, estos han presentado cambios positivos en sus relaciones familiares, personales y sociales.

Asimismo, se señala la relevancia del presente estudio para el campo profesional de la administración en salud, pues la información obtenida da indicios de que la manera en la cual responde el sistema sanitario en el país a las necesidades de atención que presentan los pacientes con trastornos alimenticios para su recuperación, no es la adecuada.

En este orden, el desarrollo de la investigación, resalta la importancia de contar con profesionales en salud que tengan una mejor preparación y sensibilidad para atender este tipo de trastornos, que las instituciones de salud eviten en lo posible la rotación continua de dicho personal; que las consultas cuenten con más duración, y la asignación de las siguientes secciones no implique demoras injustificadas que terminen ocasionando que los pacientes desistan de buscar la ayuda requerida.

Adicionalmente, se reafirma la necesidad de implementar un trabajo conjunto entre diferentes disciplinas para hacer frente a esta enfermedad de una manera integral, teniendo en cuenta que los pacientes consideran que los TCA deben ser analizados desde diversas perspectivas.

13. Recomendaciones

- Se hace necesario la realización de estudios que den cuenta de la prevalencia y el comportamiento que tienen los trastornos alimenticios en Colombia y Medellín.
- Del mismo modo, se requiere desarrollar más estudios que permitan identificar cuáles son las limitaciones o barreras sobre el acceso a los servicios de salud que enfrentan los pacientes con trastornos alimenticios a nivel nacional y local.
- También, es preciso implementar programas, proyecto y/o políticas que sirvan como orientación para pacientes que puedan estar presentando un TCA.

14. Referencias

1. Definición. DE. Definición de propulsión [Internet] [Consultado 2021 Oct 21] Disponible en: <https://definicion.de/propulsion/#:~:text=Propulsar%2C%20por%20tanto%2C%20verbo%20se,la%20acci%C3%B3n%20de%20una%20fuerza.>
2. Definición. DE. Definición de purgar [Internet] [Consultado 2021 Oct 21] Disponible en: <https://definicion.de/purgar/#:~:text=Una%20purga%2C%20por%20lo%20tanto,opositores%20de%20un%20determinado%20r%C3%A9gimen.>
3. Khan Academy. Neurotransmisores y receptores [Internet] [Consultado 2021 Oct 21] Disponible en: <https://es.khanacademy.org/science/biology/human-biology/neuron-nervous-system/a/neurotransmitters-their-receptors>
4. EcuRed. Inanición [Internet] [Consultado 2021 Oct 21] Disponible en: <https://www.ecured.cu/Inanici%C3%B3n>
5. Sánchez Amador S A. Lanugo: características y funciones de este tipo de vello corporal [Internet] [Consultado 2021 Oct 21] Disponible en: <https://psicologiymente.com/salud/lanugo>
6. Clínica los condes. Constipación [Internet] [Consultado 2021 Oct 21] Disponible en: <https://www.clinicalascondes.cl/BLOG/Listado/Gastroenterologia/constipacion>
7. UNICEF. Emaciación [Internet] [Consultado 2021 Oct 21] Disponible en: <https://www.unicef.org/es/comunicados-prensa/otros-67-millones-de-ni%C3%B1os-menores-de-5-a%C3%B1os-podr%C3%ADan-sufrir-de-emaciaci%C3%B3n-este>
8. González HE. Calidad de la atención [Internet] [Consultado 2021 Ago 25] Disponible en: <https://www.aiu.edu/spanish/calidad-de-la-atencion.html>
9. Cerquera MF. Prevalencia y factores de riesgo asociados a trastornos de la conducta alimentaria en estudiantes de primer semestre del cohorte 2010 de la carrera nutrición y dietética de la Pontificia Universidad Javeriana- Bogotá 2020 [Internet] Bogotá: Pontificia Universidad Javeriana; 2020 [Consultado 2021 Ago 25] Disponible en: <https://repository.javeriana.edu.co/bitstream/handle/10554/49705/TG%20documento%20final%20junio%2009.pdf?sequence=3&isAllowed=y>

