

Programas de hospital de día para niños y adolescentes con trastornos de la conducta alimentaria

FEDERICO CARDELLE-PÉREZ¹ Y MARÍA DOLORES DOMÍNGUEZ-SANTOS²

RESUMEN

Programas de hospital de día para niños y adolescentes con trastornos de la conducta alimentaria. Los trastornos de la conducta alimentaria suponen una indicación clásica de los programas de hospital de día para niños y adolescentes. Se presenta una perspectiva de estos programas centrada en alternativa a la hospitalización: intervención tipo terapia centrada en la familia (FBT) e intervención específica en trastorno evitativo-restrictivo. Los hallazgos apoyan la implementación de estos programas. Algunos enfoques como la FBT están manualizados y cuentan con suficiente evidencia para favorecer su expansión. **Palabras clave:** *psiquiatría de la infancia y de la adolescencia, hospital de día, hospitalización parcial, trastornos de la conducta alimentaria, perspectiva.*

ABSTRACT

Day hospital programs for children and adolescents with eating disorders. Eating disorders are a classic indication of Day Hospital programs for children and adolescents. A perspective of these programs is presented, focused on alternative to hospitalization, family-based therapy (FBT), and specific intervention in avoidant - restrictive food intake disorder. The findings support the implementation of these programs. FBT is manualized and has evidence that should favor its expansion. **Key words:** *child and adolescent psychiatry, day hospital, partial hospitalization, eating disorders, perspective.*

RESUM

Programes d'hospital de dia per a nens i adolescents amb trastorns de la conducta alimentària. Els trastorns de la conducta alimentària suposen una indicació clàssica dels programes d'hospital de dia per a nens i adolescents. Es presenta una perspectiva d'aquests programes centrada en alternativa a l'hospitalització: intervenció tipus teràpia centrada en la família (FBT) i intervenció específica en trastorn evitatiu-restrictiu. Les troballes donen suport a la implementació d'aquests programes. Alguns enfocaments com la FBT estan manualitzats i són prou evidents per afavorir-ne l'expansió. **Paraules clau:** *psiquiatria de la infància i de l'adolescència, hospital de dia, hospitalització parcial, trastorns de la conducta alimentària, perspectiva.*

Los Hospitales de Día para niños y adolescentes son una de las principales opciones terapéuticas para el tratamiento de pacientes con trastornos mentales graves. Aunque no se han realizado muchos estudios de efectividad se mantiene el consenso de su indicación para el tratamiento de diferentes patologías en niños y adolescentes (Tumuluru, 2020).

Algunas dificultades están relacionadas con la propia realización de estudios experimentales (Karterud et al., 1998) (Weir y Bidwell, 2000) y su propia heterogeneidad ha dificultado la evaluación e investigación ya desde sus inicios (Zimet y Farley, 1985, 1991).

En el campo de los trastornos de la conducta alimentaria (TCA), existe un grupo de casos que

¹Psiquiatra. Servicio Murciano de Salud. CSM Cartagena. España. ORCID 0000-0002-9453-2328. ²Prof. Departamento de Psiquiatría. Facultad de Medicina. Universidade de Santiago de Compostela. España.
Contacto: federico.cardele@carm.es

no responde adecuadamente a las intervenciones de atención primaria o a la consulta psiquiátrica ambulatoria. Los Hospitales de Día para trastornos alimentarios fueron creados inicialmente para garantizar una nutrición adecuada para este tipo de pacientes como una alternativa a la hospitalización completa, decisión basada en términos de gestión sanitaria (Pedreira Massa, 2001). El Hospital de Día se sigue considerando hoy día una parte necesaria de la continuidad asistencial de los trastornos alimentarios y la patología comórbida (Bergquist, 2020).

Se ha considerado presentar una perspectiva del tratamiento hospitalario de día para los trastornos alimentarios en niños y adolescentes, ya que estos trastornos han sido una de las principales indicaciones de tratamiento intensivo, para así poder constituir una imagen sobre el estado de la cuestión.

