

Eduardo Serrano-Troncoso<sup>1,2</sup>  
Marina Fàbrega-Ribera<sup>1</sup>  
Núria Coll-Pla<sup>1</sup>  
Mònica Godrid-García<sup>1</sup>  
Marta Carulla-Roig<sup>1</sup>  
Raquel Cecilia-Costa<sup>1</sup>  
Pau Soto-Usera<sup>1</sup>  
Bernardo Sánchez-Fernández<sup>1</sup>  
Josep Matalí-Costa<sup>1,2</sup>  
Montserrat Dolz-Abadia<sup>1,2</sup>

# Alternativas a la hospitalización total en adolescentes con anorexia nerviosa: Eficacia y características de un nuevo modelo intensivo de tratamiento en hospital de día

<sup>1</sup>Servicio de Psiquiatría y Psicología Infantil y Juvenil, Hospital Sant Joan de Déu de Barcelona, España

<sup>2</sup>Grupo de Investigación en Salud Mental en Niños y Adolescentes, Institut de Recerca Sant Joan de Déu, Barcelona, España

---

**Introducción.** La Hospitalización Total (HT) es el tratamiento de elección para adolescentes con Anorexia Nerviosa (AN) moderada-grave. Sin embargo, ésta es costosa y el riesgo de recaída o reingresos es alto. Una alternativa menos costosa es la Hospitalización Parcial (HP), que puede ayudar a evitar recaídas y reingresos porque facilita la transición del hospital al tratamiento comunitario.

**Objetivo.** Evaluar la eficacia de un tratamiento intensivo en HP para adolescentes con AN, el programa de HP para Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA) de 11 horas (HP-TCA-11h), respecto a la recuperación ponderal, evitar ingresos y disminuir estancias en HT.

**Método.** Se realizó un estudio longitudinal y naturalístico que analizó las variables clínicas y socio-demográficas de los pacientes con AN que fueron dados de alta consecutivamente del HP-TCA-11h, durante los años 2015-2016.

**Resultados.** Se realizaron 77 altas. La edad media fue de 14.4 años (DE: 1.62). La estancia media fue de 28.9 días (DE: 18.5). La media del índice de masa corporal aumentó significativamente al alta (17.2 frente a 17.9,  $p<0.001$ ) y a los 12 meses de seguimiento (17.9 frente a 19.3,  $p<0.001$ ). Veintinueve (70.8%) pacientes tratados en HP-TCA-11h, que vinieron de un recurso menos intensivo, evitaron el ingreso en HT. Catorce (18.2%) requirieron un reingreso en HP-TCA-11h en dos años. La estancia media en HT disminuyó significativamente (de 33 a 24 días,  $p<0.043$ ).

**Conclusión.** HP-TCA-11h ha demostrado ser un recurso eficaz como alternativa a la HT para adolescentes con AN moderada-grave. Este nuevo modelo tiene implicaciones coste-efectivas ya que es un recurso seguro y menos costoso que la HT.

**Palabras clave:** Anorexia nerviosa, Hospital de día, Adolescentes, Eficacia, Resultados del tratamiento

*Actas Esp Psiquiatr 2020;48(1):19-27*

## Alternatives to inpatient treatment in adolescents with anorexia nervosa: Effectiveness and characteristics of a new intensive model of day patient treatment

**Introduction.** Inpatient Treatment (IT) is the treatment of choice for moderate or severely ill adolescents with Anorexia Nervosa (AN). Nevertheless, it is expensive, and the risk for relapse or readmissions is high. A less costly alternative to IT is Day Patient Treatment (DP), which may also help to avoid relapses and readmissions because facilitates transition from hospital to community treatment.

**Aim.** To assess the effectiveness of the 11-hour DP program for Eating Disorders (DP-ED-11h), a new intensive DP treatment for adolescents with AN, with respect to weight recovery, avoidance of hospital admission and decrease of Length of Stay (LoS).

**Method.** A longitudinal, naturalistic study was carried out analysing clinical and sociodemographic variables from 77 patients with AN who were consecutively discharged from DP-ED-11h, during years 2015-2016.

**Results.** There were 77 discharges. The average age was 14.4 years old (SD: 1.62). The LoS at DP-ED-11h was 28.9 days

---

Correspondencia:

Eduardo Serrano-Troncoso  
Servicio de Psiquiatría y Psicología Infantil y Juvenil  
Hospital Sant Joan de Déu de Barcelona  
Passeig Sant Joan de Déu, 2  
08950 Esplugues del Llobregat (Barcelona)  
Tel.: (34) 93 280 40 00;  
Fax: (34) 93 280 63 49  
Correo electrónico: eserrano@sjdhospitalbarcelona.org  
ORCID: 0000-0002-4935-7348

(SD: 18.5). The mean body mass index increased significantly at discharge (17.2 vs. 17.9,  $p < 0.001$ ) and at 12 months follow-up (17.9 vs. 19.3,  $p < 0.001$ ). Twenty nine (70.8%) of the patients treated at DP-ED-11h, who came from a less intensive setting, avoided an admission. Fourteen (18.2%) required readmission at DP-ED-11h within two years. The LoS at IT was significantly reduced (from 33 to 24 days,  $p < 0.043$ ).

**Conclusion.** DP-ED-11h has shown to be an effective resource as an alternative to IT for adolescents with moderate to severe AN. This new model has cost-effectiveness implications as it is a safe resource and is less costly than IT.

**Keywords:** Anorexia nervosa, Day patient treatment, Adolescents, Effectiveness, Treatment Outcome

## INTRODUCCIÓN

La Anorexia Nerviosa (AN) es un trastorno psiquiátrico que se inicia generalmente durante la adolescencia, periodo crucial para el desarrollo tanto físico como psicológico de la persona. En términos de evolución y pronóstico, se ha descrito que menos de la mitad de los pacientes con AN se recuperan totalmente de la enfermedad<sup>1</sup>. Es una patología grave con la tasa de mortalidad más alta entre todas las enfermedades psiquiátricas<sup>2</sup>. Por tanto, requiere de un tratamiento específico apropiado para la edad.