10. Vargas MJ. Trastornos de la conducta alimentaria. Revista Médica De Costa Rica y Centroamérica LXX [Internet] 2013: 475- 482 [Consultado 2021 Ago 25] Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/revmedcoscen/rmc-2013/rmc133q.pdf>
11. Fernández JM. Propuesta de intervención: Programa de prevención de trastornos de conducta alimentaria en el aula [Internet] [Consultado 2021 Ago 25] Disponible en: http://repositori.uji.es/xmlui/bitstream/handle/10234/177312/TFM_2018_FernandezGutierrez_JuanaMaria.pdf?sequence=1&isAllowed=y
12. Forrellat Barrios M. Calidad en los servicios de salud: un reto ineludible [internet]. [consultado 2021 Abr 17]. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/hih/v30n2/hih11214.pdf>
13. Oliveros López V I, Rodríguez Díaz Z S, Sandoval Guzmán S A. La calidad de atención en salud vida EPS [Internet]. [Consultado 2021 Abr 18]. Disponible en: https://repository.ucc.edu.co/bitstream/20.500.12494/12663/4/2019_calidad_atenci%C3%B3n_salud-vida-EPS.pdf
14. Mariño E. Evaluación de la calidad de atención y satisfacción del usuario que asiste a la consulta en el Departamento Médico del Instituto Nacional Mejía en el periodo 2012 [Internet] Quito: Universidad Central Del Ecuador; 2014 [Consultado 2022 Ene 8] Disponible en: <http://www.dspace.uce.edu.ec/bitstream/25000/4665/1/T-UCE-0006-12.pdf>
15. Garzón Ariza GY, Ariza Pardo Y. Importancia de la calidad en los servicios de salud y Servqual como método para la medición de la calidad en los servicios de salud [Internet] Bucaramanga: Universidad de Santander; 2018 [Consultado 2022 Mar 24] Disponible en: <https://repositorio.udes.edu.co/bitstream/001/698/1/Importancia%20de%20la%20calidad%20en%20los%20servicios%20de%20salud%20y%20Servqual%20como%20m%C3%A9todo%20para%20la%20medici%C3%B3n%20de%20la%20calidad%20en%20los%20servicios%20de%20salud..pdf>

16. Vargas Melgarejo LM. Sobre el concepto de percepción. *Alteridades* [Internet] 2014; 4 (8): 47-53 [Consultado 2022 Mar 22] Disponible en: <https://alteridades.izt.uam.mx/index.php/Alte/article/view/588>
17. Pabón ML, Palacio KI. Percepción de la calidad de los servicios de salud desde la satisfacción de los usuarios en el hospital local de Sitio Nuevo Magdalena, periodo 2017-2019 [Internet] Barranquilla: Universidad de la Costa C.U.C; 2020 [Consultado 2021 Ago 25] Disponible en: <https://repositorio.cuc.edu.co/bitstream/handle/11323/6423/PERCEPCI%C3%93N%20DE%20LA%20CALIDAD%20DE%20LOS%20SERVICIOS%20DE%20SALUD.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
18. Vargas González G, Valecillos J, Hernández C. Calidad en la prestación de servicios de salud: Parámetros de medición. *RCS* [Internet] 2013; 19 (4): 663 - 671 [Consultado 2022 Mar 24] Disponible en: <https://produccioncientificaluz.org/index.php/rcs/article/view/25654>
19. Méndez JP, Vázquez VV, García GE. Los trastornos de la conducta alimentaria. *Medigraphic* [Internet] 2008; 65 [Consultado 2021 Mar 28] Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/bmhim/hi-2008/hi086n.pdf>
20. Peláez Fernández A, Encinas Francisco L, Raich Rosa M. Prevalencia de los trastornos de la conducta alimentaria: consideraciones metodológicas. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy* [Internet] 2005; 5(2): 135-148 [Consultado 2021 Mar 28] Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/560/56050204.pdf>
21. *El colombiano*. Anorexia: Medellín, en la mira regional [Internet] [Consultado 2021 Mar 30] Disponible en: https://www.elcolombiano.com/historico/anorexia_medellin_en_la_mira_regional-KDec_119517
22. Mayo Clinic. Trastornos de la alimentación [internet]. [consultado 2021 Mar 30] Disponible en: <https://www.mayoclinic.org/es-es/diseases-conditions/eating-disorders/symptoms-causes/syc-20353603>
23. Neda Feeding hope. Consecuencias de salud de los trastornos alimenticios [internet]. [consultado 2021 Mar 30] Disponible en:

