

L. Rojo^{1,2,3}
M. Barberá⁴
J. Plumed⁴
M. C. Sangüesa^{1,4}
L. Livianos^{2,4}

Hospitalización por trastornos de la conducta alimentaria. Satisfacción de pacientes y familiares

¹Unidad de Trastornos Alimentarios
Servicio de Psiquiatría
Hospital Universitario La Fe
Valencia

²Departamento de Medicina
Universidad de Valencia
Valencia

³CIBER en Epidemiología y Salud Pública (CIBERESP)
Valencia

⁴Servicio de Psiquiatría
Hospital Universitario La Fe
Valencia

Objetivo. Valoramos la calidad de una unidad de ingreso hospitalaria para trastornos de la conducta alimentaria desde la perspectiva de pacientes y padres para clarificar algunas cuestiones clínicas referidas al tratamiento hospitalario.

Método. Un cuestionario de satisfacción fue diseñado con preguntas abiertas y cerradas, tanto para pacientes como para familiares. Se mandó a todos los pacientes dados de alta en la unidad (n = 299). Obtuvimos los datos de las respuestas (n = 174) y buscamos correlaciones con factores como el ingreso forzoso, la edad de los pacientes y la duración del trastorno.

Resultados. Obtuvimos un alto nivel de satisfacción tanto de pacientes como de padres en la respuesta a las preguntas cerradas. La abierta mostró un marco más amplio de opiniones. Factores coercitivos como el ingreso forzoso no afectó al nivel de satisfacción de nuestro estudio. Mientras que la mayor parte de pacientes estaban preocupados por el excesivo control y la falta de privacidad, muchos padres consideraron las medidas de control como escasas y pidieron apoyo al alta.

Conclusiones. En líneas generales, el ingreso es satisfactorio tanto para pacientes como para familiares. El ingreso forzado no interviene significativamente en la satisfacción posterior del paciente.

Palabras clave:

Satisfacción usuario. Calidad asistencial. Trastorno alimentario. Hospitalización. Anorexia nerviosa. Bulimia nerviosa.

Actas Esp Psiquiatr 2009;37(5):267-275

Hospitalization due to eating behavior disorders. Patient and family satisfaction

Objective. In this paper, we assess the quality of an inpatient unit for eating disorders from the patients' and

their parents' perspective in order to clarify some clinical questions concerning inpatient treatment.

Method. A satisfaction questionnaire was designed with open and closed questions separately for the patients and their relatives. The first type of items (53 for patients and 15 for relatives) were analyzed by the standard statistical methods. The second type (one question per questionnaire) was studied with the help of qualitative techniques. It was sent to all discharged patients (n = 299). We obtained the data from the answers (n = 174) and then looked for correlations with factors as compulsory admission at the hospital, age of patients and duration of the disorder.

Results. A high level of general satisfaction was obtained by patients and parents answering the closed questions. The open one, discriminates among shades of meaning. coercive factors, such as compulsory admission, did not affect the level of satisfaction in our study. While most patients were concerned about excessive supervision and lack of privacy, many parents considered control measures as scarce and asked for support upon discharge.

Conclusion. Along general lines, hospitalization has been satisfactory for both the patients and their family. Forced admission did not significantly intervene in the subsequent satisfaction of the patient.

Key words:

Satisfaction. Quality. Eating disorder. Hospital admission. Anorexia nervosa. Bulimia nervosa.

INTRODUCCIÓN

En los últimos años, ha habido un número cada vez mayor de estudios que analizan los programas de asistencia psiquiátrica desde la perspectiva de la satisfacción del usuario. La mayoría de expertos en esta área consideran que la evaluación de la perspectiva del paciente es un método fundamental tanto para mejorar avances médicos como para el establecimiento de programas específicos designados para corregir errores¹. Está establecido que una satisfacción ma-

Correspondencia:

Luis Rojo Moreno
UTCA. Pabellón Maternal. Planta 11
Hospital Universitario La Fe
Avda. de Campanar 21
46009 Valencia
Correo electrónico: luis.rojo@uv.es

yor se asocia con mejor adherencia, menor absentismo y mayor progreso en la mejoría².

Los trastornos de la alimentación tienen unas características específicas que los diferencian de otros problemas psiquiátricos. Por ejemplo, algunos de sus aspectos nucleares, como la delgadez extrema y la importancia del control son muy valorados por los pacientes, razón por la que la evaluación subjetiva de programas de eficiencia en el tratamiento de estos aspectos podría ser negativa. Sin embargo, la mayor parte de autores creen que algunas de las características de los pacientes que sufren un trastorno alimentario, como la conservación de la capacidad cognitiva y expresiva, les permite ser buenos informantes frente a los pacientes que sufren otro tipo de trastornos³. Otro factor a tener en cuenta es la influencia que los padres tienen sobre el trastorno y su evolución, especialmente con los pacientes más jóvenes, puesto que las actitudes parentales son fundamentales en la cumplimentación y continuidad del tratamiento⁴. Por ello, es necesario considerar la opinión de los padres al evaluar la calidad de un programa de tratamiento⁵.