Tradicionalmente, las intervenciones de tratamiento para pacientes con AN se ofrecen en dos entornos clínicos diferenciados: hospitalización o servicio ambulatorio. La Hospitalización Total (HT) es el dispositivo terapéutico más indicado para adolescentes con AN que sufren un riesgo moderado o alto debido al trastorno de la conducta alimentaria (TCA)<sup>3,4</sup>. La HT también es el tratamiento de elección para los pacientes que no han mejorado después de ser atendidos en un servicio ambulatorio<sup>3,5,6</sup>, ya que proporciona un abordaje intensivo y eficaz principalmente para la realimentación y la restauración ponderal. Sin embargo, la HT presenta algunas desventajas como su elevado coste, que impacta en los presupuestos de los servicios nacionales de salud<sup>7</sup>. También, el entorno hospitalario donde se ubican a los pacientes ingresados de forma completa es muy diferente al de su contexto natural, lo que dificulta la generalización de los patrones alimentarios después del alta hospitalaria a la atención ambulatoria. Como consecuencia, pacientes con AN que son dados de alta directamente de HT a una atención ambulatoria, muestran un alto riesgo de recurrencia de los síntomas en un corto periodo de tiempo, hecho que conduce a reingresos<sup>8</sup>.

Se han realizado esfuerzos para desarrollar una modalidad de tratamiento alternativa a la intervención ambulatoria y de HT tradicional: el tratamiento en Hospitalización Parcial (HP)<sup>5</sup>. Algunos estudios han evaluado los diferentes

marcos de tratamiento de la AN y han recomendado una implementación del enfoque de HP, debido a que es una opción menos costosa en comparación con HT y también puede considerarse segura en relación al abordaje de los riesgos orgánicos<sup>9</sup>. Aparte de la ventaja económica, la HP ofrece a los pacientes un tratamiento intensivo dentro de un entorno clínico, pero al mismo tiempo les permite mantenerlos involucrados en su contexto natural y red social. Por un lado, esto ayuda a mantener el vínculo relacional de los adolescentes en su comunidad, lo que aumenta la motivación para recuperar su funcionamiento premórbido. Por otro, permite una mayor implicación de las familias, participando e involucrándose directamente en el tratamiento y, como resultado, facilitando la transferencia de las habilidades aprendidas a través de la HP a su vida cotidiana<sup>9,10</sup>. En este sentido, la HP podría ser considerada un dispositivo útil para cumplir con una transición satisfactoria del hospital a la comunidad<sup>11</sup>, disminuyendo el riesgo de recaídas y reingresos.

El tratamiento de HP para AN generalmente ofrece un programa estructurado de intervención para los trastornos alimentarios en el horario de tardes de lunes a viernes (6 horas al día, 5 días a la semana). Generalmente incluye 3 comidas: almuerzo, merienda y cena. Sin embargo, existe una diferencia notable en la intensidad del tratamiento entre HT (24 horas al día, 7 días a la semana: 168 horas a la semana) y HP (6 horas al día, 5 días a la semana: 30 horas a la semana). Teniendo en cuenta este aspecto, se ha establecido un nuevo programa de tratamiento en hospitalización parcial para adolescentes con trastornos de la conducta alimentaria en el Hospital Sant Joan de Déu de Barcelona (España), que tiene una duración de 11 horas al día (HP-TCA-11h). Ofrece tratamiento de 8:45am a 7:45pm de lunes a viernes. Una mañana a la semana, los pacientes asisten a su colegio con el objetivo de mantener el contacto con sus compañeros y mantener su red social. Los pacientes ingresados son niños y adolescentes menores de 18 años, diagnosticados principalmente de AN, pero también bulimia nerviosa (BN), otro trastorno alimentario o de la ingestión de alimentos especificado o trastorno de evitación/restricción de la ingestión de alimentos. Con este nuevo programa, se ofrece un abordaje terapéutico más intensivo en comparación con otros tratamientos de hospital de día, al tiempo que permite a los pacientes mantener su contexto social y familiar.

En la literatura científica, los programas de tratamiento para TCA en HP han demostrado tener ventajas sobre la HT tradicional en términos económicos y clínicos<sup>12-14</sup>. Sin embargo, la mayoría de los estudios se han focalizado en evaluar la relación coste-efectividad de las intervenciones de HP<sup>9,15,16</sup> y se conoce menos sobre la eficacia clínica en adolescentes, que generalmente carecen de evaluaciones de seguimiento. Además, se ha descrito una amplia gama de programas de HP en todos los estudios, que implican diferentes conceptualizaciones y perspectivas de tratamiento, sistemas

de atención médica y resultados. Todos estos aspectos hacen que sea difícil tener una idea clara de la eficacia real de la HP como una intervención para la AN en adolescentes<sup>13,15</sup>.

Según la literatura revisada, no hay otro estudio que informe sobre un programa de HP intensivo para AN como el presentado en nuestro hospital. El presente estudio tiene como objetivo evaluar la eficacia clínica y coste-efectiva de un nuevo tratamiento intensivo para adolescentes con AN, el programa de Hospitalización Parcial para Trastornos de la Conducta Alimentaria de 11h (HP-TCA-11h), como alternativa a la HT o como recurso para continuar el tratamiento después del ingreso completo, lo que permitiría disminuir la duración de las estancias en la hospitalización total.