Alternativa a la hospitalización

Si el Hospital de Día (HD) cumple su función como alternativa a la unidad de hospitalización psiquiátrica a tiempo completo (UHP), dado que los costes de esta última son inferiores, asumiendo la misma efectividad, su coste-efectividad sería favorable. Un programa para adolescentes y adultos jóvenes con trastornos alimentarios en un programa de tratamiento diurno se llevó a cabo en Nueva York con 82 participantes, de los cuales 49 completaron el programa. Los dos grupos no mostraron diferencias significativas al alta, requiriendo hospitalización completa en el 13 % de los casos, por lo que se postuló como una alternativa a la hospitalización (Dancyger et al., 2003). Los pacientes ingresados en el HD por trastornos alimentarios vieron reducida la estancia media tras la hospitalización a tiempo completo de la que procedían el 90 % de los pacientes, junto con la reducción de costes, una incorporación más rápida al entorno habitual, una mayor intervención familiar y renutrición - estabilización del Índice de Masa Corporal (IMC) del paciente y un mejor pronóstico (Martínez Cantarero et al., 2013). En otro ensayo clínico aleatorizado multicéntrico, el tratamiento en el HD para adolescentes con anorexia nerviosa (AN) después del ingreso hospitalario se comparó con

la hospitalización continua a tiempo completo. Las edades fueron entre 11 y 18 años y con seis centros incluidos, valorando un programa de tratamiento idéntico en todos ellos. De 660 pacientes, 172 fueron asignados aleatoriamente. La transición al HD no mostró inferioridad en la medida de resultado primaria (IMC), por lo que los autores interpretaron que esta intervención no parecía ser menos efectiva para la recuperación y el mantenimiento del peso durante el primer año. Además, el HD sería una medida terapéutica segura y menos costosa como alternativa a la hospitalización a tiempo completo, con lo que estos resultados justificarían la amplia implementación de este enfoque (Herpertz-Dahlmann et al., 2014). De hecho, la guía clínica de JAACAP sobre trastornos alimentarios en niños y adolescentes referida a hospitalización parcial y tratamiento diurno en su cuarta recomendación afirmó que este tipo de intervención estaría indicada cuando el tratamiento ambulatorio no había sido exitoso o no estaba disponible (Lock et al., 2015). Un metaanálisis sobre la intervención multidisciplinar para los trastornos alimentarios en la edad pediátrica en los Estados Unidos consideró 11 estudios en 593 pacientes. Se incluyeron los pacientes que recibieron intervención sobre el rechazo crónico a comer en hospitales de día y en programas de hospitalización a tiempo completo, donde las intervenciones de este tipo fueron beneficiosas para este grupo de pacientes con trastornos alimentarios graves (Sharp et al., 2017). Una revisión Cochrane comparó varias modalidades de tratamiento para los trastornos de la conducta alimentaria (TCA) alternativas a la hospitalización completa, entre ellas la hospitalización parcial, seleccionando cinco estudios que representaban a más de 500 pacientes en total (511 participantes con AN y 55 participantes con bulimia nerviosa [BN]). Concluyeron que no había pruebas suficientes para recomendar qué contexto de tratamiento fue superior, sin diferencias claras en el aumento de peso en diferentes contextos, pero con más probabilidades de completar el tratamiento cuando se les ofreció el hospital (Hay et al., 2019). Como reconocen los propios autores, la evidencia fue de calidad baja o extremadamente baja. Se presenta un resumen del bloque como Tabla 1 en el anexo.

Terapia centrada en la familia (FBT)

La *Family Based Therapy* (FBT) parte del modelo que Christopher Dare y sus colaboradores iniciaron en los años 80 del pasado siglo en el Hospital Maudsley de Londres (Russell, 1987; Dare et al., 1990), por lo que en muchas ocasiones se ha referido a esta como “modelo Maudsley”. Esta intervención fue posteriormente desarrollada y manualizada por Lock y La Grange (2012). La FBT se ha ido posicionando como la opción terapéutica líder para el tratamiento de los trastornos alimentarios en niños y adolescentes, incluyendo su aplicación en el ámbito del HD. Un ensayo clínico aleatorizado sobre FBT manualizada y terapia cognitivo-conductual (TCC) para adolescentes con BN contó 130 pacientes aleatorizados (Universidades de Chicago y Stanford). La FBT fue superior con respecto al cese de los atracones y las conductas purgativas (Le Grange et al., 2015). Ya en 2007, se había publicado un estudio más pequeño sobre la FBT manualizada para veinte adolescentes con AN con el enfoque de, en lugar de centrarse en la autonomía del adolescente para recuperar peso, poner a los padres temporalmente a cargo de este objetivo, pretendiendo abrir las puertas a la difusión de este modelo de tratamiento (Loeb et al., 2007). Otro estudio en los Estados Unidos evaluó la integración de terapia dialéctico-conductual (DBT) y FBT en adolescentes con BN en un HD (San Diego, Universidad de California). Propusieron un programa seis días a la semana, entre tres y diez horas al día con 35 participantes entre noviembre de 2012 y enero de 2015. Se mostró una mejoría significativa tanto en la patología alimentaria global como en los síntomas centrales de la BN, así como en la eficacia de los padres, sin cambios en la regulación emocional (Murray et al., 2015). En un seguimiento de tres meses en 26 pacientes con AN o trastornos alimentarios no especificados, de 11 a 22 años (media 16,58), dentro de un programa de HD basado en FBT, todas las medidas permanecieron estables o mejoraron entre el final del programa y el seguimiento, excepto la autoeficacia de los padres. Se sugirió que las mejoras establecidas en el programa del HD podrían mantenerse en el tiempo también cuando los pacientes pasaran a un nivel de tratamiento