<https://www.nationaleatingdisorders.org/consecuencias-de-salud-de-los-trastornos-alimenticios>

24. Aguilar Hurtado M E, Sagredo Pérez J, Heras Salvat G, Estévez Muñoz J C, Linares López M L, Peña Rodríguez E. Atención a pacientes con trastornos del comportamiento alimentario en un EAP: identificando oportunidades de mejora [Internet]. [Consultado 2021 Ago 23] Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-articulo-atencion-pacientes-con-trastornos-del->
25. Ministerio de Sanidad y Consumo Cataluña. Guía de Práctica Clínica sobre Trastornos de la Conducta Alimentaria [Internet] [Consultado 2021 Ago 23] Disponible en: http://www.aeesme.org/wp-content/uploads/docs/GPC_440_TCA_Cataluya.pdf
26. Subdirección de Enfermedades No Trasmisibles. Boletín de salud mental, Oferta y Acceso a Servicios en Salud Mental en Colombia [Internet] [Consultado 2022 Abr 18] Disponible en: <file:///C:/Users/USUARIO/Downloads/Boletin-6-salud-mental-2018.pdf>
27. Corte Constitucional. Sentencia T-094/11 [Internet] [Consultado 2022 Abr 18] Disponible en: <https://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2011/T-094-11.htm>
28. Salinas Sánchez JL, González Díaz HE. Evaluación de la calidad en servicios de atención y orientación psicológica: conceptos e indicadores. *Psicol. Am. Lat.* [Internet] 2006; (8) [Consultado 2022 Abr 18] Disponible en: [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1870-350X2006000400014#:~:text=La%20evaluaci%C3%B3n%20de%20la%20calidad%20de%20la%20atenci%C3%B3n%20debe%20tener,lo%20estableci%C3%B3n%20Donabedian%20\(1984\).](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1870-350X2006000400014#:~:text=La%20evaluaci%C3%B3n%20de%20la%20calidad%20de%20la%20atenci%C3%B3n%20debe%20tener,lo%20estableci%C3%B3n%20Donabedian%20(1984).)
29. Pérez Bejarano DS, Pérez Uribe R, Rivera Díaz GE. Percepción de la calidad del servicio [Internet] [Consultado 2021 Ago 16] Disponible en: <file:///C:/Users/USUARIO/Downloads/PERCEPCINDELACALIDADDELSERVICIO.ff.pdf>
30. Arias CA. Enfoques teóricos sobre la percepción que tienen las personas. *Horiz. Pedegóg* [Internet] 2006; 8 (1): 9-22 [Consultado 2021 Ago 14] Disponible en:

- file:///C:/Users/USUARIO/Downloads/Dialnet-
EnfoquesTeoricosSobreLaPercepcionQueTienenLasPerso-4907017.pdf
31. Arimetrics. Qué es Calidad Percibida [Internet] [Consultado 2021 Oct 22] Disponible en: <https://www.arimetrics.com/glosario-digital/calidad-percibida>
 32. Tobar F. La atención de la salud [Internet] [Consultado 2021 Oct 22] Disponible en: <https://salud.gob.ar/dels/entradas/la-atencion-de-la-salud>
 33. Chávez Cruz AL, Molina Regalado JL. "Evaluación de la Calidad de Atención en Salud mediante el modelo de Avedis Donabedian, en el área de emergencia del hospital Paravida de julio a diciembre 2014 [Internet] San Salvador: Universidad de El Salvador; 2015 [Consultado 2022 Ene 11] Disponible en: <http://ri.ues.edu.sv/id/eprint/11055/1/Tesis%20Final.pdf>
 34. Marroquín Cardona M. Percepción de la calidad de atención en la sala de primer contacto [Internet] Nuevo León: Universidad Autónoma de Nuevo León; 2004 [Consultado 2021 Oct 16] Disponible en: <http://eprints.uanl.mx/1510/1/1020149960.PDF>
 35. Banoy Ríos JO. Jaimes NC. ¿Cómo medimos la percepción de calidad y satisfacción del cliente en el sector salud colombiano? [internet]. [consultado 2021 Abr 17]. Disponible en: <https://repository.unimilitar.edu.co/bitstream/handle/10654/6813/BanoyRiosJoseOctavio2012.pdf?sequence=2&isAllowed=y>
 36. Asociación Médica Argentina. Capítulo 8 de la calidad de la atención en salud [Internet] [Consultado 2021 Ago 23] Disponible en: <https://www.ama-med.org.ar/images/uploads/files/Capitulo%208.pdf>
 37. López, C. Treasure, J. Trastornos de la conducta alimentaria en adolescentes: descripción y manejo. Rev. Med. Clin. [internet] 2011; 22(1): 85-97 [consultado 2021 Abr 26] Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-medica-clinica-las-condes-202-pdf-S0716864011703960>
 38. Saúde Mental Feafes Galicia. Salud Mental ¿Qué es? [internet] [Consultado 2021 Abr 26]. Disponible en: <https://feafesgalicia.org/ES/content/que-es-la-salud-mental>
 39. Álvarez Amor L, Aguaded Roldán J, Esquerra Cabrera M. La alimentación familiar. Influencia en el desarrollo y mantenimiento de los trastornos de la conducta

- alimentaria. Universidad de La Roja [internet]. 2014;19 2051-2069 [consultado 2021 Abr 30] Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6250752>
40. Gonzales Carachule LC, Huanca Vilca ED. "La calidad del servicio y su relación con la satisfacción de los consumidores de restaurantes de pollos a la brasa de Mariano Melgar, Arequipa 2018 [Internet] Arequipa: Universidad Tecnológica del Perú; 2020 [Consultado 2021 Oct 16] Disponible en: <https://repositorio.utp.edu.pe/handle/20.500.12867/3031>
41. Redhead García RM. Calidad de servicio y satisfacción del usuario en el Centro de Salud Miguel Grau Distrito de Chaclacayo 2013 [Internet] Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2013 [Consultado 2021 Oct 16] Disponible en: https://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12672/4806/Redhead_gr.pdf?sequ
42. Reyes MI, Weldt C, Mateluna X, Almarza E. Medición de la Calidad del Servicio de Salud Mental de un Servicio de Salud Universitario en Función de los Índices de Satisfacción de un Grupo de Usuarios. *Terapia Psicológica* [Internet] 2005; 23 (2): 45-54 [Consultado 2022 Abr 30] Disponible en: <https://cursoauditoria.webcindario.com/Garis%2011%20biblio%20medicion%20de%20calidad.pdf>
43. Bunge EL, Maglio AL, Carrea G, Entenberg G. Satisfacción y Tipo de Servicios de Salud Mental para Niños y Adolescentes. *Rev. Latinoam. Cienc. Soc. niñez juv* [Internet] 2016; 14 (1): 401-415 [Consultado 2022 Abr 30] Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/rlcs/v14n1/v14n1a28.pdf>
44. Liu L, Heno P, Conti J. Perspectivas sobre las barreras para la participación en el tratamiento de personas con síntomas de trastornos alimentarios que no se han sometido a tratamiento: un estudio cualitativo [Internet] [Consultado 2022 Abr 30] Disponible en: <https://bmcp psychiatry.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12888-022-03890-7#abbreviations>
45. Ministerio de Salud y Protección Social. Decreto 2309 de 2002 [Internet] [Consultado 2021 Ago 24] Disponible en:

- <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/Decreto-2309-de-2002.pdf>
46. Ministerio de Salud y Protección Social. Decreto número 1011 de 2006 [Internet] [Consultado 2021 Ago 24] Disponible en: https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/DECRETO%201011%20DE%202006.pdf
47. Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución 13437 de 1991 [Internet] [Consultado 2021 Ago 24] Disponible en: https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/RESOLUCI%C3%93N%2013437%20DE%201991.pdf
48. Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución número 3100 de 2019 [Internet] [Consultado 2022 Abr 20] Disponible en: https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resoluci%C3%B3n%20No.%203100%20de%202019.pdf
49. Corona, JL. Investigación Cualitativa: fundamentos epistemológicos, teóricos y metodológicos. Vivat Academia [Internet] 2018; (144): 69-76 [Consultado 2021 Sep 7] Disponible en: <https://www.vivatacademia.net/index.php/vivat/article/view/1087>
50. Gianella A E. La relación de la epistemología en la ciencia [Internet] [Consultado 2021 Sep 10] Disponible en: http://www.memoria.fahce.unlp.edu.ar/art_revistas/pr.1309/pr.1309.pdf
51. Manrique M S, Di Matteo M, F, Sánchez Troussel L. Análisis de la implicación: construcción del sujeto y del objeto de investigación [Internet] [Consultado 2021 Sep 10] Disponible en: <https://www.scielo.br/j/cp/a/3zQ8wgVDzZP4Z4gfTnbHK8n/?lang=es>
52. Martínez J. Métodos de investigación cualitativa [Internet] [Consultado 2021 Sep 12] Disponible en: https://nanopdf.com/download/metodos-de-investigacion-cualitativa_pdf
53. Morales S. ¿Qué es la epistemología y para qué le sirve al científico? [internet] [Consultado 2021 Sep 10] Disponible en:

- <https://cienciasdelsur.com/2019/07/04/que-es-la-epistemologia-y-para-que-le-sirve-al-cientifico/>
54. Ruedas M, Ríos MM, Nieves F. Hermenéutica: La roca que rompe el espejo. Investigación y Postgrado [Internet] 2009; 24 (2): 181-201 [Consultado 2021 Sep 12] Disponible en: <https://biblat.unam.mx/hevila/InvestigacionyPostgrado/2009/vol24/no2/8.pdf>
 55. Portilla M, Rojas AF, Hernández I. Investigación Cualitativa: una reflexión desde la educación como hecho social [Internet] 2014; 3 (2): 86-100 [Consultado 2021 Sep 16] Disponible en: <https://revistas.udenar.edu.co/index.php/duniversitaria/article/view/2192>
 56. Cotán Fernández A. El sentido de la investigación cualitativa. Escuela Abierta [Internet] 2016; 19: 33-48 [Consultado 2021 Sep 16] Disponible en: https://www.ceuandalucia.es/escuelaabierta/pdf/articulos_ea19/EA19-sentido.pdf
 57. Galeano Marín ME. Estudio cualitativo de caso: el interés por la singularidad. Estrategias de investigación social cualitativa, el giro en la mirada. Medellín: La carreta Editores E.U.; 2012. 63-81.
 58. Simons H. El estudio de caso: Teoría y práctica. Madrid: Morata, S. L; 2011
 59. Requena Serra B. Muestreo por conveniencia [Internet] [Consultado 2021 Sep 17] Disponible en: <https://www.universoformulas.com/estadistica/inferencia/muestreo-conveniencia/>
 60. Question Pro. ¿Qué es el muestreo por conveniencia? [Internet]. [Consultado 2021 Sep 17] Disponible en: <https://www.questionpro.com/blog/es/muestreo-por-conveniencia/>
 61. Enciclopedia Económica. Muestreo por conveniencia [internet] [Consultado 2021 Sep 17] Disponible en: <https://enciclopediaeconomica.com/muestreo-por-conveniencia/>
 62. Ibertic. Entrevistas en profundidad, guía y pautas para su desarrollo [Internet] [Consultado 2021 Oct 17] Disponible en: https://oei.org.ar/ibertic/evaluacion/pdfs/ibertic_guia_entrevistas.pdf
 63. Acosta M. La entrevista en profundidad como un instrumento para conocer los estilos de aprendizaje de los estudiantes de las ciencias experimentales [Internet]