Otro aspecto a debate es el ingreso involuntario. Algunos autores mantienen que la mayoría de pacientes admitidos involuntariamente pensaron *a posteriori* que fue necesario y mostraron una buena actitud durante el ingreso⁶.

De especial interés en este tema es el estudio llevado a cabo por Crawford y sus colaboradores⁷. Evaluaron la sensación de malestar en pacientes que habían sido dados de alta en un periodo de 5 meses de una unidad de ingreso de trastornos de la alimentación. La conclusión fue que había dos variables asociadas con un alto nivel de insatisfacción con el proceso de admisión: el juicio negativo sobre la atención recibida y una pobre conciencia de enfermedad. Sin embargo, algunos autores consideran que el ingreso forzado puede ser contraproducente y que podría deteriorar el estado del paciente, substituyendo la lucha interna con la enfermedad por una pelea con los terapeutas⁸.

Hay pocos trabajos que evalúen las opiniones que hacen los pacientes con un trastorno de la alimentación sobre la calidad del tratamiento recibido. Podemos mencionar el de Swain-Campbell³ y sus colaboradores, que también utilizan cuestionarios estructurados y preguntas abiertas, como nosotros. Bell⁹ en 2003 hizo una revisión de 23 trabajos hechos con metodología cualitativa y encontró que, a pesar de la frecuencia de errores metodológicos, aportaban información relevante sobre datos que no estaban en los cuestionarios. Colton y Pistrang¹⁰, en 2004 hacen un estudio cualitativo con una muestra de 19 pacientes dados de alta de dos unidades de trastornos de la alimentación. Federici y Kaplan¹¹ estudian mediante metodología cualitativa la experiencia de 31 mujeres dadas de alta de una unidad hospitalaria para trastornos de la alimentación. Por su parte, Nilsson y Hägglöff¹² estudian una muestra de 38 sujetos tratados ambulatoriamente por un trastorno alimentario para valorar la evaluación subjetiva de su proceso de mejo-

ría. Asimismo, se han publicado varios trabajos que, con métodos de análisis cualitativo, estudiaban la experiencia de los familiares de pacientes que sufrieron un trastorno de la alimentación y recibieron tratamiento¹³.

El propósito de nuestro estudio es evaluar el nivel de satisfacción de pacientes ingresados en la Unidad de Trastornos de la Conducta Alimentaria del Hospital Universitario La Fe (Valencia), así como el nivel de satisfacción de sus padres con el trato recibido. Además, examinamos si factores como la naturaleza voluntaria o involuntaria del ingreso, la edad de los pacientes o la duración del trastorno podrían influenciar su opinión.

METODOLOGÍA

Los datos de este trabajo provienen de la Unidad de Trastornos de Conducta Alimentaria del Hospital Universitario La Fe de Valencia, dotada de 10 camas; asume población mixta y sin restricciones en el rango de edad de admisión. Los ingresos se tramitan de forma programada en su totalidad. El plan terapéutico se basa en una combinación de medidas conductuales estrictas, cuidados de enfermería constantes y especializados, así como tratamiento psicoterapéutico individual y grupal. En la unidad, los pacientes están sometidos a fuertes medidas restrictivas, que se van flexibilizando conforme progresan en su evolución clínica.

Los pacientes son remitidos por profesionales de salud mental que, habitualmente, no informan de las características del proceso de admisión. A su llegada los pacientes son recibidos por el personal, que les informa tanto a ellos como a sus padres de las características de la unidad; se les enseña la sala y se les presenta al resto de pacientes. Durante la hospitalización, el personal colabora en el proceso progresivo de transferencia de responsabilidades al paciente y la mejora en su autonomía. Dada la importancia de la actitud y el trato del personal en el progreso del enfermo, se organizan reuniones periódicas para evitar la sobrecarga emocional, facilitar la empatía con el paciente y establecer límites en el manejo clínico. El objetivo del tratamiento incluye mejoría psicológica, así como médica. En este sentido, se hace un tratamiento psicológico individualizado para analizar los rasgos subyacentes de carácter y las dificultades interpersonales que intervienen en el trastorno con un enfoque terapéutico ecléctico.

Para llevar a cabo una evaluación de calidad asistencial, diseñamos específicamente para este trabajo un cuestionario de satisfacción. Consta de un primer apartado dirigido a pacientes compuesto por 53 ítems a valorar mediante puntuación y una pregunta abierta. Podría clasificarse de la siguiente forma: cinco ítems descriptivos (edad, sexo, fuente de referencia a la unidad, naturaleza voluntaria o involuntaria del ingreso, duración del trastorno); 48 preguntas de respuesta múltiple (sí/no y escala Likert) que incluyen los siguientes temas: ambiente hospitalario, relación con el per-

sonal, efectividad de la intervención terapéutica y grado general de satisfacción con la hospitalización. Finaliza la prueba con una pregunta abierta sobre aspectos de la unidad que mejorarían.