menos intensivo después de la finalización de la intervención (Rienecke y Richmond, 2018). Un estudio de resultados de tratamiento en 26 adolescentes con AN dentro de un nuevo programa basado en intervención familiar basado en FBT en HD (seis horas diarias, cinco días a la semana, durante cinco semanas) fue evaluado mediante el *Eating Disorder Examination*, que consideraron el *Gold Standard* (Rienecke y Ebeling, 2019). Se daba un 21,8 % de discontinuadores en adolescentes y adultos jóvenes con AN en el HD, e identificaron una serie de factores no modificables como hospitalizaciones previas y una serie de factores modificables como la emoción expresada por los padres (comentarios críticos, sobreexposición emocional, hostilidad, afecto y observaciones positivas) (Rienecke, 2019). Este grupo ya había estudiado tres años antes la alianza terapéutica con los padres y su relación con los resultados del HD (Rienecke et al., 2016).

Otro estudio sobre predictores de recuperación de peso en un programa de HD con FBT para adolescentes con AN con 87 participantes se centró en la recuperación de peso las primeras cuatro semanas de tratamiento empoderando a las familias. La estancia media fue de 43,79 días con una ganancia de 0,9 kg. por semana (Martin-Wagar et al., 2019). Los estudios anteriores tenían un tamaño de muestra pequeño, seguimientos a corto plazo y una tendencia a centrarse en los síntomas restrictivos, justificación por lo que fue diseñado un estudio mayor sobre el HD para adolescentes con TCA, aplicando FBT y DBT. Su duración era de seis a diez horas al día y seis días a la semana, transfiriendo a pacientes con mejoría a ambulatorio intensivo (tres horas al día, tres ó cuatro días a la semana). La muestra estuvo constituida por 265 pacientes y con varios estadios de seguimiento. Globalmente los síntomas alimentarios mejoraron desde el ingreso hasta el alta (percentil de IMC, *Eating Disorder Examination-Questionnaire*), sin más cambios durante el seguimiento, mientras que la ansiedad y la depresión (*State Trait Anxiety Inventory*, *Beck Depression Inventory*), además de reducirse durante el tratamiento del HD, continuaron dicha tendencia a la baja en el seguimiento. Mostrando así mejoría en los síntomas cognitivos y conductuales mantenidos en el tiempo (Reilly et al., 2020).

También en Estados Unidos se realizó un estudio observacional en adolescentes con AN en un programa de hospitalización parcial basado en la intervención familiar (FBT) manualizada por Lock y Le Grange. Argumentaron que, aunque no todos los principios manuales de FBT se pueden aplicar al tratamiento del HD, estos sí se pueden adaptar a él citando para ello un estudio de Hoste y una revisión sistemática de Richards. El programa de Hospitalización Parcial incluyó estrategias de FBT de manera integrada y 70 pacientes con edades entre 10 - 19 años asistieron seis horas por día con mejoría, donde la recuperación temprana de peso predecía la respuesta al tratamiento (van Huysse et al., 2020). El resumen de este bloque se presenta como Tabla 2 del anexo.