- [Consultado 2022 Abr 24] Disponible en:
<http://servicio.bc.uc.edu.ve/ingenieria/revista/n2-2006/2-5.pdf>
64. Carreño Dueñas JA. Consentimiento informado en investigación clínica: un proceso dinámico. *pers.bioét* [Internet] 2016; 20 (2): 232-243 [Consultado 2021 Ago 21] Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/pebi/v20n2/0123-3122-pebi-20-02-00232.pdf>
65. Campoy TJ, Gómez E. Técnicas e instrumentos cualitativos de recogida de datos [Internet] [Consultado 2021 Sep 17] Disponible en: http://proyectos.javerianacali.edu.co/cursos_virtuales/posgrado/maestria_asesoria_familiar/Investigacion%20I/Material/29_Campoy_T%C3%A9cnicas_e_instrumentos_cualitativos_recogida_informacion.pdf
66. Restrepo Ochoa DA. La Teoría Fundamentada como metodología para la integración del análisis procesual y estructural en la investigación de las Representaciones Sociales. *CES Psicología* [Internet] 2013; 6 (1): 122-133 [Consultado 2022 Abr 28] Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/4235/423539419008.pdf>
67. Ministerio de salud. Resolución Numero 8430 de 1993. [Internet] [Consultado 2021 Oct 11] Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/RESOLUCION-8430-DE-1993.PDF>
68. Florencia Santi M. La ética de la investigación social en debate. Hacia un abordaje particularizado de los problemas éticos de las investigaciones sociales [Internet] Buenos Aires: Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales; 2013 [Consultado 2022 Ene 8] Disponible en: <https://repositorio.flacsoandes.edu.ec/xmlui/bitstream/handle/10469/5927/TFLACSO-2013MFS.pdf?sequence=2&isAllowed=y>
69. Manzini J L. Declaración de Helsinki: Principios éticos para la investigación Médica sobre sujetos humanos [Internet] [Consultado 2021 Oct 19] Disponible en: <https://scielo.conicyt.cl/pdf/abioeth/v6n2/art10.pdf>
70. Comisión Nacional para la Protección de Sujetos Humanos de Investigación Biomédica y de Comportamiento. Informe Belmont. Principios éticos y directrices

- para la protección de sujetos humanos de investigación [Internet] [Consultado 2021 Oct 19] Disponible en: https://ori.hhs.gov/education/products/mass_cphs/training_staff/RCRspan/RCRB_elmontReport.htm
71. Ética y seguridad. Declaración de Singapur sobre la Integridad en la Investigación [Internet] [Consultado 2021 Oct 19] Disponible en: <http://eticayseguridad.uc.cl/documentos/cec-artes/legislacion-cecsociales/cec-sociales/223-decla-singa-cec-sociales/file.html>
72. Consejo de Organizaciones Internacionales de las Ciencias Médicas (CIOMS), Organización Mundial de la Salud (OMS). Pautas éticas internacionales para la investigación relacionada con la salud con seres humanos [Internet] [Consultado 2021 Oct 19] Disponible en: https://cioms.ch/wp-content/uploads/2017/12/CIOMS-EthicalGuideline_SP_INTERIOR-FINAL.pdf
73. Camirra H, Cartaya S. Guía para la Investigación Académica [Internet] [Consultado 2022 Ene 8] Disponible en: https://pedagogicoiupma.files.wordpress.com/2019/02/camirra_cartaya_guia_investigac_iupma.pdf
74. Losada M, Rodríguez A. Calidad del servicio de salud: una revisión a la literatura desde la perspectiva del marketing. Cuad. Adm [Internet] 2007; 20 (34): 237-258 [Consultado 2023 Mar 08] Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/cadm/v20n34/v20n34a11.pdf>
75. Portela M, Da Costa H, Mora M, Raich R. La epidemiología y los factores de riesgo de los trastornos alimentarios en la adolescencia; una revisión. Nutr Hosp [Internet] 2012; 27(2): 391-401 [Consultado 2023 Mar 08] Disponible en: https://scielo.isciii.es/pdf/nh/v27n2/08_revision_07.pdf
76. Del Águila MA, Segura MP, Del Águila E. Identificación de los distintos tipos de trastornos alimenticios y sus características. Salud y cuidados durante el desarrollo Volumen I. ASUNIVEP;2017. 27-32.
77. Urzúa A, Castro S, Lillo A, Leal C. Evaluación de los trastornos alimentarios: propiedades psicométricas del test edi-2 en adolescentes escolarizados(as) de 13

