

Significados sobre la experiencia de hospitalización en pacientes adolescentes diagnosticados con anorexia nerviosa

Meanings about the experience of hospitalization in adolescent patients diagnosed with anorexia nervosa

Carlos Subiabre S.¹, Claudia Cruzat-Mandich¹, Fernanda Díaz-Castrillón¹, Rosa Behar A.², Marcelo Arancibia M.³ y Teresa Quintana P.¹

Introduction: The psychiatric hospitalization of children and adolescents suffering from anorexia nervosa (AN) has important implications in their developmental stage, but its impact has been scarcely reported, particularly from the subjective individual experience. **Objective:** To describe the experiencing meanings constructed by anorectic children and adolescents about their hospitalization process. **Method:** A qualitative descriptive study based on the Grounded Theory was conducted. The sample was intentionally composed by 6 patients (5 females and 1 male) with and without previous hospitalization background. A semi-structured in-depth interview was applied. The data were transcribed and analysed by using open coding and triangulation of specialists. **Results:** Four categories are described: (A) Impressions on mental health professionals and psychiatric hospitalization units before inpatient treatment: reported experiences were negative, influencing future interventions; (B) Impressions and experiences at admission: anguish, sadness and fear (symptomatology impairment, abuse and weight gain); (C) Therapeutic effects of hospitalization: emphasis in therapeutic alliance and symptoms remission and (D) Critical assessment concerning psychiatric hospitalizations during the adolescence: reinforcement of individual capabilities for the disorder management, benefits of the isolation from family issues, development illness awareness. **Conclusion:** Hospitalization in AN is a positive therapeutic resource in certain cases. Improvement process was facilitated by constructive dialogues through the acknowledgement of the patient particular affective needs and the institutional plasticity in offering appropriate tools for their experiencing, emphasising the relevance of therapeutic alliance.

Key words: Anorexia nervosa, hospitalisation, adolescents.
Rev Chil Neuro-Psiquiat 2015; 53 (2): 100-109

Recibido: 04/03/2015

Aceptado: 14/04/2015

Los autores no presentan ningún tipo de conflicto de interés.

¹ Facultad de Psicología, Universidad Adolfo Ibáñez, Santiago, Chile.

² Departamento de Psiquiatría, Universidad de Valparaíso, Valparaíso, Chile.

³ Facultad de Medicina, Universidad de Valparaíso, Valparaíso, Chile.

Introducción

Las investigaciones sobre hospitalización en trastornos de la conducta alimentaria (TCA) han aumentado en los últimos años, sosteniéndose que lo más frecuente de observar es la anorexia nerviosa (AN) restrictiva y la desnutrición su causa principal de internación¹, entre otros parámetros orgánicos y psicopatológicos (Tabla 1)². No obstante, la depresión e ideación suicida han aumentado como motivos de hospitalización^{3,4}. La literatura especializada ha enfatizado el riesgo vital que conlleva la AN, enfocándose las intervenciones preponderantemente en recuperar las condiciones biológicas básicas⁵⁻⁷. Existe una finalidad consensual para la hospitalización en estas pacientes: revertir el peligro médico mediante la

re-alimentación e intervenir en el componente psicosocial afectado⁸. Empero, de la Barra⁹ refiere que la eficacia de la hospitalización es controversial. Herpertz-Dahlmann et al¹⁰, sugieren que no existen diferencias relevantes entre tratamientos ambulatorios e intra-hospitalarios para la AN en cuanto a resultados en salud mental, pese a que en ambulatorios, la ganancia ponderal es significativamente menor.

Desde la perspectiva subjetiva de anorécticas hospitalizadas, Offord et al¹¹, resaltan el impacto del diagnóstico en su medio social y vincular, catalogándose de acuerdo con Tozzi et al¹², como factores terapéuticos prioritarios las relaciones de apoyo no familiares, procesos psicoterapéuticos y determinantes ligados a la madurez psicológica, siendo menester considerar, en congruencia con