La segunda parte del cuestionario fue remitida a la dirección de los padres de los pacientes. Se compone de 31 ítems que valoran: evaluación del ambiente hospitalario, del personal de enfermería y del médico. Como en el caso de los pacientes, el cuestionario se completó con una pregunta abierta sobre posibles mejoras en la unidad.

Con la aprobación del Comité Ético del hospital, el cuestionario se remitió a todos los pacientes que se dieron de alta en la unidad ($n = 299$), con un sobre sellado y marcado con la dirección del hospital para que fuera devuelto una vez completado. Los cuestionarios se enviaron en el plazo de 1 mes tras finalizar la hospitalización y se acompañaron de una nota explicando el interés del hospital en valorar el servicio proporcionado. Se solicitaba sinceridad en las respuestas y se garantizó el anonimato. Los cuestionarios fueron remitidos a la Dirección del Centro.

Se recibieron 174 cuestionarios completos (58 % de los enviados). Sólo 171 (57 %) fueron válidos para ser utilizados en el estudio. Se descartaron para el análisis de los datos a aquellos pacientes que no respondieron a la encuesta, sin proceder a reenvíos o medidas de insistencia equivalentes, por lo que desconocemos los motivos que llevaron a la ausencia de colaboración.

De la muestra utilizada (cuestionarios válidos), tenemos un 7,6 % de pacientes fueron hombres frente a un 92,4 % de mujeres. La duración media del tratamiento previo a la hospitalización fue de menos de 5 años en el 77,4 % de los pacientes, mientras que el 22,6 % había pasado más de 5 años en tratamiento. En relación al tipo de admisión, el 64 % de la muestra ingresó voluntariamente, mientras que el 36 % lo hizo de forma involuntaria.

Se analizaron los datos mediante el programa SPSS 12.0 para Windows.

Como forma de análisis de la pregunta abierta formulada al final del cuestionario de pacientes y familiares, decidimos utilizar metodología cualitativa. Para ello, lo que hicimos fue agrupar todas las narrativas expuestas por los respondientes y dividir el contenido en categorías y subcategorías según la temática a la que aluden, en un proceso equiparable a la conocida teoría fundamentada o *grounded theory*¹⁴.

RESULTADOS

Vamos a clasificar los resultados de las variables cuantitativas y cualitativas en dos apartados, pacientes y padres.

Respuestas al cuestionario

Pacientes

Los resultados, en porcentaje de los pacientes evaluados, pueden encontrarse en la tabla 1. Se clasificaron de acuerdo con la ya mencionada estructura del cuestionario y se estudiaron los ítems más significativos.

Padres

Las respuestas cuantitativas de la encuesta elaborada a los padres, también se dividen en apartados, en este caso cuatro (tabla 2).

Como podemos observar, la estructura de la encuesta dirigida a pacientes y familiares es muy similar.

Tras analizar la relación de cada uno de los ítems del cuestionario con la naturaleza voluntaria/involuntaria de la admisión utilizando la prueba chi cuadrado, concluimos que no había correlación entre este factor y el grado de satisfacción del paciente. Sólo la pregunta referida a la impresión inicial de la unidad diferenció de forma significativa a ambos grupos de pacientes: el 80,6 % de los pacientes ingresados de modo involuntario tuvieron una primera impresión de la unidad «mala/muy mala» frente al 59,8 % de los ingresados de modo voluntario ($\chi^2 = 7,76$; $df = 1$; $p < 0,01$).

Como se explicaba en la introducción, también hemos explorado si la duración de la enfermedad (superior o no a 5 años) o la edad de los pacientes (superior o no a 20 años) influían de un modo significativo en la evaluación de la asistencia prestada.

Así, una duración menos prolongada del trastorno alimentario (de menos de 5 años frente a superior a 5 años), apareció significativamente asociada sólo con una peor impresión inicial de la unidad (79,1 % frente a 50,0 %; $\chi^2 = 6,24$, $df = 1$; $p < 0,05$) y un desconocimiento mayor de las condiciones del ingreso (79,1 % frente a 50,0 %; $\chi^2 = 11,99$, $df = 1$; $p < 0,01$).