Nuestra hipótesis principal es que la HP-TCA-11h demostrará ser un recurso eficaz para adolescentes con AN moderada a grave, tanto clínica (recuperación ponderal) como económicamente (evitando ingresos hospitalarios y reduciendo la estancia media); y esta mejora clínica se mantendrá en el seguimiento. La primera hipótesis es que el Índice de Masa Corporal (IMC) de los pacientes que asisten al tratamiento de HP aumentará significativamente al comparar el IMC inicial con el IMC al alta y a los 12 meses de seguimiento. La segunda hipótesis es que la HP-TCA-11h evitará ingresos hospitalarios en aproximadamente dos tercios de los casos, teniendo en cuenta que un porcentaje de pacientes necesitará un tratamiento más intensivo (HT) debido a la gravedad de algunos de sus síntomas, como un muy bajo peso al ingreso, una baja motivación para recuperarse o un inicio temprano de la AN; que son factores asociados a la HT. Por último, también planteamos la hipótesis de que habrá una disminución significativa de la estancia media en aquellos casos en que se necesita una HT.

## MÉTODO

### Diseño

Se realizó un estudio longitudinal y naturalístico que incluyó a adolescentes en tratamiento en la Unidad de Trastornos Alimentarios (UTCA) de un hospital pediátrico.

### Participantes y procedimientos

Los datos del presente estudio provienen de 77 niños y adolescentes diagnosticados de AN que recibían tratamiento en HP-TCA-11h en la UTCA del Hospital Sant Joan de Déu de Barcelona (España), entre enero de 2015 y diciembre de 2016. Los pacientes fueron remitidos a la UTCA por parte de proveedores de atención primaria, psiquiatras y psicólogos de atención comunitaria o de un nivel de atención más

intensivo; incluidos hospitales de día y unidades de hospitalización total. Los criterios de admisión a HP-TCA-11h se ajustaban a las recomendaciones de las guías clínicas NICE para HP<sup>3,4</sup>. Como criterio de inclusión, los pacientes debían haber recibido el diagnóstico principal de AN según los criterios del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-5)<sup>17</sup>, basados en el juicio clínico de un psicólogo clínico o psiquiatra especializado en TCA. Si los pacientes no estaban médicamente estables en el momento de la evaluación, se los derivaba a un nivel de atención mayor y se los ingresaba en la unidad de hospitalización psiquiátrica para adolescentes ubicada en el mismo hospital, que también tiene un programa específico para TCA. No se aplicaron otros criterios de exclusión a la muestra del estudio actual.

Se analizaron de forma consecutiva las altas de los pacientes de HP-TCA-11h referidos durante 2 años con respecto a variables de edad, sexo, tipo de AN de acuerdo con el DSM-5<sup>17</sup>, estancia media, progresión del IMC (inicial, al alta y a los 12 meses de seguimiento) y el porcentaje de reingresos durante este periodo de 2 años. El promedio de las estancias de pacientes con AN en HT de los años 2013-2014 se comparó con el obtenido en 2015-2016, cuando se implantó el nuevo programa de tratamiento HP-TCA-11h. De esa manera, podríamos medir un hipotético cambio en la estancia media en nuestra unidad de HT atribuible a la nueva estructura del programa intensivo TCA.

Se realizó una evaluación estandarizada de los trastornos psiquiátricos comórbidos en el momento del ingreso en HP-TCA-11h en función del juicio clínico del mismo psicólogo clínico o psiquiatra.

### Descripción del programa

En nuestra UTCA, que pertenece al sistema público de salud, tratamos a niños y adolescentes con trastornos alimentarios hasta los 18 años de edad. El tratamiento se basa en un enfoque multidisciplinar que combina el manejo biológico, la rehabilitación nutricional, un programa conductual dirigido a mejorar los patrones de alimentación y el peso, el tratamiento cognitivo individual y grupal, así como asesoramiento individual y grupal para padres. Ofrecemos tratamiento en tres entornos diferentes: ambulatorio, HP y HT. Los pacientes con un buen cumplimiento terapéutico, y que no tienen riesgo biológico o psicológico, se benefician del servicio ambulatorio. Si la recuperación de peso y el comportamiento alimentario no mejoran, los pacientes son remitidos a HP o ingresados en la unidad de hospitalización psiquiátrica. La HT también está indicada si la salud física se ve gravemente comprometida o debido a la interferencia de la psicopatología comórbida.

El tratamiento de HP se divide en 3 subprogramas diferentes según la intensidad de la intervención: el nivel menos intensivo es un tratamiento de 1 día a la semana durante 6h; si los pacientes necesitan de mayor intensidad, el siguiente nivel sería la intervención de 25h a la semana (que se realizará diariamente de lunes a viernes de 3pm a 7.45pm); el subprograma más intensivo es la HP-TCA-11h, que es el foco del presente estudio y, por este motivo, se describirán más detalles a continuación. Se pueden tratar un máximo de 10 pacientes en cada subprograma.

La HP-TCA-11h es un programa intensivo de tratamiento para niños y adolescentes con TCA (aunque en este estudio sólo nos centraremos en la eficacia del programa en pacientes con AN). El horario es de 8:45am a 7:45pm de lunes a viernes. Antes de la implementación de este nuevo recurso, los pacientes tratados en HP-TCA-11h hubieran sido ingresados en HT cuando el tratamiento en HP (que consistía en una intervención de 25h a la semana) no era suficiente.

Como en otros tratamientos de HP, el equipo involucrado en el programa incluye profesionales de múltiples disciplinas: enfermería, psicología, psiquiatría, trabajo social, terapia ocupacional, profesorado, gastroenterología pediátrica. Así, el tratamiento multidisciplinar incluye terapia individual y grupal, grupo de padres (grupo multifamiliar y psicoeducativo) y asesoramiento nutricional, entre otras actividades terapéuticas. El programa garantiza todas las comidas principales (4 al día) y controla los atracones y las posibles conductas compensatorias. Una de las principales novedades, a parte de la extensión horaria, es que también proporciona la posibilidad de programar las ingestas el fin de semana en el hospital en aquellos pacientes que son graves o tienen dificultades para seguir los planes de comida en el domicilio.