Tabla 1. Indicaciones de hospitalización en la anorexia nerviosa*

<p>1. Complicaciones físicas Según su gravedad y clínica asociada, se debe decidir si el marco hospitalario más adecuado es en un área médica o psiquiátrica. En principio, si la complicación es severa con graves desequilibrios metabólicos, deshidratación, bradicardia severa o patología abdominal mayor, los cuidados se deben otorgar en áreas médicas o servicios de medicina intensiva. Ante complicaciones médicas no graves, tales como anemia ferropénica, hipoproteinemia, hipotermia o alteraciones funcionales del aparato digestivo, se aconseja el ingreso en unidades psiquiátricas</p>
<p>2. Pérdida de peso Un índice de masa corporal menor a 14 kg/m² o una severa pérdida de peso de más del 25% al 30% del correspondiente por edad y talla, es indicación fundamentada para hospitalización. Un ingreso precoz y un tratamiento intensivo oportuno lograrían interrumpir el proceso de elaboración de cogniciones alteradas con relación al peso, la figura y la alimentación, lo que mejora el pronóstico, ya que en ocasiones un programa ambulatorio más extenso, podría dar lugar a mayor estructuración de la patología</p>
<p>3. Complicaciones psíquicas Al constituir la alimentación un estímulo fóbico en la patología anoréctica, la presencia de ansiedad excesiva genera un bloqueo del (la) paciente ante la ingesta. La incapacidad de resolver esta situación a nivel ambulatorio, constituye un criterio de ingreso. Igual determinación se debe tomar cuando la (el) paciente presenta depresión severa, productividad psicótica o ideación suicida</p>
<p>4. Crisis en las relaciones familiares El deterioro progresivo de las relaciones familiares, producido por la enfermedad anoréctica se manifiesta tanto entre la (el) paciente y sus padres o cónyuge, como entre los diferentes miembros de la familia con la (el) paciente, y entre ellos mismos. Está indicado el ingreso cuando la familia en su totalidad se evidencia impotente ante el conflicto y manifiesta incompetencia en imponer normas sugeridas en forma ambulatoria</p>
<p>5. Mala respuesta al tratamiento ambulatorio Se reconoce un fracaso del tratamiento ambulatorio ante un lento y limitado incremento de peso, adición de psicopatología depresiva con riesgo auto-lítico e intensas y persistentes alteraciones cognitivas. Considerar el ingreso hospitalario por escasa colaboración del medio familiar y falta de adhesión al tratamiento ambulatorio con inadaptación a los programas terapéuticos preestablecidos, incluyendo hospital de día</p>

*Modificado de: Cervera S, Gual M, Lasa L, Prat O, Zandio M, Hernández C. Protocolo de atención a pacientes con trastornos de la conducta alimentaria. Pamplona: Clínica Universitaria de Navarra, 1995.

los estudios de Cruzat et al¹³⁻¹⁶ y de Escobar-Koch et al¹⁷, el vivenciar psicológico y/o subjetivo individual en la terapéutica.

El objetivo del presente estudio es describir los significados construidos sobre la experiencia de hospitalización, desde la vivencia con AN en un hospital público chileno.

Metodología

Diseño y procedimiento

Se utilizó un diseño cualitativo descriptivo para evaluar la experiencia subjetiva de los participantes, basado en el modelo de la *Grounded Theory*^{18,19}, que permite construir las observaciones acerca de su realidad social²⁰ mediante entrevistas semiestructuradas en profundidad²¹, concebida como reiterados encuentros entre el entrevistador y los informantes para la comprensión de sus perspectivas según sus propias palabras²²⁻²⁴. Las entrevistas transcritas fueron analizadas usando codificación abierta lo que permite categorizar la información emergente. Se aplicó la triangulación de analistas^{23,24}, contrastando parámetros con profesionales afines a los pacientes. Dada la insuficiente investigación en Chile sobre hospitalizaciones en pacientes anorécticos y adolescentes, se decidió presentar sólo los resultados descriptivos provenientes de la codificación abierta, como una primera aproximación a sus experiencias.

Muestra

Se efectuó un muestreo intencionado desde la revisión de fichas clínicas de pacientes hospitalizados en el Servicio de Neuropsiquiatría Infantil del Hospital San Borja Arriarán, colectando información con sus tratantes para reconocer criterios de viabilidad en virtud de su estabilidad diagnóstica. Se incluyeron pacientes de ambos sexos con diagnóstico de AN según criterios del DSM-IV-TR²⁵ hospitalizados en este servicio y que, al momento de la entrevista, hubiesen transcurrido al menos seis meses desde el alta hospitalaria, con seguimiento psicoterapéutico y estables en su diagnóstico de TCA, excluyéndose aquellos mayores de 18 años

al momento de la hospitalización o que rehusaran participar del estudio. La muestra se constituyó por cinco mujeres y un hombre, provenientes de niveles socioeconómicos bajo (2/6), medio-bajo (3/6) y medio (1/6), de entre 9 y 17 años, cuya escolaridad fluctuó desde III Básico hasta III Medio, variando la duración de la hospitalización entre dos y diez semanas. Se administraron protocolos de consentimiento informado a los padres y a los participantes, además de la obtención del permiso de las autoridades correspondientes del centro de salud.