Los pacientes más jóvenes, respecto a los de más de 20 años, tuvieron significativamente más ingresos involuntarios (51,1 % frente a 20,2 %; $\chi^2 = 17,8$, $df = 1$; $p < 0,001$), una impresión peor de la unidad (76,7 % frente a 58 %; $\chi^2 = 6,8$, $df = 1$; $p < 0,01$), consideraron más duros los primeros días del ingreso, (96,7 % frente a 86,7 %; $\chi^2 = 5,7$, $df = 1$; $p < 0,05$) y se sintieron menos apoyados y comprendidos por el *staff* (a veces, nunca o casi nunca: 34,9 % frente a 18,5 %; $\chi^2 = 5,68$, $df = 1$; $p < 0,05$). El análisis de regresión logística binaria, en la que la variable dependiente fue la edad de los pacientes (mayor/menor de 20 años), muestra que, tras introducir todas las factores en la ecuación, sólo el tipo de ingreso (voluntario/involuntario) mantiene una asociación

Tabla 1		Respuestas de los pacientes (%) a los principales ítems del cuestionario	
Pacientes	Ítems	Respuestas	%
Condiciones iniciales de admisión	Primera impresión tras la admisión	Muy buena o buena	32,1 %
	Dificultades durante los primeros días	Mucha o considerable	92,65 %
	Sentimientos de soledad	Mucha o considerable	40,7 %
	Rigidez de las normas	Mucha o considerable	98,8 %
Necesidad de las restricciones	Necesidad de restringir visitas al principio	Si	74,7 %
	Control continuo	Muy buena o buena	65 %
	Sentimientos de acoso por el personal	Poco o nada	23,3 %
	Necesidad <i>a posteriori</i> de las condiciones de hospitalización	Si	86,4 %
Evaluación del personal sanitario	Primera impresión tras la admisión	Muy buena o buena	72 %
	Respeto a la intimidad del paciente	Siempre o casi siempre	83 %
	Cuidado dado por el personal	Muy bueno o bueno	91,1 %
	Relaciones entre el paciente y el personal	Muy bueno o bueno	80,5 %
	Comunicación con el personal	Muy bueno o bueno	85,4 %
	Apoyo y comprensión dados por el personal	Siempre o casi siempre	73,2 %
Evaluación de la intervención psiquiátrica recibida	Necesidad de mayor flexibilidad	Si	75,2 %
	Mejoría psicológica	Mucha o considerable	83 %
	Trabajo eficiente	Mucha o considerable	90,3 %
	Comunicación con el psiquiatra	Mucha o considerable	84 %
	Actitud que inspira confianza	Mucha o considerable	92,3 %
	Utilidad de la ayuda psicológica	Mucha o considerable	86,5 %
	Transmisión de una visión adecuada del trastorno	Mucha o considerable	90,3 %
Capacidad de entender en profundidad la problemática del paciente	Mucha o considerable	85,1 %	
Evaluación global de la estancia hospitalaria		Excelente/buena	66,9 %
		Normal	28,8 %

significativa con la edad de los pacientes. Es decir, el carácter involuntario del ingreso, significativamente más frecuente entre los pacientes más jóvenes, es la variable que media en las asociaciones significativas iniciales de las demás con la edad.

Respuestas a la pregunta abierta

Vamos a exponer la categorización empleada en el trabajo. El contenido correspondiente a las mismas será posteriormente esbozado en la discusión.

Pacientes

De los cuestionarios válidos, el 61,54 % de los pacientes respondió esta pregunta, obteniendo un total de 332 respuestas diferentes. Tras el consenso de los investigadores, las respuestas se clasificaron en siete dimensiones diferentes de la experiencia terapéutica:

1. Alianza terapéutica. Se obtuvieron 16 respuestas.
2. Tipo de tratamiento. Esta área recibió el mayor número de comentarios (149). Los subdividimos así:
 - Tipo de terapia (5 comentarios).
 - Seguimiento tras el alta (3 comentarios).
 - Explicación del tratamiento y los pasos a seguir, tanto a los pacientes como a los padres (4 comentarios).
 - Involuntariedad (1 comentario).
 - Deseo de dividir a los pacientes en grupos, separándolos por el diagnóstico o por su estadio clínico (2 comentarios).
 - Frecuencia de visitas/llamadas telefónicas (10 respuestas).
 - Restricción de privilegios (4 comentarios).

Tabla 2		Respuestas dadas por los padres o familiares		
Padres	Ítems	Respuestas	%	
Valoración del ambiente	Primera impresión tras la admisión del paciente	Muy buena o buena	80,4 %	
	Ambiente adecuado para el paciente	Si	93,2 %	
	Rigidez de las normas	Mucha o considerable	73,2 %	
	Adecuación de las normas <i>a posteriori</i>	Si	93,3 %	
Evaluación del personal sanitario	Amabilidad en la atención recibida	Si	97,6 %	
	Asistencia telefónica	Muy buena o buena	97,5 %	
	Apoyo en caso de dudas	Casi siempre o siempre	85,9 %	
Evaluación de la intervención psiquiátrica	Información suficiente sobre el trastorno	Mucha o considerable	89,43 %	
	Explicaciones claras sobre la evolución del familiar	Mucha o considerable	93,8 %	
	Número de entrevistas	Suficiente	77,6 %	
	Instrucciones claras tras el alta	Mucha o considerable	70,4 %	
Evaluación global de la hospitalización	Progreso del paciente durante la hospitalización	Muy buena o buena	93,8 %	
	Satisfacción con el servicio recibido	Mucha o considerable	96,9 %	