Todos los pacientes que asisten a HP son valorados por un pediatra especializado en gastroenterología y nutrición, quien determina su peso corporal esperado basado en su evolución pondoestatural previa. La dieta ofrecida está ajustada a la edad. La evolución ponderal se valora semanalmente y los planes dietéticos se ajustan con el objetivo de lograr la recuperación ponderal necesaria. Se monitorizan las constantes vitales de todos los pacientes tres veces a la semana. Se realizan analíticas de sangre u otras exploraciones complementarias si son necesarias.

## Medidas

### *Índice de masa corporal*

La talla y el peso se usaron para calcular el IMC ( $\text{kg}/\text{m}^2$ ) al inicio del ingreso, al alta y en el seguimiento a 12 meses. El

IMC en el seguimiento se calculó a partir de los registros de las visitas ambulatorias. El IMC se ha considerado como una medida objetiva de buena evolución en los TCA<sup>3,5,12</sup>.

### *Criterios de alta del programa*

En el programa HP-TCA-11h, el criterio principal para el alta es conseguir y mantener el 90% del peso corporal esperado (durante al menos dos semanas consecutivas) sin episodios de ayuno, atracones o purgas. La supervisión se lleva a cabo mediante registros alimentarios que rellenan los padres y entrevistas clínicas realizadas con el paciente y la familia. Si los pacientes evolucionan favorablemente (normalización de los hábitos alimentarios, ausencia de conductas compensatorias, buen ajuste emocional y social y adecuada reincorporación progresiva escolar) se reduce la intensidad de tratamiento de forma gradual, empezando con la concesión de mañanas libres, favoreciendo así la asistencia al colegio de forma progresiva. Posteriormente, los pacientes pueden tener más días libres (antes del alta definitiva de HP-TCA-11h) hasta que son derivados a un subprograma con una intensidad menor de tratamiento dentro del programa de HP.

Los criterios para derivar a los pacientes a la unidad de HT desde HP son: inestabilidad somática, recuperación de peso inferior a 700g por semana durante 2 meses, frecuencia de vómitos superior a dos al día durante más de una semana, y riesgo suicida valorado por el psiquiatra o psicólogo tratante.

## Ética

Este estudio se llevó a cabo de acuerdo con la última versión de la Declaración de Helsinki. El Comité ético del Hospital Sant Joan de Déu aprobó el estudio, y se obtuvo el consentimiento informado de todos los participantes.

## Análisis Estadísticos

Los datos se analizaron con el programa SPSS v.22. Se utilizó la prueba paramétrica de *t* de Student para comparar la media de la evolución del IMC al alta y a los 12 meses de seguimiento. También se utilizó la prueba *t* de Student para comparar la media de las estancias de hospitalización total entre los años 2013-2014 y 2015-2016.

## RESULTADOS

### Características de la muestra

Durante este período de 2 años hubo 77 altas de HP-TCA-11h. Del total de la muestra, el 93.5% (n=72) fueron chicas y el

6.5% (n=5) chicos. La edad media fue de 14.4 años (DE: 1.62), con un rango entre 11 y 17 años. Con respecto al tipo de AN, 72 (93.5%) eran restrictivos y 5 (6.5%) purgativos. Veintiuno (27.3%) de los pacientes con AN tenían comorbilidad con otro trastorno psiquiátrico. Concretamente, 9 (42.9%) presentaban un trastorno de ansiedad, 7 (33.3%) un trastorno depresivo, y 5 (23.8%) rasgos disfuncionales de personalidad. Veintiocho pacientes (36.3%) recibieron tratamiento psicofarmacológico. Del total de prescripciones farmacológicas, 25 (32.5%) fueron inhibidores selectivos de la recaptación de la serotonina (ISRS), 25 (32.5%) benzodiazepinas, y 27 (35%) neurolépticos. De las 72 pacientes, 63 (87.5%) presentaron amenorrea. El tiempo medio desde el comienzo del trastorno fue de 13.72 meses (DE: 9.47), y la duración media del tratamiento fue de 6.42 meses (DE: 8.24). Treinta y seis (46.8%) pacientes tenían antecedentes familiares de trastorno mental, 13 de los cuales (36.11%) eran TCA.

Del total de la muestra, 36 (46.75%) habían recibido tratamiento en HT antes de ser ingresados en HP-TCA-11h, y los restantes 41 (53.25%) habían recibido tratamiento para el TCA de forma menos intensiva (incluyendo las modalidades de HP y consultas externas).

Treinta y seis pacientes (46.75%) requirieron acudir al hospital también durante el fin de semana para realizar las ingestas principales (almuerzo o cena) debido a las dificultades en cumplir las pautas nutricionales en casa. La media de ocasiones en que los pacientes precisaron acudir al hospital para almorzar o cenar fue de 3.54 (DE: 3.13).

La estancia media en HP-TCA-11h fue de 28.9 días (DE: 18.5).

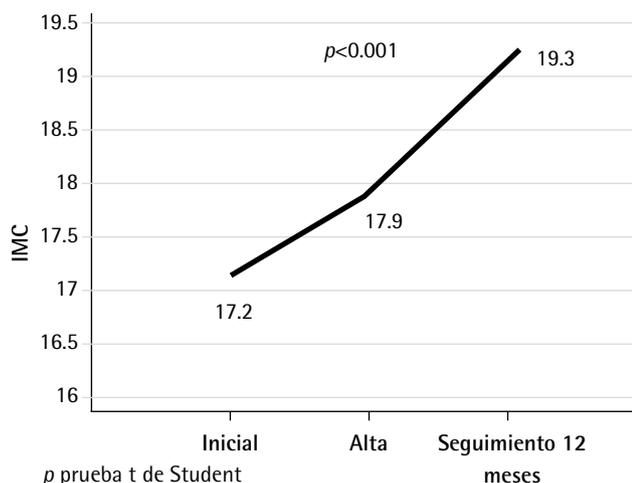


Figura 1

Progresión del Índice de Masa Corporal (IMC) en el ingreso, al alta y a los 12 meses de seguimiento

### Eficacia del dispositivo: Recuperación ponderal

En términos de eficacia, el IMC aumentó significativamente comparando el IMC de ingreso con el de alta (17.2 vs. 17.9,  $p < 0.001$ ). Del mismo modo ocurrió al comparar el IMC al alta con el IMC que tenía al año de seguimiento (17.9 vs. 19.3,  $p < 0.001$ ) en 70 de los 77 pacientes (90.9%) (Figura 1).