Resultados

El primer apartado se refiere al tiempo que precede a la internación, mientras que el segundo y tercero aluden a sus percepciones sobre el ingreso y los efectos de la hospitalización. Finalmente, se resumen sus apreciaciones generales acerca del transcurso de ésta.

Impresiones sobre los profesionales de la salud mental y las unidades de hospitalización psiquiátrica previas a la internación

Todos los entrevistados presentan ideas preconcebidas sobre lo que podría ser una experiencia de hospitalización. Sólo tres la habían tenido efectivamente, uno anteriormente se había sometido a tratamiento psicológico/psiquiátrico (sin hospitalización) y los otros dos no habían tenido terapéutica alguna en salud mental. Por ello se consideraron dos grupos: con y sin experiencias de tratamiento previo. Entre los primeros, tres mencionaron vivencias negativas y sólo dos positivas, provenientes del entrevistado que únicamente había tenido terapia ambulatoria anterior. Todos coinciden en que las vivencias previas influyen en su actitud frente a futuras intervenciones psicológicas y/o psiquiátricas:

“Frente a toda la intervención tuve hartas resistencias. Algunos medicamentos engordaban y por eso no los quería tomar. Los psiquiatras no me gustaban mucho, algunos te dicen lo que tienes que hacer o

cómo tomar la enfermedad o pensar y una no piensa igual en esos momentos. Se resiste. Te dicen que te relajés, para controlar la ansiedad y no me servía mucho. Más distancia con los psiquiatras que con los psicólogos. Hubo un psiquiatra con el que no me fue muy bien porque él pensaba que sabía todo sobre la anorexia pero la verdad es que no” (Entrevista 5).

De los tres pacientes que refirieron alguna hospitalización psiquiátrica precedente, todos concordaron en que no fueron vivencias positivas, lo que condicionó su disposición afectiva frente a la posibilidad de otras hospitalizaciones. Los dos pacientes que no presentaban antecedentes de tratamiento u hospitalización sostuvieron la idea que tanto los profesionales de la salud como las instituciones de hospitalización psiquiátrica, estaban vinculados sólo a personas insanas mentalmente. La hospitalización les hizo sentir que ellos mismos estaban “locos”, anticipándose negativamente a las intervenciones:

“Antes no tenía idea... nada específico sobre qué era una hospitalización psiquiátrica. En mi familia tampoco había experiencia. El psiquiátrico era un lugar donde estaban los locos... mis hermanos me molestaban porque estaría con los locos” (Entrevista 1).

Del total, sólo dos entrevistados, opinaron que la hospitalización era necesaria.

Impresiones y experiencias al momento del ingreso

Cuatro pacientes presentaban, de acuerdo a sus relatos, síntomas depresivos al momento de la hospitalización, predominando emociones negativas al ingreso al dejar a sus familias y por su posible permanencia indefinida en un hospital:

“Sentía pena por estar lejos de mi casa, de mis cosas, de lo que yo hacía. Vendría otro proceso distinto con limitaciones también. Estuve tranquilo por un lado al saber que iba a tener la ayuda que necesitaba, que me iba a empezar a mejorar. Había una mezcla de pena y esperanza” (Entrevista 4).

Dada la incertidumbre y/o novedad de la experiencia, describen haber sentido angustia:

“Yo pensaba que iba a estar hospitalizada como una semana, pero me dijeron después que lo mínimo era un mes... sentí angustia, como: ‘mamá por favor no me dejes aquí, llévame’ ” (Entrevista 3).

Cuatro pacientes refieren haber sentido miedo al momento de hospitalizarse asociándose a la posibilidad de incremento ponderal:

“Me daba miedo que me hicieran engordar, me acompañaban hasta el baño, me revisaban la comida, hasta los propios compañeros te delataban” (Entrevista 5).

Otros temores se relacionaban con un posible maltrato y/o contagio de otras enfermedades hospitalarias:

“Pensaba que en las hospitalizaciones te podían maltratar y que por eso podía salir peor. Me imaginaba que los pacientes podían ser víctimas de abuso del personal... me daba susto exponerme a vivir esto” (Entrevista 3).