- Descanso (1 comentario).
- Fisioterapia (2 comentarios).
- Tiempo para comer (4 comentarios).
- Vigilancia durante las comidas (5 comentarios).
- Información nutricional. Hubo 5 respuestas que pedían más información en esta área.
- Peso y comida (5 respuestas).
- Reglas del descanso (17 respuestas).
- Privacidad (15 comentarios).
- Horario (8 comentarios).
- Relación con otros pacientes (6 comentarios).
- Terapia individual y grupal (17 pacientes).
- Atención a aspectos tanto médicos como sociales (2 comentarios).
- Medios de control de la unidad (6 respuestas).

3. Competencia profesional (39 comentarios).
4. Aspectos materiales de la unidad (96 comentarios).
5. Opiniones sobre el funcionamiento global (22 comentarios).
6. Observaciones personales (4 comentarios).

Padres / familiares

En lo que respecta a los comentarios dados por los padres de los pacientes, nuestro grupo ha categorizado el análisis cualitativo de los comentarios de la siguiente forma:

1. Alianza terapéutica (24 comentarios).
2. Progreso terapéutico (10 comentarios).
3. Tipo de tratamiento. Esta categoría comprende el mayor número de comentarios. Se pueden subdividir así:
 - Seguimientos más frecuentes al alta (6 comentarios).
 - Necesidad de más tratamiento para los pacientes y sus familias (23 comentarios).
 - Involuntariedad (1 comentario).
 - Frecuencia de visitas/llamadas (9 comentarios).
 - Privilegios (6 comentarios).
 - Información nutricional (3 comentarios).
 - Peso (5 comentarios).
 - Privacidad (1 comentario). Hubo un comentario pidiendo mejoras en la privacidad del paciente.
 - Cohabitación con otros pacientes (2 comentarios).

- Tratamiento individual y grupal (14 comentarios).
 - Grado de rigidez de la unidad (3 comentarios).
4. Competencia profesional (10 comentarios).
 5. Estado de los servicios.
 - Habitación y sala de estar (11 comentarios).
 - Cocina (2 comentarios).
 - Aire acondicionado (2 comentarios).
 - Actividades (8 comentarios).
 - Incremento en el número de espacios disponibles (21 comentarios).
 6. Satisfacción global con la unidad (25 comentarios).
 7. Opiniones personales (6 comentarios).

DISCUSIÓN

De acuerdo con nuestro conocimiento de la literatura sobre el tema, este es uno de los pocos trabajos que proporciona una evaluación cualitativa y cuantitativa de la satisfacción en una unidad de trastornos de la conducta alimentaria y que valora tanto a padres como a pacientes. Hemos intentado evitar sesgos en la población evaluada, enviando el cuestionario a todos los pacientes que han sido dados de alta en la unidad.

La tasa de respuesta fue del 58%. Es un dato que consideramos satisfactorio dado que los porcentajes encontrados en la literatura están en concordancia con esta cifra. Por ejemplo, en el estudio de Swain-Campbell et al.³, la tasa de respuesta fue del 57%; mientras que en el estudio de Rey et al.⁴ fue marcadamente inferior, 41%. Längle et al.¹⁵, en un estudio que evaluaba la satisfacción de pacientes de una unidad de ingreso de psiquiatría general (sobre todo esquizofrénicos), encontraron una tasa de respuestas del 52%.

En primer lugar, vamos a discutir los datos cuantitativos obtenidos en los cuestionarios.

Pacientes

Medidas de control

Un amplio porcentaje de la muestra estudiada aceptaba las medidas de control. En concreto, el 86% de la muestra las vio necesarias tras el alta. El factor coercitivo más importante es, sin duda, el ingreso involuntario. En este sentido, un des-

cubrimiento clave de nuestro trabajo ha sido la falta de asociación entre la satisfacción del paciente y el ingreso voluntario o involuntario tras ser este dado de alta, un tema importante dado el debate que se ha mantenido en la literatura sobre la utilidad del ingreso involuntario. Este resultado coincide con los postulados de Crawford et al.⁷ y contradice la postura de Tan et al.⁸, que mencionamos al principio del artículo. Dada la importancia del tema, es probable que la mejora clínica de sentido retrospectivamente a las medidas más difíciles de juzgar inicialmente por el paciente, como también han mostrado Watson et al.⁶.