### Eficacia del dispositivo: Evitar ingresos

De los pacientes que ingresaron, que no fueron derivados directamente desde la unidad de hospitalización (n=41), fue posible evitar el ingreso en 29 casos (70.8%), ya que lograron alcanzar los objetivos terapéuticos. Dichos objetivos son los criterios establecidos de alta del dispositivo: alcanzar el 90% del peso corporal esperado y mantenerlo durante 2 semanas consecutivas de control ponderal. Esta recuperación de peso tenía que ir acompañada de la ausencia de episodios de ayuno, atracones y conductas purgativas durante el mismo período de dos semanas (Figura 2).

En los primeros 2 años, 14 (18.2%) pacientes que habían sido dados de alta de HP-TCA-11h requirieron un reingreso en el mismo dispositivo.

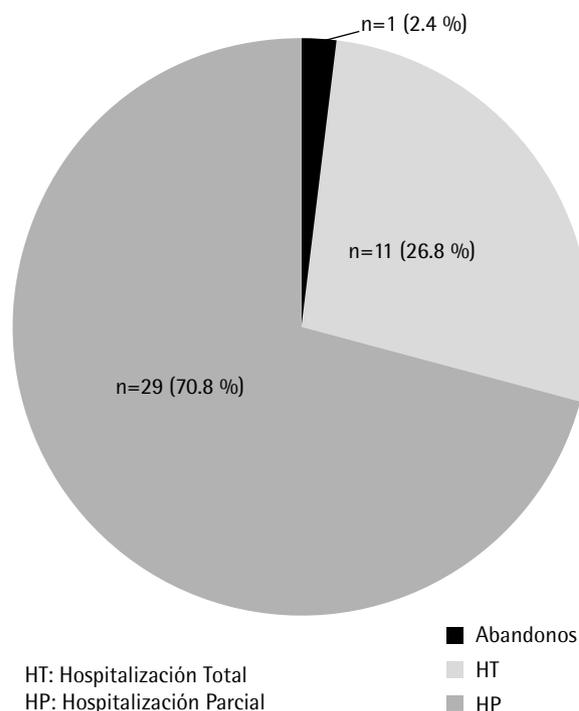
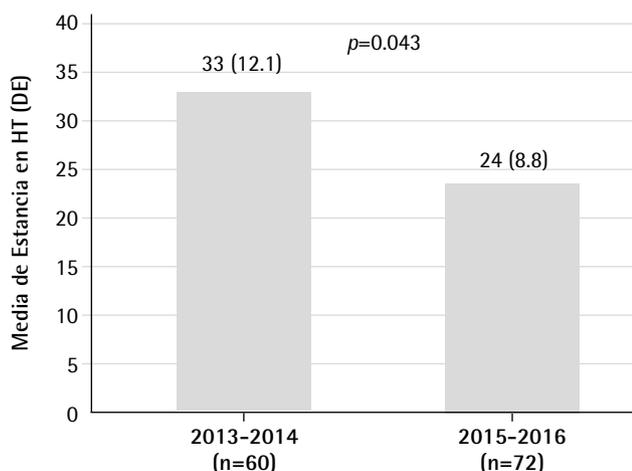


Figura 2

Derivación tras el alta de HP-TCA-11h de los pacientes que provenían de recursos de tratamiento de menor intensidad (n=41)



$p$  prueba t de Student  
 HT: Hospitalización Total  
 DE: Desviación Estándar

Figura 3

Comparación de la estancia media en HT entre los años 2013-2014 y 2015-2016

### Eficacia del dispositivo: Disminución de la estancia media

La estancia media en HT disminuyó significativamente de 33 a 24 días ( $p=0.043$ ) desde la implantación de HP-TCA-11h. Este resultado corresponde a una disminución del 27.3% en la estancia media en HT (Figura 3).

### Abandono

De todas los participantes, sólo un paciente (1.3%) abandonó el dispositivo de forma voluntaria, mientras que 76 (98.7%) completaron el tratamiento en HP-TCA-11h hasta que fueron dados de alta.

### DISCUSIÓN

El presente estudio busca analizar el resultado terapéutico de pacientes adolescentes diagnosticados de AN en un tratamiento específico de HP para TCA, utilizando un diseño naturalístico. Según la literatura revisada, ésta es la primera ocasión en la que un programa intensivo como el HP-TCA-11h ha sido descrito y evaluada su eficacia respecto a la evitación del ingreso y la disminución de la estancia media en HT. Nuestros resultados principales muestran que HP-TCA-11h es una alternativa a HT tanto clínicamente como en términos de coste-efectividad para adolescentes con AN de moderada a grave.

Nuestros hallazgos son consistentes con otros estudios que informan de la eficacia clínica de los programas de HP con respecto a la recuperación ponderal y la disminución de los síntomas del trastorno alimentario en población adolescente con AN<sup>10,18-22</sup>. Sin embargo, es difícil realizar una comparación con la literatura previa respecto a este tema debido a las diferencias metodológicas, por ejemplo, a la hora de definir los resultados principales, la duración del tratamiento en HP o del seguimiento (si lo hay). Además, pocas veces se proporciona información clínica clave como la duración de la enfermedad o los tratamientos recibidos previamente<sup>15</sup>.