- a 18 años. Rev Chil Nutr [Internet] 2009; 36 (4) [Consultado 2023 Mar 08] Disponible en: <https://www.scielo.cl/pdf/rchnut/v36n4/art02.pdf>
78. Pérez A. Trastornos de la conducta alimentaria: estudio de variables clínicas y propuesta de una tipología [Internet] Madrid: Universidad Complutense de Madrid; 2018 [Consultado 2023 Mar 08] Disponible en: <https://eprints.ucm.es/id/eprint/46697/1/T39643.pdf>
79. Sarró S. El tratamiento de los TCA, un trabajo interdisciplinario [Internet] [Consultado 2023 Mar 08] Disponible en: <https://tca.som360.org/es/blog/tratamiento-tca-trabajo-interdisciplinario>
80. March JC, Suess A, Prieto MA, Escudero MJ, Nebot M, Cabeza E. et al. Trastornos de la Conducta Alimentaria: Opiniones y expectativas sobre estrategias de prevención y tratamiento desde la perspectiva de diferentes actores sociales. Nutr Hosp [Internet] 2006; 21(1):4-12 [Consultado 2023 Mar 08] Disponible en: <https://scielo.isciii.es/pdf/nh/v21n1/original1.pdf>
81. Pertuz C, Navarro E, Laborde C, Gómez P, Lasprilla S. Implementación de una guía de práctica clínica para la detección oportuna y el diagnóstico de trastornos de la conducta alimentaria en adolescentes y adultos en el servicio de consulta externa y prioritaria de un hospital mental público de Colombia. Rev Colomb Psiquiat [Internet] 2020; 49(2): 102–108 [Consultado 2023 Mar 08] Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/rcp/v49n2/0034-7450-rcp-49-02-102.pdf>
82. Álvarez A, Pradilla S, Villa D. Calidad de la atención médica de 20 minutos, en CEMEV IPS, sedes Bello, Envigado y Villanueva, 2014 [Internet] Medellín: Universidad CES; 2014 [Consultado 2023 Mar 08] Disponible en: https://repository.ces.edu.co/bitstream/handle/10946/2532/Calidad_Atencion_Medica.pdf?sequence=2&isAllowed=y
83. Rodríguez A, Jarillo E, Casas D. La consulta médica, su tiempo y duración [Internet] [Consultado 2023 Mar 08] Disponible en: <http://ri.uaemex.mx/bitstream/handle/20.500.11799/95042/el+tiempo+de+una+consulta.pdf;jsessionid=CCF66C1F1F0729C1D3769152836EFA88?sequence=1>
84. Besser M C, Moncada L. Proceso Psicoterapéutico Desde la Perspectiva de Terapeutas que Tratan Trastornos Alimentarios: Un Estudio Cualitativo [internet].

[Consultado 2023 Mar 09]. Disponible en:
<https://www.scielo.cl/pdf/psykhe/v22n1/art06.pdf>

85. Cruzat Mandich C V, Haemmerli Delucchi C V. Escuchando a las Pacientes con Trastornos Alimentarios en Relación a su Tratamiento [internet]. [Consultado 2023 Mar 09]. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/2819/281921792004.pdf>
86. Méndez Camacho Y L, Cerquera Córdoba A M. Apoyo social en población con trastornos alimentarios [internet]. [Consultado 2023 Mar 09]. Disponible en: <https://revistavirtual.ucn.edu.co/index.php/RevistaUCN/article/view/1248/1623>

15. Anexos

Anexo 1. Formato entrevista

La presente entrevista ha sido diseñada con el objetivo de recolectar información acerca de la percepción de pacientes con trastornos alimenticios sobre la calidad de la atención recibida en los servicios asistenciales en la ciudad de Medellín en el año 2021.

Entrevistadoras: Investigadoras

Preguntas de generación de confianza

¿Cuál es tu nombre?

¿Cuántos años tienes?

¿A qué te dedicas?

¿Cuál es tu municipio de residencia?

¿Con quién vives?