Papel jugado por el personal sanitario en la satisfacción de los pacientes

En la evaluación cuantitativa, hubo un alto nivel de satisfacción con el tratamiento dado por el personal sanitario. Este es un aspecto fundamental en la mejora clínica del paciente hospitalizado. En un trabajo de Nguyen et al.¹⁶ sobre los usuarios de servicios de hospitalización general, la satisfacción estuvo correlacionada en su mayor parte con la calidad del trato dado por el personal sanitario y no tanto con el resultado clínico del ingreso.

Las relaciones con el *staff* son especialmente difíciles con los pacientes que sufren un trastorno de la alimentación, dada la intensa ambivalencia que tienen en sus relaciones interpersonales y el frecuente conflicto entre la necesidad de control externo y su búsqueda de independencia. Ramjan¹⁷ describe las tensiones constantes generadas entre el personal y los pacientes de una unidad de trastornos de la conducta alimentaria, por las demandas continuas, los déficit interpersonales y la dificultad de los enfermos de establecer vínculos sanos. En el estudio de Doran et al.² sobre la satisfacción de los pacientes dados de alta en una unidad especializada en la atención a la anorexia nerviosa, el factor crítico resultó ser como hacía el personal sentirse a las pacientes y la manera en que se las trataba.

Hemos obtenido una tasa similar en la satisfacción en el trato con el personal, la alianza con el psiquiatra y la satisfacción global.

Padres

En lo que concierne al cuestionario dirigido a padres, el nivel de satisfacción es muy alto (en general alrededor del 90%), algo superior al expresado por los pacientes, salvo en la satisfacción con el número de visitas al psiquiatra. Este punto no coincide con el mostrado en otras publicaciones. Por ejemplo, en el trabajo de Sharkey-Orgnero et al.¹⁸ resultó que los padres veían a los profesionales de la salud mental como inútiles y culpabilizadores.

La importancia del tratamiento individual y la oportunidad de hablar y ser escuchado son de importancia clave, co-

mo previamente se ha reflejado en otros trabajos¹⁹. Lask y Waugh²⁰ también resaltan la importancia que conceden los familiares a recibir suficiente información sobre el problema y su tratamiento. En general, la alta satisfacción con el cuidado dado por el personal sanitario que refleja el cuestionario podría justificar la alta tasa de satisfacción global, independientemente de los resultados clínicos. Así, el trabajo de Lambert et al.²¹ en una unidad de salud mental infantil en que se evaluaba la satisfacción de los padres con el servicio recibido concluía que no hay correlación entre la mejoría clínica y el grado de satisfacción. De hecho, Rey y Plapp⁴ proponían que la satisfacción de los padres podría depender básicamente del tiempo y calidad de la atención dada, independientemente de la mejoría clínica.

Análisis de la pregunta abierta

1. Pacientes

Los temas más frecuentemente señalados se referían al tratamiento. La perspectiva mostrada por los pacientes fue mucho más negativa de lo reflejado en el cuestionario. El malestar estuvo más orientado hacia el control al que los pacientes están sometidos durante la hospitalización y la falta de privacidad que algunos de ellos viven como una intrusión difícil de sostener. Esta ambivalencia con las restricciones es señalada por Clinton et al.²², y en ella se evidencia el contraste entre los pacientes que ven las medidas de control como abusivas y aquellos que las ven como útiles para establecer una estructuración del medio, dar estabilidad y lograr los objetivos terapéuticos. Algunos pacientes estuvieron muy insatisfechos con el personal y respondieron a la pregunta abierta criticando duramente su actitud. Esta intensa ambivalencia ante el intento de control y las relaciones interpersonales de un grupo de pacientes puede encontrarse en sus comentarios sobre este tema.

El alto porcentaje de satisfacción obtenido a partir de las preguntas cerradas es contrario a los citados comentarios. Podría justificarse suponiendo que el grupo de pacientes insatisfechos y que tuvo una peor experiencia en su hospitalización tendía a expresarlo más frecuentemente en la pregunta abierta que aquellos que tuvieron una experiencia satisfactoria.

Otra posibilidad es que las respuestas negativas proviniesen de un subgrupo de pacientes que no se beneficiasen de las medidas terapéuticas utilizadas en nuestra unidad. Se ha propuesto la existencia de distintos subgrupos de trastornos alimentarios desde el punto de vista psicodinámico²³⁻²⁵. Los pacientes que respondieron de forma crítica a la actitud del personal y a las medidas de control podrían pertenecer a un subgrupo que no se beneficia del ingreso, o que respondería mejor a medidas menos estrictas y requeriría un mayor esfuerzo por parte del personal para el establecimiento de una actitud de colaboración. La verificación de esta hipótesis podría ser útil en la modificación de los protocolos habitua-

les en las unidades de trastornos de la conducta alimentaria. En este sentido, Federici y Kaplan¹¹ señalan en su trabajo que, para un subgrupo de pacientes, el tratamiento hospitalario intensivo no estimula un cambio psicológico y se requieren estudios sobre su aplicabilidad a subgrupos clínicos.