Los resultados de nuestro nuevo programa de HP-TCA-11h muestran varios hallazgos clave con implicaciones clínicas que vale la pena destacar.

En primer lugar, se ha visto que este nuevo modelo de tratamiento en HP tiene implicaciones coste-efectivas ya que es un recurso seguro y menos costoso que el tratamiento en HT. El programa HP-TCA-11h se puso en marcha en 2015 en el Hospital Sant Joan de Déu de Barcelona (España). Antes de iniciarlo, los pacientes con AN grave, como los atendidos en HP-TCA-11h, habían sido tratados en la unidad de HT. En este sentido, nuestros resultados muestran que 7 de cada 10 pacientes tratados en HP-TCA-11h no requirieron un ingreso en HT; y de los ya hospitalizados, el programa proporcionó una reducción de 9 días (27.3%) en la estancia media. Este resultado debe considerarse con precaución debido a que otras variables también pueden haber contribuido a los beneficios terapéuticos. La evitación de la HT, a favor del tratamiento en HP, y la disminución de la estancia media de los ingresos, han permitido optimizar la gestión de la unidad de hospitalización, favoreciendo el ingreso de otros pacientes que requieren un ingreso psiquiátrico. De esta manera, el dispositivo ha ayudado a reducir la lista de espera de la unidad de hospitalización, así como la frecuencia de las consultas en el servicio de urgencias de estos pacientes, que ahora cuentan con un apoyo más amplio en el hospital de día.

Teniendo en cuenta nuestros resultados, 3 de cada 10 pacientes tratados en nuestro HP-TCA-11h necesitaron ingresar en HT. Otros estudios han mostrado tasas de ingreso similares a las de nuestro programa, del 35.7%<sup>10</sup> al 22.7%<sup>22</sup>. Una de las ventajas de nuestro dispositivo en comparación con otros con tasas de ingreso similares es la disminución de la duración del tratamiento en el hospital de día. La estancia media del ingreso (28.9 días) es menor que la aportada en otros programas [200.4 días<sup>23</sup>; 81.9 días<sup>24</sup>] y comparable con otros [33.3 días<sup>21</sup>]. Una vez más, se constatan las ventajas clínicas y coste-efectivas. Además, en los dos primeros años de funcionamiento del programa HP-TCA-11h, el 18,2% de los pacientes fueron reingresados en el dispositivo. Esta es una tasa ligeramente inferior en comparación con otros estudios

que abordan el reingreso hospitalario en un período de 12 a 18 meses después del alta<sup>9,25,26</sup>.

En segundo lugar, además de los beneficios económicos, HP-TCA-11h ha demostrado ser clínicamente efectivo. Por un lado, el restablecimiento de un peso corporal saludable es un objetivo clave en el tratamiento de la AN<sup>3,5,27</sup>. Por lo tanto, la recuperación ponderal y también su mantenimiento tras una intervención intensiva han demostrado ser factores de pronóstico cruciales en pacientes con AN<sup>28,29</sup>. En nuestro estudio, el peso corporal de los pacientes con AN no sólo aumentó al alta del programa de HP, sino que también aumentó significativamente después del seguimiento ambulatorio a los 12 meses. De manera similar, Herpertz-Dahlmann et al.<sup>9</sup> encontraron que los pacientes adolescentes con AN que asistieron a un tratamiento de HP mantuvieron el peso a los 12 meses de seguimiento. En nuestro estudio, la mayoría de los pacientes continuaron su tratamiento después del programa HP-TCA-11h en consultas externas del mismo servicio - UTCA del Hospital Sant Joan de Déu de Barcelona. Esto permitió la recogida retrospectiva de los datos de seguimiento en 70 (90,9%) pacientes a los 12 meses del alta hospitalaria a través del servicio ambulatorio.

Por otro lado, como HP y en contraste con la HT, este nuevo recurso ofrece un tiempo y un espacio para que los pacientes trabajen en la recuperación de su autoconfianza y en el aumento de su autonomía como adolescentes. El programa descrito se desarrolla la mayor parte del tiempo en un entorno grupal, por lo que también tiende a mejorar las habilidades sociales del paciente, aspecto crucial a tener en cuenta por las dificultades que muestran a la hora de relacionarse<sup>11</sup>. Aunque los pacientes de nuestro programa de HP reciben un tratamiento intensivo, siguen viviendo y participando en su entorno natural, por ejemplo, asistiendo a la escuela al menos una mañana a la semana. De esta manera, se promueve la transferencia de las mejoras terapéuticas del entorno clínico al contexto natural. Además, también permite una generalización inmediata de las habilidades aprendidas en el hospital de día a su entorno<sup>12</sup>.

Con respecto a la implicación familiar, diferentes estudios han sugerido la importancia del papel parental en el tratamiento de adolescentes con TCA como facilitador del proceso de recuperación y mantenimiento ponderal<sup>20,30-32</sup>. El programa HP-TCA-11h trata de involucrar a los padres y otros cuidadores principales, ayudándoles a poner en práctica en casa las recomendaciones sobre los patrones de alimentación proporcionados por los profesionales. También trata de empoderarlos en el manejo de las conductas alimentarias alteradas, que pueden ocurrir en mayor frecuencia durante los fines de semana.