“...me podía contagiar de otras cosas... pensaba que acá estaban los drogadictos, la gente con depresión muy fuerte y entonces yo podía salir con una depresión más fuerte o drogadicta” (Entrevista 3).

Un paciente describe miedo a empeorar durante la hospitalización, mientras que tres refieren haber tenido expectativas de mejorar, pues el espacio y la distancia permitirían estabilizar sus emociones:

“...iba a estar más tranquila acá, no me sentiría encarcelada como allá, en donde veía puros árboles y murallas. Acá tenía la luz de esperanza... me iba a mejorar” (Entrevista 1).

Efectos terapéuticos de la hospitalización

En este apartado se puntualizan factores facilitadores y obstaculizadores del proceso hospitalario. Se incluyen hallazgos y consecuencias de los beneficios que los pacientes atribuyen a la hospitalización. Cuatro informan la importancia de establecer alianzas y desarrollar confianza con el personal no médico (enfermeras, técnicos, psicólogos, terapias ocupacionales, psicopedagogos, etc.), fundamentales a la hora de sobreponerse en momentos de crisis o para promover una estadía cordial:

“... fue positivo tener a personal técnico porque llegábamos a acuerdos con los horarios de acostarse, con la condición de que me tenía que levantar a la hora que me dijeran. Me decían ‘tú no eres para estar acá, tú tienes que estar bien, cumplir’” (Entrevista 2).

Tres pacientes señalan que poder comparar su propio cuadro con otros pacientes que presentaban desórdenes evaluados como más graves, les permitieron expresar lo que les ocurría y aliviar así su sintomatología.

“Estar al lado de alguien que tenía lo mismo que yo pero que estaba peor, me hacía sentir que podía salir adelante y ayudar a sacarla a ella también” (Entrevista 3).

Circunstancias como el entorno físico, la estructura horaria definida, las normas de estadía o de visitas, fueron catalogadas positivamente por tres entrevistados, particularmente por los que habían sido hospitalizados con anterioridad. La falta de flexibilidad y empatía por parte del personal con sus necesidades entorpecieron la terapia hospitalaria:

“Habían tres cuidadoras que me obligaban a comer cosas que no me gustaban... yo les decía que me daban ganas de vomitar y ellas me decían ‘si vomitas te vamos a meter sondas por la nariz’. Sentí que eran desagradables” (Entrevista 6).

“...era bien desagradable... hablaba con desgano y desinterés. No me motivaba estar ahí con ella y creo que lo notaba. Levantaba las cejas y me preguntaba ‘¿tú has comido?’” (Entrevista 5).

Además, los pacientes advirtieron conflictos con el personal tratante cuando requerían negociar sus intereses o derechos, refiriendo la aplicación de normas demasiado estrictas y/o coercitivas:

“No quería irme con permiso a mi casa por miedo a recaer. Estuve dos semanas sin salir. Una cuidadora me dijo que si no salía me iban a prohibir las visitas diarias de mis papás. Fue muy dura” (Entrevista 3).

Otro factor mencionado como interferente de la recuperación, fue el temor ante cambios familiares

durante y/o a consecuencia de su estadía intrahospitalaria.

Respecto a las transformaciones positivas de la internación, cinco reportaron que sus síntomas disminuyeron o remitieron, y en dos de ellos la remisión permaneció seis meses posteriores al egreso asociada a mejoría del índice de masa corporal, sintiéndose libres del síndrome anoréctico:

“Para mí el tema de la anorexia está superado... no lo converso. Cuando me dieron el alta lo cerré, dejé todo ahí, no han vuelto los síntomas de antes. Haber llegado a los 35 kilos ahora lo veo con sorpresa, ¡cómo pude llegar a ese deterioro de mi cuerpo!” (Entrevista 2).

En cambio, en cuatro persistía la idea de una recaída luego del alta, conscientes de no estar completamente aliviados del trastorno:

“...yo me miro y trato de no caer porque empiezo a pensar estupideces... para frenar estos pensamientos se me viene la imagen de mi hija. A veces estoy alterada, nerviosa y reacciono mal conmigo... me he pegado, he golpeado las murallas y por lo mismo me da miedo recaer porque ya no quiero más” (Entrevista 1).

Cuatro mencionan una recuperación después de la hospitalización. Dos de ellos notan mejoría en su autoestima, tres en la dinámica comunicacional familiar, y todos concuerdan en un mayor despliegue de sus habilidades sociales:

“Me fui abriendo un poco más con la gente y el mundo. Como estaba siempre deprimida me encerraba, pero ahora no. Con mi papá la relación fue igual, pero empecé a hablar más con mi familia, especialmente con mi mamá. Al salir del hospital me recibieron bien. Mi papá me decía que ya me quería ver bien de una vez por todas y que desde que llegué todo cambió” (Entrevista 1).