Uno de los apartados más destacados, con 16 comentarios, se refiere a las distintas vivencias de la calidad de la relación terapéutica con el psiquiatra. La literatura ha repetido la importancia de la alianza terapéutica en la evolución favorable de los pacientes que padecen un trastorno de la conducta alimentaria^{5,11,26}. Los comentarios registrados oscilan entre una gran satisfacción y un marcado descontento, resaltando tanto la tendencia de este tipo de pacientes a vivir las relaciones emocionales de forma extrema como la intensidad del vínculo que se forma con el terapeuta, que para muchos pacientes fue clave en su grado de satisfacción.

2. Tendencias de los padres

La ya mencionada tendencia, por la cual los padres más insatisfechos responderían más a la pregunta abierta, podría explicar el bajo nivel de respuesta de los padres a la cuestión (41 %).

Vemos como los temas que causan preocupación lógicamente divergen de aquellos expresados por los pacientes. La mayoría de las objeciones se refieren a la preocupación con el estado psicológico de los pacientes tras el alta y el miedo a la recaída. Sobre este tema, hay una clara demanda de mayor atención psicológica y apoyo tras el alta, incluyendo la prolongación de la hospitalización. Hay una fuerte petición de más medios hospitalarios para que se facilite el ingreso. En general, no hay quejas sobre las medidas de control, incluso aunque en algunos casos se las juzgue insuficientes. Esta marcada diferencia entre los intereses y preocupaciones de los padres y los pacientes responde a un patrón caracterizado por la preocupación del paciente por mantener su autonomía, así como su ambivalencia hacia la corrección de síntomas nucleares a su trastorno (conductas purgativas, restricciones alimentarias, control del peso). De la misma forma, mantienen relaciones intensas e inestables con aquellas personas de las que dependen²⁷. Sin embargo, los padres mantienen una actitud protectora, les preocupa el control de sus hijos y tienen una posición ambivalente hacia ellos y su trastorno, que les hace estar hipervigilantes. La literatura médica ha repetido descripciones similares. Así, Steiner et al.²⁸ señalan que hay una relación entre familias sobreprotectoras, con rígidos estilos de interacción y dificultades en el manejo de los conflictos interpersonales, y la aparición de la anorexia nerviosa.

Propuestas terapéuticas emergentes y limitaciones del estudio

A nivel práctico, las respuestas de padres y pacientes nos han llevado a considerar modificaciones en nuestro progra-

ma de ingreso hospitalario. Primero, la elaboración de un protocolo de alta en el que la información proporcionada por las familias se controle de forma más exhaustiva y se establezca claramente cuando y dónde el paciente ha de acudir al siguiente control ambulatorio. También hemos desarrollado un control más cercano con las unidades de referencia y con los psiquiatras y psicólogos responsables de los seguimientos. Finalmente, hemos establecido dos sesiones de tratamiento grupal a la semana con los pacientes y familiares para clarificar los problemas que tienen lugar en la unidad.

Una ventaja que ofrece nuestro trabajo es el elevado número de participantes en relación con el bajo número de sujetos evaluados en los estudios cualitativos. Recientemente, Pettersen y Rosenvinge²⁹ señalaban como una de las limitaciones más frecuentes en la literatura, es la utilización exclusiva de métodos cualitativos y el escaso tamaño muestral, problemas que hemos intentado solventar. Hemos tratado de evitar el sesgo que suelen presentar este tipo de trabajos con la selección de la muestra, como señala Bell en su revisión, intentando evaluar a todos los pacientes dados de alta en la unidad sin excepción alguna.

Sin embargo, nuestro trabajo presenta limitaciones. Así, no hemos establecido una correlación entre las respuestas y variables como el nivel de gravedad del trastorno o subtipo de trastorno alimentario. A su vez, desconocemos si existe alguna correlación entre dichas variables y la no respuesta a la encuesta. De hecho, no podemos responder con seguridad si aquellos pacientes más insatisfechos son los más graves y con menor conciencia de su problema, aunque los comentarios sugieren dicha posibilidad. Queda pendiente la cuestión de estudio de los casos que no responden el cuestionario. Es lógico pensar que entre éstos el grado de satisfacción es mucho menor, pero no hemos podido obtener datos sólidos al respecto y nuestras reflexiones quedan en el terreno de la suposición.

Por último, nos gustaría señalar que, al igual que ocurre con los estudios cualitativos en general, el contenido de las respuestas a las preguntas abiertas no es generalizable. El objetivo de su análisis reside en generar hipótesis próximas a la complejidad y subjetividad, ganando en validez lo que se puede perder en fiabilidad.