Otro resultado importante que surge del estudio es el muy bajo índice de abandonos. En nuestro estudio, sólo un

paciente (1,3%) no completó el tratamiento. Este resultado es relevante si tenemos en cuenta dos características principales de los pacientes con TCA: la baja predisposición para recuperarse del trastorno<sup>33,34</sup> y la resistencia al tratamiento<sup>35</sup>. Estas características también están asociadas a un mayor número de hospitalizaciones y reingresos<sup>36</sup>. Por esta razón, es clave el compromiso y la alianza terapéutica, por ejemplo, adaptando el programa a la edad del paciente y tratando de involucrar y empoderar a sus familiares. En este sentido, es importante destacar que en nuestro programa HP-TCA-11h prácticamente todos los pacientes (a pesar de la intensidad y las contingencias) completaron el tratamiento, lo que demuestra un alto nivel de compromiso con el programa tanto por parte de los pacientes como de sus familias. Teniendo en cuenta las tasas de finalización del tratamiento reportadas en otros estudios<sup>10,37</sup>, el número de abandonos en nuestro programa es notablemente bajo.

Estos hallazgos deben considerarse teniendo en cuenta las limitaciones del estudio. En primer lugar, aunque la importancia de la restauración y mantenimiento del peso en la evolución ha sido bien establecida en el tratamiento de la AN<sup>3,5,12,27</sup>, hubiera sido interesante incluir otras medidas para analizar la eficacia del programa (además de la recuperación ponderal) como evaluar la imagen corporal, la autoestima o la sintomatología comórbida. En segundo lugar, el tamaño de la muestra relativamente pequeño reduce el poder para demostrar los efectos. En tercer lugar, la ausencia de un grupo de control y el seguimiento a corto plazo dificulta la generalización de nuestros resultados. Por último, las características sociodemográficas de nuestra muestra incluían una estrecha representación de la población española. Por lo tanto, nuestros hallazgos deben generalizarse con la debida precaución a otras regiones. Sin embargo, aunque los ensayos controlados aleatorizados son el criterio de referencia para probar la eficacia de un tratamiento, evaluar la efectividad del tratamiento en HP utilizando un diseño naturalístico también es esencial para analizar los resultados más representativos y generalizables para la mayoría de los pacientes con TCA que buscan tratamiento.

A pesar de estas limitaciones, una fortaleza de nuestro estudio es su relevancia debido a sus implicaciones clínicas. El estudio actual sugiere que nuestro programa es una opción efectiva para evitar ingresos en hospitalización total. Nuestros resultados muestran que 7 de cada 10 pacientes tratados en HP-TCA-11h han evitado un ingreso en HT; y de aquellos ya hospitalizados, el programa proporcionó una reducción de alrededor un tercio de la estancia media. La estructura del programa de HP, también es eficaz como recurso de transición de HT a un entorno ambulatorio. Por tanto, HP-TCA-11h puede ser considerado como un paso intermedio que permite un tratamiento más continuo de la AN, incidiendo en la reintegración social de los adolescentes y la incorporación de los patrones alimentarios en su entor-

no. Este recurso ofrece a los pacientes un paso de transición, en lugar de la intensidad mutuamente excluyente de tratamiento hospitalario o ambulatorio.

Es necesaria más investigación para estudiar la eficacia del tratamiento en HP e identificar el perfil clínico de los pacientes con AN que se beneficiarían o no del tratamiento en HP. Así, de acuerdo con estas características, el clínico podrá optar por un recurso u otro, mejorando las decisiones clínicas y la aplicación de un tratamiento más individualizado.

#### CONFLICTO DE INTERESES

Los autores declaran que no tienen conflictos de interés.