“Me interesé más por mi familia, empecé a ser menos reservada, menos tímida... salí del encierro de mi cuarto. Converso más con mis papás, me meto a su cama, me río. Ellos cambiaron también. Mi mamá está menos controladora... en las noches no me dejaba salir por ejemplo. Hay más confianza y menos aprensión. Yo me relajé más con ella” (Entrevista 5).

Apreciación crítica sobre las hospitalizaciones psiquiátricas durante la adolescencia

Por último, se sintetizan las impresiones globales desde donde los pacientes ponderan la vivencia de hospitalización. Todos reconocen algún componente experiencial evolutivo positivo de su afección. Cuatro informan haber descubierto herramientas personales que fortalecieron durante el período de internación:

“Los procesos de hospitalización me abrieron la visión hacia la esperanza de que podía mejorar. Creo que eran necesarios. Ver gente que estaba muy mal, muy enferma de lo psiquiátrico fue fuerte. Mi papá me quiso sacar a través de medidas legales, pero no pudo. Cuando me permitían las salidas luego no quería volver... me deprimía. Pero fue necesario porque estaba tocando fondo” (Entrevista 1).

Otra variable que facilitó el desenlace positivo del desorden, según tres participantes, fue el distanciamiento de los escenarios conflictivos intrafamiliares, permitiéndoles focalizarse en su recuperación individual:

“Nadie cambió en mi familia, por eso es más difícil que cambie todo. Aquí estaba más tranquila. Eran como unas vacaciones de mi ambiente familiar” (Entrevista 6).

Asimismo, dos de ellos declaran haber desarrollado mayor consciencia de enfermedad. El haber contado con el apoyo de un profesional de salud mental les permitió exteriorizar y ordenar ideas conflictivas:

“Las hospitalizaciones me enseñaron que hay que expresar más y no ser tan impulsiva” (Entrevista 5).

Cuatro rememoraron matices negativos de la experiencia hospitalaria: no tener suficiente madurez para aprehender la vicisitud de la hospitalización y la aprensión del estigma social implícito. Opinan que es necesario efectuar una evaluación de las habilidades cognitivas y emocionales en niños o adolescentes candidatos a internación en un servicio de psiquiatría, a propósito del choque emocional sufrido por la menor de las entrevista-

das en su encuentro con otras niñas que deseaban morir. Dos entrevistados estaban preocupados por controlar y aminorar el eventual impacto de este acontecimiento en su dimensión socio-relacional. Las consecuencias en su imagen desde la perspectiva de los otros significativos constituye un tema constante:

“No me sentía preparada para enfrentar la hospitalización porque era mucha responsabilidad. Sentía la presión de mucha gente, de mi familia, mis amigos... todos me decían ‘¡come!’, ‘¿pero cómo no comes?’, ‘nadie te pide que comas para que seas gordo’. Una hospitalización era tener que cumplirle a mucha gente. Me sentía incapaz. Emocionalmente fue difícil. Pensé que no iba a poder... Me derrumbé y me di cuenta de que mi familia no siempre estaría conmigo” (Entrevista 2).

La evolución terapéutica en la situación de hospitalización, según uno de los entrevistados, puede ser más efectiva que en el ámbito ambulatorio, manifestando haber mentalizado más claramente su problema estando en el hospital:

“Tomaba la hospitalización como algo más serio, no sería lo mismo en un contexto ambulatorio porque en el hospital tenía apoyo y control más directos” (Entrevista 4).

Otro manifestó la impresión de que las recaídas pueden explicarse desde la supuesta cronicidad de los TCA, dificultándose una rehabilitación definitiva:

“Hay un discurso que puede hacer mal, que es que la anorexia es para toda la vida. Yo no creo que sea tan así, porque las recaídas se justifican con este pensamiento y no permite vislumbrar una salida en su momento” (Entrevista 2).