BIBLIOGRAFÍA

- Torres E, Guo C. Quality improvement techniques to improve patient satisfaction. *Int J Health Care Qual Assur* 2004;17:334-8.
- Doran D, Smith P. Measuring service quality provision within an eating disorders context. *Int J Health Care Qual Assur* 2004;17:377-88.
- Swain-Campbell N, Surgenor L, Snell D. (2000). An analysis of consumer perspectives following contact with an eating-disorder service. *Aust N Z J Psychiatry* 2001;35:99-103.
- Rey J, Plapp J, Simpson P. Parental satisfaction and outcome: a 4 year study in a child and adolescent mental health service. *Aust N Z J Psychiatry* 1999;33:22-8.
- Tozzi F, Sullivan P, Fear J, Mckenzie J, Bulik C. Causes and recovery in anorexia nervosa: the patient's perspective. *Int J Eat Disord* 2003;33:143-54.
- Watson T, Bowers W, Andersen A. Involuntary treatment of eating disorders. *Am J Psychiatry* 2000;157:1806-15.
- Crawford MJ, Gibbon R, Ellis E, Waters H. In hospital, at home or not at all. *Psychiatr Bull R Coll Psychiatr* 2004;28:360-3.
- Tan J, Hope T, Stewart A, Fitzpatrick R. Control and compulsory treatment in anorexia nervosa. Patients' and parents' views. *Int J Law Psychiatry* 2003;26:627-45.
- Bell, L. What can we learn from consumer studies and qualitative research in the treatment of eating disorders? *Eat Weight Disord* 2003;8:181-7.
- Colton A, Pistrang N. Adolescent's experiences with inpatient treatment for anorexia nervosa. *Eur Eat Disorders Rev* 2004;12:307-16.
- Federici A, Kaplan A. The patient's account of relapse and recovery in anorexia nervosa: a qualitative study. *Eur Eat Disord Rev* 2008;16:1-10.
- Nilsson K, Hägglöf H. Patients perspectives of recovery in adolescent onset anorexia nervosa. *Eat Disord* 2006;14:305-11.
- McMaster R, Beale B, Hillege S, Nagy S. The parent experience of eating disorders: interaction with health professionals. *Int J Mental Health Nursing* 2004;13:67-73.
- Glaser BG, Strauss AL. *The discovery of grounded theory: Strategies in qualitative research*. Chicago: Aldine Publishing Co., 1967.
- Längle G, Baum W, Wollinger A, Renner G, U'Ren R, Schwärzler F, et al. Indicators of quality of in-patient psychiatric treatment: the patient's view. *Int J Qual Health Care* 2003;15:213-21.
- Nguyen Thi PL, Briancon, S, Emepeur, F, Guillemin F. Factors determining impatient satisfaction with care. *Soc Sci Med* 2002;54:493-504.
- Ramjan LM. Nurses and the therapeutic relationship: caring for adolescents with anorexia nervosa. *J Adv Nurs* 2003;45:495-503.
- Sharkey-Orgero MJ. Anorexia nervosa: a qualitative analysis of patient's perspectives on recovery. *Eating Disorders* 1999; 7:123-41.
- Button EJ, Warren RL. Living with anorexia nervosa. The experience of a cohort of sufferers from anorexia nervosa 7.5 years after initial presentation to a specialised eating disorder service. *Eur Eat Disorders Rev* 2001;9:74-96.
- Lask B, Waugh RB. Eating disorders. *Br J Hosp Med* 1993; 49:531-3.
- Lambert W, Salzer M.S, Bickman L. Clinical outcome, consumer satisfaction and ad hoc ratings of improvement in children's mental health. *J Consult Clin Psychol* 1998;66:270-9.
- Clinton D, Björck, C, Sohlberg, S, Norring, C. Patient satisfaction with treatment in Eating disorders: cause for complacency or concern? *Eur Eat Disorders Rev* 2004;12:240-6.
- Da Costa M, Halmi KA. Classification of anorexia nervosa-question of subtypes. *Int J Eat Disord* 1992; 11:305-13.
- Pryor T, Wiederman M, Mc Gilley B. Clinical correlates of anorexia nervosa subtypes. *Int J Eat Disord* 1995;19:371-9.
- Swift WJ, Stern S. The psychodynamic diversity of anorexia nervosa. *Int J Eat Disord* 1982;2:17-35.

26. Rorty M, Yager J, Rossotto E. Why and how do women recover from bulimia nervosa? The subjective appraisals of forty women recovered for a year or more. *Int. J. Eat. Disord.* 1993;14(3),249-60.
27. Bruch H. Four decades of eating disorders. In: Gardner D, Garfinkel P (eds.). *Handbook of psychotherapy for anorexia nervosa and bulimia*. New York: The Guilford Press, 1985.
28. Steiner H, Lock J. Anorexia nervosa and bulimia nervosa in children and adolescents. Review of the past ten years. *J Am Acad Psychiatry Law* 1998;37:352-9.
29. Pettersen G, Rosenvinge J. Improvement and recovery from eating disorders: a patient's perspective. *Eating Disorders* 2002, 10:61-72.