¿Cuál es tu estado civil?

Vivencias y proceso salud-enfermedad

1. ¿Cómo te diste cuenta de que tenías un trastorno de la conducta alimentaria? (cómo fue eso)
2. ¿Cuál fue tu reacción? (qué pensaste, qué hiciste)
3. ¿A cuál régimen del sistema de salud perteneces y/o a qué EPS?
4. ¿Has buscado servicios de atención relacionados con tu enfermedad? (servicios médicos, psicológicos, etc.)
5. ¿Desde cuándo has accedido a esos servicios?

Estructura de la atención

Instalaciones físicas y recurso humano

6. En cuanto a los servicios a los que has accedido, ¿cómo te parecieron las instalaciones físicas donde fuiste atendido? (ubicación, comodidad, privacidad, adecuadas al tipo de servicios que realizan). (Preguntar por cada servicio mencionado).
7. Respecto al recurso humano que te ha atendido, ¿cómo te parece su idoneidad en aspectos como trayectoria, formación y profesionalismo?
8. ¿Te han realizado algún tipo de examen o prueba diagnóstica? (por ejemplo, algún examen de sangre, de tiroides, un test)
9. ¿Cómo te pareció el procedimiento de realización de dicho examen o prueba? (sentiste que fue adecuado, que fue bien realizado) Sí, no, ¿Por qué?

Proceso de atención

Acciones sobre los pacientes

10. ¿Cómo te ha parecido la agilidad del proceso de obtención de citas, exámenes y otros? (oportunidad)
11. ¿Cómo consideras la duración de las citas y otros procedimientos? (son los adecuados)
12. ¿Cómo consideras la continuidad del proceso de atención? (es decir, el tiempo establecido entre citas, remisiones, exámenes, etc.)
13. ¿Alguna vez te han formulado medicamentos para tu trastorno? (que medicamentos)
14. ¿Cómo ha sido el proceso de entrega o acceso a esos medicamentos? (ágil, adecuado, lento, inoportuno)
15. ¿Cómo ha sido tu vivencia personal con el uso de dichos medicamentos? (te has sentido bien usándolos)

Resultado de la atención

Cambios en el estado de salud

16. ¿Sientes que todo el proceso de atención que has recibido te ha realizado aportes? (salud y vida en general, desempeño y satisfacción personal, relaciones personales, familiares).

17. ¿Qué sugerencias le realizarías a los servicios que atienden a personas que sufren trastornos como tú?

18. ¿Deseas agregar o comentar algo adicional?

Anexo 2. Formato consentimiento informado



Consentimiento Informado

Título: Percepción de pacientes con trastornos alimenticios sobre la calidad de la atención recibida en los servicios asistenciales en la ciudad de Medellín en el año 2021.

Objetivo: El objetivo de esta investigación es describir la percepción de pacientes con trastornos alimenticios sobre la calidad de la atención recibida en los servicios asistenciales en la ciudad de Medellín en el año 2021.

Beneficios: La investigación no generará beneficios directos para usted como paciente. Los resultados de esta, podrán aportar con mejoras para el sistema de salud y el acceso a los servicios, respecto a diferentes trastornos de la conducta alimentaria.

Su participación en este estudio es autónoma, opcional y anónima, pues las únicas personas que estarán al tanto de su intervención serán los miembros del equipo de investigación. Las respuestas que usted dé son completamente confidenciales, ninguna persona va a conocer los resultados de manera individual, sino que lo hará de manera general, por tanto; no se revelará la identidad de ningún paciente.

De acuerdo a lo anterior, si decide participar de esta investigación, por favor diligencie la siguiente información:

Después de haber leído claramente el objetivo y beneficios de la investigación, manifiesto que he tomado la decisión de participar en ella de manera autónoma y consciente de mis capacidades, y que no he admitido ningún tipo de intimidación o imposición para colaborar en dicha investigación y que, en caso de no estar cómodo, puedo retirarme en el momento que lo desee.

Su firma revela que usted desea participar voluntariamente del estudio, después de haber leído y entendido toda la información antedicha.

Nombre del participante _____

Cédula _____

Firma _____