Discusión

Varios autores^{6,26-34} han detectado que las pacientes anorécticas hospitalizadas, además de exhibir complicaciones médicas graves, evidencian análogamente a nuestros pacientes, características psicopatológicas y conductuales tales como negar, minimizar e incluso rechazar el tratamiento,

apoyando la perentoria necesidad de implementar unidades de internación médica y psiquiátrica especializadas. Acorde a nuestros resultados, es posible plantear que todos los entrevistados con experiencias de hospitalización previa mostraron una disposición negativa a la nueva hospitalización, a excepción de uno que vertió opiniones mixtas. Por consiguiente, puede plantearse que ésta depende de experiencias previas de tratamiento, con o sin hospitalización, y también que este tipo de abordaje representa un estigma social negativo que cobra relevancia especialmente para pacientes adolescentes sin experiencias previas con equipos de salud mental, en quienes siempre es necesario pensar en los efectos a largo plazo, incluso irreversibles, que puede generar la malnutrición y la pérdida ponderal. En consecuencia, Tapia y Arriagada²⁶ mencionan que la hospitalización en estos casos puede llegar a ser el tratamiento indicado, aun cuando sólo se poseen evidencias de sus beneficios a corto plazo.

Behar⁵ sostiene que en la AN, es central considerar sus manifestaciones psicopatológicas que pueden llegar a configurar una urgencia orgánica, las que además de implicar un peligro *per se*, dificultan el manejo terapéutico y ensombrecen el pronóstico. Weaver et al⁸ identificaron como primera prioridad terapéutica la recuperación ponderal, con el restablecimiento del equilibrio biológico, que debería acompañarse de un abordaje psicosocial. Nuestras conclusiones armonizan con lo anterior, lo que permitiría establecer una alianza terapéutica efectiva^{26,27,35}, reconocida como nuclear desde el discurso de nuestros reclutados, según los

resultados de De la Rie et al³⁶, quienes verificaron que desde el enfoque de los terapeutas, la aproximación se centra preferentemente en la regulación sintomática, mientras que los pacientes colocaban su atención en la calidad de la alianza terapéutica establecida con los otros significativos no familiares. En otro estudio, De la Rie et al³⁷ observaron que parámetros como la demora en el tratamiento por parte del equipo médico y las dificultades en la atención de urgencia, interferían negativamente en pacientes hospitalizados, destacando el valor de las temáticas vinculares en este tipo de tratamientos. Consistentemente, Tozzi et al¹², señalan la especial atención que ameritan este tipo de pacientes, dada la alta prevalencia de familias disfuncionales, hecho corroborado en al menos cinco de seis entrevistados.

Implicancias clínicas

Al efectuarse una metodología que abordase las experiencias vivenciales, se favoreció por un lado, la posibilidad de los pacientes de situarse en una postura crítica respecto de la hospitalización, y por otro, consignar desde hitos reales el vivenciar del curso de su trastorno.

Limitaciones

El reducido tamaño de la muestra, además de una mayor paridad de género son aspectos que deberían considerarse en futuras investigaciones, pues los TCA afectan preferencialmente al sexo femenino. Tampoco fue analizada la información acerca de las comorbilidades y tratamientos farmacológicos actuales.

Resumen

Introducción: La hospitalización psiquiátrica en anorexia nerviosa (AN) infanto-juvenil posee importantes implicancias en el vivenciar de su etapa del desarrollo, pero su impacto ha sido escasamente reportado, particularmente desde la experiencia individual subjetiva.

Objetivo: Describir los significados experienciales construidos por niños y adolescentes anorécticos en torno a su proceso de hospitalización. ***Método:*** Estudio cualitativo descriptivo basado en la Grounded Theory. La muestra se constituyó intencionadamente por un total de 6 pacientes (5 mujeres y 1 hombre) con y sin antecedentes de hospitalización psiquiátrica. Se utilizó la

entrevista en profundidad semi-estructurada, analizando los datos mediante triangulación de especialistas y codificación abierta. **Resultados:** Se describen cuatro categorías: (A) Impresiones sobre los profesionales de la salud mental y las unidades de hospitalización psiquiátrica previas a la internación: las vivencias informadas fueron negativas, influyendo en futuras intervenciones; (B) Impresiones y experiencias al momento del ingreso: angustia, tristeza y temor (empeoramiento sintomático, maltrato y aumento ponderal); (C) Efectos terapéuticos de la hospitalización: énfasis en la alianza terapéutica y en la remisión sintomática y (D) Apreciación crítica sobre las hospitalizaciones psiquiátricas durante la adolescencia: fortalecimiento de habilidades individuales para el manejo del trastorno, beneficio del distanciamiento de las problemáticas familiares, desarrollo de conciencia de enfermedad. **Conclusión:** La hospitalización en AN es un recurso terapéutico positivo en determinados casos. El proceso de mejoría se facilitó estableciendo diálogos constructivos mediante el reconocimiento de las necesidades afectivas particulares del paciente y la plasticidad de la institución para ofrecerle herramientas atinentes a su vivencia, enfatizando la relevancia de la alianza terapéutica.