#### BIBLIOGRAFÍA

- Steinhausen HC. The outcome of anorexia nervosa in the 20th century. *Am J Psychiatry*. 2002;23(5):390-8.
- Smink FRE, Van Hoeken D, Hoek HW. Epidemiology of eating disorders: incidence, prevalence and mortality rates. *Curr Psychiatry Rep*. 2012;14(4):406-14.
- NICE. Eating disorders: core interventions in the treatment and management of anorexia nervosa, bulimia nervosa and related eating disorders. London, UK: National Institute of Health and Care Excellence; 2004.
- NICE. Eating disorders: recognition and treatment. London, UK: National Institute of Health and Care Excellence; 2017.
- American Psychiatric Association. Practice Guidelines for the treatment of eating disorders (third Edition). *PsychiatryOnline*. 2006. Available in: [https://psychiatryonline.org/pb/assets/raw/sitewide/practice\\_guidelines/guidelines/eatingdisorders.pdf](https://psychiatryonline.org/pb/assets/raw/sitewide/practice_guidelines/guidelines/eatingdisorders.pdf)
- Working group of the clinical practice guideline for eating disorders. Clinical practice guideline for eating disorders. Madrid: Quality plan for the national health system of the ministry of health and consumer affairs. Catalan Agency for Health Technology Assessment and Research; 2009. Clinical Practice Guidelines in the NHS: CAHTA Number 2006/05-01
- Gowers SG, Clark A, Roberts C, Griffiths A, Edwards V, Bryan C, et al. Clinical effectiveness of treatments for anorexia nervosa in adolescents: randomised controlled trial. *Br J Psychiatry*. 2007;191(5):427-35.
- Pike KM. Long-term course of anorexia nervosa: response, relapse, remission and recovery. *Clin Psychol*. 1998;18(4):447-75.
- Herpertz-Dahlmann B, Schwarte R, Krei M, Egberts K, Warnke A, Wewetzer C. Day-patient treatment after short inpatient care versus continued inpatient treatment in adolescents with anorexia nervosa (ANDI): a multicentre, randomised, open-label, non-inferiority trial. *Lancet*. 2014;383(9924):1222-9.
- Goldstein M, Peters L, Baillie A, McVeagh P, Minshall G, Fitzjames D. The effectiveness of a day program for the treatment of adolescent anorexia nervosa. *Int J Eat Disord*. 2010;44(1):29-38.
- Krug I, Penelo E, Fernandez-Aranda F, Anderlueh M, Bellodi L, Cellini E, et al. Low social interactions in eating disorder patients in childhood and adulthood: a multicentre European case control study. *Health Psychol*. 2012;18:26-37.
- Zipfel S, Reas DL, Thornton C, Olmsted MP, Williamson DA, Gerlinghoff M, et al. Day hospitalization programs for eating disorders: a systematic review of the literature. *Int J Eat Disord*. 2002;31(2):105-17.
- Simic M, Stewart CS, Eisler I, Baudinet J, Hunt K, O'Brien J, et al. Intensive treatment program (ITP): A case series service evaluation of the effectiveness of day patient treatment for adolescents with a restrictive eating disorder. *Int J Eat Disord*. 2018;51(11):1261-9.
- Bryson AE, Scipioni AM, Essayli JH, Mahoney JR, Ornstein RM. Outcomes of low-weight patients with avoidant/restrictive food intake disorder and anorexia nervosa at long-term follow-up after treatment in a partial hospitalization program for eating disorders. *Int J Eat Disord*. 2018;51:470-4.
- Abbate-Daga G, Marzola E, De-Bacco C, Buzzichelli S, Brustolin A, Campisi S, et al. Day hospital treatment for anorexia nervosa: a 12-month follow-up study. *Eur Eat Disord Rev*. 2015;23(5):390-8.
- Hepburn Z, Wilson K. Effectiveness of adult day treatment for eating disorders. *Mental Health Review Journal*. 2014;19(2):131-44.
- American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders 5th ed. Washington: American Psychiatric Association Publishing; 2013.
- Green J, Melvin G, Newman L, Jones M, Taffe J, Gordon M. Day program for young people with anorexia nervosa. *Australasian Psychiatry*. 2015;23(3):249-53.
- Henderson K, Buchholz A, Obeid N, Mossiere A, Maras D, Norris M, et al. A family-based eating disorder day treatment program for youth: examining the clinical and statistical significance of short-term treatment outcomes. *Eating Disorders*. 2014;22(1):1-18.
- Hoste R. Incorporating family-based therapy principles into a partial hospitalization program for adolescents with anorexia nervosa: challenges and considerations. *J Fam Ther*. 2015;37(1):41-60.
- Ornstein R, Lane-Loney S, Hollenbeak C. Clinical outcomes of a novel, family-centered partial hospitalization program for young patients with eating disorders. *J Adolescent Health*. 2011;48(2):S49.
- Ornstein R, Essayli JH, Nicely T, Masciulli E. Treatment of avoidant/restrictive food intake disorder in a cohort of young patients in a partial hospitalization program for eating disorders. *Int J Eat Disord*. 2017;50(9):1067-74.
- Grewal S, Jasper K, Steinegger C, Yu E, Boachi A. Factors associated with successful completion in an adolescent-only day hospital program for eating disorders. *Eating Disorders*. 2013;22(2):152-62.
- Ngo M, Isserlin L. Body weight as a prognostic factor for day hospital success in adolescents with anorexia nervosa. *Eating Disorders*. 2014;22(1):62-71.
- Castro J, Gila A, Puig J, Rodriguez S, Toro J. Predictors of rehospitalization after total weight recovery in adolescents with anorexia nervosa. *Int J Eat Disord*. 2004;36(1):22-30.
- Carter JC, Blackmore E, Sutandar-Pinnock K, Woodside DB. Relapse in anorexia nervosa: a survival analysis. *Psychol Med*. 2004;34(4):671-9.
- Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists. Australian and New Zealand clinical practice guidelines for the treatment of anorexia nervosa. *Aust N Z J Psychiatry*. 2004;38(9):659-70.
- Kaplan AS, Walsh BT, Olmsted M, Attia E, Carter JC, Devlin MJ, et al. The slippery slope: prediction of successful weight maintenance in anorexia nervosa. *Psychol Med*. 2009;39(6):1037-45.
- Steinhausen HC, Grigoriou-Serbanescu M, Boyadjieva S, Neumärker KJ, Metzke CW. The relevance of body weight in the medium-term to long-term course of adolescent anorexia nervosa. Findings from a multisite study. *Int J Eat Disord*. 2009;42(1):19-25.
- Couturier J, Kimber M, Szatmari P. Efficacy of family-based treatment for adolescents with eating disorders: a systematic review and meta-analysis. *Int J Eat Disord*. 2013;46(1):3-11.

31. Le Grange D, Lock J, Agras WS, Moye A, Bryson SW, Jo B, et al. Moderators and mediators of remission in family-based treatment and adolescent focused therapy for anorexia nervosa. *Behav Res Ther.* 2012;50(2):85-92.
32. Stiles-Shields C, Hoste RR, Doyle PM, Le Grange D. A review of family-based treatment for adolescents with eating disorders. *Rev Recent Clin Trials.* 2012;7(2):133-40.
33. Serpell L, Treasure J, Teasdale J, Sullivan V. Anorexia nervosa: Friend or foe? *Int J Eat Disord.* 1999;25(2):177-86.
34. Serrano E, Castro J, Ametller L, Martínez E, Toro J. Validity of a measure of readiness to recover in spanish adolescent patients with anorexia nervosa. *PsycholPsychother.* 2004;77(Pt1):91-9.
35. Rieger E, Touyz S, Schotte D, Beumont P, Russell J, Clarke S, et al. Development of an instrument to assess readiness to recover in anorexia nervosa. *Int J Eat Disord.* 2000;28(4):387-96.
36. Ametller L, Castro J, Serrano E, Martínez E, Toro J. Readiness to recover in adolescent anorexia nervosa: prediction of hospital admission. *J Child Psychol Psychiatry.* 2005;46(4):394-400.
37. Eisler I, Dare C, Hodes M, Russell G, Dodge E, Le Grange D. Family therapy for adolescent anorexia nervosa: the results of a controlled comparison of two family interventions. *J Child Psychol Psychiatry.* 2000;41(6):727-36.