Palabras clave: Anorexia nerviosa, hospitalización, adolescentes.

Referencias bibliográficas

- Muniz R, dos Santos J, Pessa R. Hospitalização integral para tratamento dos transtornos alimentares: a experiência de um serviço especializado. *J Bras Psiquiatr* 2013; 62 (1): 31-7.
- Cervera S, Gual M, Lasa L, Prat O, Zandio M, Hernández C. Protocolo de atención a pacientes con trastornos de la conducta alimentaria. Pamplona: Clínica Universitaria de Navarra, 1995.
- Bella M, Fernández R, Willington J. Intento de suicidio en niños y adolescentes: depresión y trastorno de conducta disocial como patologías más frecuentes. *Arch Argent Pediatr* 2010; 108 (2): 124-9.
- Pacheco B, Lizana P, Celhay I. Diferencias clínicas entre adolescentes hospitalizados por intento suicida y adolescentes hospitalizados por otra causa psiquiátrica. *Rev Med Chile* 2010; 138 (2): 160-7.
- Behar R. Trastornos de la conducta alimentaria: Clínica y epidemiología. En: Behar R, Figueroa G, editores. *Trastornos de la conducta alimentaria*. Segunda Edición. Santiago de Chile: Editorial Mediterráneo, 2010. p. 121-47.
- Saito S, Kobayashi T, Kato, S. Management and treatment of eating disorders with severe medical complications on a psychiatric ward: a study of 9 inpatients in Japan. *Gen Hosp* HYPERLINK "<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24630897>" HYPERLINK "<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24630897>" *Psychiatry* 2014; 36 (3): 291-5.
- American Psychiatric Association. Practice guideline for the treatment of patients with eating disorders. Third Edition. *Am J Psychiatry* 2006; 163 (7): 1-54.
- Weaver L, Sit L, Liebman R. Treatment of anorexia nervosa in children and adolescents. *Curr Psychiatry Rep* 2012; 14: 96-100.
- De la Barra F. Epidemiología de trastornos psiquiátricos en niños y adolescentes: Estudios de prevalencia. *Rev Chil Neuro-Psiquiatr* 2009; 47 (4): 303-14.
- Herpertz-Dahlmann B, Schwarte R, Krei M, Egberts K, Warnke A, Wewetzer C, et al. Day-patient treatment after short inpatient care *versus* continued inpatient treatment in adolescents with anorexia nervosa (ADNI): a multicenter, randomized, open-label, non-inferiority trial. *Lancet* 2014; 383 (9924): 1222-9.
- Offord A, Turner H, Cooper M. Adolescent inpatient treatment for anorexia nervosa: a qualitative study exploring young adults. *Retrospective views*

- of treatment and discharge. *Eur Eat Disord Rev* 2006; 14: 377-87.
12. Tozzi F, Sullivan P, Fear J, McKenzie J, Bulik C. Causes and recovery in anorexia nervosa: the patient's perspective. *Int J Eat Disord* 2002; 33: 143-54.
 13. Cruzat C, Haemmerli C. Escuchando a pacientes con trastornos alimentarios acerca de su tratamiento. *Rev Argent Clin Psic* 2009; 18: 135-41.
 14. Cruzat C, Aspillaga C, Torres M, Rodríguez M, Díaz M, Haemmerli C. Significados y vivencias subjetivas asociados a la presencia de un trastorno de la conducta alimentaria, desde la perspectiva de mujeres que lo padecen. *Psyche* 2010; 19 (1): 3-17.
 15. Cruzat C, Díaz F, Kirszman D, Aspillaga C, Behar R. Cambio terapéutico en el tratamiento de los trastornos alimentarios: contenidos, factores facilitadores y obstaculizadores. *Rev Mex Trastor Aliment* 2013; 4 (2): 102-15.
 16. Cruzat C, Díaz F, Aylwin J, García A, Behar R, Arancibia M. Discursos en anorexia y bulimia nerviosa: un estudio cualitativo acerca del vivenciar del trastorno. *Rev Mex Trast Aliment* 2014; 5 (2): 70-9.
 17. Escobar-Koch T, Cruzat C, Florenzano R. Treatments for eating disorders: the patients' views. En: Jáuregui I, editor. 2012. *Relevant Topics in Eating Disorders*. Disponible en URL: <http://www.intechopen.com/books/relevant-topics-in-eatingdisorders/treatments-for-eating-disorders-the-patients-views>.
 18. Glaser B, Strauss A. *The discovery of grounded theory*. Chicago: Aldine Publishing Company, 1967.
 19. Pidgeon N, Henwood K. Grounded theory: practical implementation. In: J. Richardson J, editor. *Handbook of qualitative research methods for psychology and the social sciences*. Leicester: BPS Books, 1996. p. 75-85.
 20. Rodríguez G, Gil J, García E. *Metodología de la investigación cualitativa*. Granada: Ediciones Aljibe, 1996.
 21. Taylor S, Bogdan R. *Introducción a los métodos cualitativos de investigación*. Buenos Aires: Paidós, 1998.
 22. Strauss A, Corbin J. *Bases de la investigación cualitativa: Técnicas y procedimientos para desarrollar la teoría fundamentada*. Medellín: Universidad de Antioquia, 2002.
 23. Krause M. *La investigación cualitativa: Un campo de posibilidades y desafíos*. Revista Temas de Educación. Departamento de Educación, Facultad de Humanidades, Universidad de La Serena 1995; 7: 19-39.
 24. González F. *Investigación cualitativa en psicología. Rumbos y desafíos*. México: International Thomson Editores, 2000.
 25. American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders. Fourth Edition. Text Revised*. Washington DC: American Psychiatric Association, 2002.
 26. Tapia P, Arriagada M. Manejo hospitalario de los síndromes alimentarios. En: Behar R, Figueroa G, editores. *Trastornos de la Conducta Alimentaria. Segunda Edición*. Santiago de Chile: Editorial Mediterráneo, 2010. p. 253-66.
 27. McKenzie J, Joyce P. Hospitalization for anorexia nervosa. *Int J Eat Disord* 1992; 11 (3): 235-41.
 28. Cartwright M. Eating disorder emergencies: understanding the medical complexities of the hospitalized eating disordered patient. *Crit Care Nurs Clin North Am* 2004; 16: 515-30.
 29. Calderón R, Vander Stoep A, Collett B, Garrison M, Toth K. Inpatients with eating disorders: demographic, diagnostic and service characteristics from a Nationwide Pediatric Sample. *Int J Eat Disord* 2007; 40 (7): 622-8.
 30. Colton A, Pistrang N. Adolescents' experiences of inpatient treatment for anorexia nervosa. *Eur Eat Disord Rev* 2004; 12: 307-16.
 31. Cruzat C, Aspillaga C, Behar R, Espejo C, Gana C. Facilitators of the therapeutic alliance in anorexia nervosa: a look from the dyad therapist-patient. *Rev Chil Neuro-Psiquiat* 2013; 51 (3): 175-83.
 32. Lemberg R, May M. What works in in-patient treatment of eating disorders: the patient's point of view. *Br Rev Bulimia Anorexia Nerv* 1991; 5: 29-37.
 33. Long C, Kirsty-Anne F, Hollin C. Treatment of chronic anorexia nervosa: a 4-year follow-up of adult patients treated in an acute inpatient setting. *Clin Psychol Psychother* 2012; 19 (1): 1-13.

34. Salbach-Andrae H, Schneider N, Seifert K, Pfeiffer E, Lenz K, Lehmkuhl U, *et al.* Short-term outcome of anorexia nervosa in adolescents after inpatient treatment: a prospective study. *Europ Child Adolesc Psychiatr* 2009; 18: 701-4.
35. Gowers S, Weetman J, Shore A, Hossain F, Elvins R. Impact of hospitalization on the outcome of adolescent anorexia nervosa. *Br J Psychiatr* 2000; 126: 138-41.
36. De la Rie S, Noordenbos G, Donker M, Van Furth E. The quality of treatment of eating disorders: a comparison of the therapists' and the patients' perspective. *Int J Eat Disord* 2008; 41 (4): 307-17.
37. De la Rie S, Noordenbos G, Donker M, Van Furth E. Evaluating the treatment of eating disorders from the patient's perspective. *Int J Eat Disord* 2006; 39: 667-76.

Correspondencia:

Rosa Behar A.

Departamento de Psiquiatría

Facultad de Medicina

Universidad de Valparaíso

Subida Carvallo 200, Casilla 92-V

Valparaíso

E-mail: rositabehar@vtr.net