Trastorno evitativo/restrictivo de la ingesta de alimentos (ARFID)

La inclusión de la categoría ARFID (*Avoidant Restrictive Food Intake Disorder*) en el DSM-5 hace que sea interesante revisar los resultados específicos en el campo de la terapia. Un estudio retrospectivo en una cohorte de niños y adolescentes en el HD para trastornos alimentarios con diagnóstico DSM-5 de ARFID incluyó a 130 pacientes. Se produjo una reducción de la estancia, informando que este perfil de paciente podría ser tratado en el mismo dispositivo de Hospitalización Parcial que aquellos con AN (Ornstein et al., 2012). Otro estudio publicó los resultados de 137 pacientes de bajo peso de siete a 17 años con diagnósticos de ARFID y AN en un seguimiento a largo plazo después de haber realizado un tratamiento de Hospitalización Parcial, apoyando la mejoría obtenida en el HD también para dicho seguimiento (Bryson et al., 2018). Un estudio retrospectivo sobre fenotipos conductuales de ARFID tomó una muestra de 59 niños en HD con una edad media de 10 años. Su objetivo fue proponer tratamientos más específicos definiendo los tres siguientes fenotipos: alimentación selectiva, miedo a las consecuencias aversivas y poco apetito (Reilly et al., 2019). Profundizando en este enfoque, se estudiaron diferentes presentaciones de ARFID dentro de un programa de Hospitalización Parcial dependiendo del tipo de restricción dietética

presente. Otro estudio retrospectivo realizado en Estados Unidos contó con 83 casos entre ocho y 17 años donde se observaron diferentes subtipos que podrían beneficiarse de distintas adaptaciones en la terapéutica (Zickgraf et al., 2019). En los Países Bajos se presentó otra serie de casos sobre una nueva terapia cognitivo-conductual para adolescentes con ARFID en el régimen de HD. El modelo duró cuatro semanas e integró los principios de aprendizaje inhibitorio en rango de edad de 10 a 18 años, donde el 90 % de los pacientes lograron la remisión en el seguimiento (Dumont et al., 2019). Una presentación a congreso informó sobre la intervención realizada en Irlanda sobre el tratamiento de ARFID en un hospital general para una niña de 12 años con tres ingresos previos, donde un equipo multidisciplinario utilizó FBT en Hospitalización Parcial y el tratamiento farmacológico con Mir tazapina después de haber realizado una búsqueda bibliográfica (Naviaux, 2019). Mientras que una intervención multifamiliar con seis familias alemanas en un HD mostró la efectividad de esta intervención un año después de la hospitalización completa (Steinberg et al., 2019). Otra vez en los Estados Unidos se presentó otro tratamiento exitoso de ARFID en un programa para niños de siete a 13 años, seis horas al día, cinco días a la semana (con otra versión menos intensiva de tres horas al día, cinco días a la semana). Se adaptó la FBT a ARFID y también la TCC, mostrando la utilidad para algunos casos de realizar una intervención intensiva y limitada en el tiempo (Menzel, 2019). El grupo de Rienecke informó de tres casos en la adaptación de FBT en el programa de HD en adolescentes con ARFID, con una introducción más gradual de los alimentos que para los casos de AN pero incrementada más rápidamente para el caso de los alimentos que ya tomaban antes del inicio del trastorno. Los autores describieron en el artículo los detalles de estas adaptaciones e informaron que todos los casos respondieron al tratamiento (Rienecke et al., 2020). Véase cuadro resumen, como Tabla 3 del anexo.

Discusión

Hemos visto cómo existe una creciente evidencia en los últimos años sobre el tratamiento

de los trastornos alimentarios en niños y adolescentes en los programas de HD. Dichos programas se han mostrado favorables como alternativa a la hospitalización completa en un grupo de pacientes con trastornos alimentarios. Dado que los costes son más altos en la hospitalización completa, este sería un argumento favorable con respecto a tales intervenciones cuando el perfil clínico del paciente lo permita, siempre que la efectividad permanezca inalterada. Otro argumento de peso es el hecho de que los HD permiten mantener un tratamiento enfocado en la comunidad, pudiendo los pacientes mantener un mayor contacto con su entorno familiar, escolar y social.

El aumento de los programas basados en FBT tiene sentido en relación con su efectividad existente en niños y adolescentes con trastornos alimentarios. Se debería impulsar su desarrollo para el caso de la aplicación de esta terapia en el entorno de los HD, siendo esto aplicable para trastornos alimentarios restrictivos, BN, trastornos alimentarios no especificados e incluso ARFID. Hemos también abordado como categoría diagnóstica del DSM-5 esta intervención específica para ARFID en la infancia y la adolescencia, donde los HD también han demostrado su efectividad.

También hemos presentado algunos indicios que apuntan afirmativamente a la rentabilidad de los servicios especializados de salud mental para niños y adolescentes basados en la comunidad aplicados a la AN. Este sería un argumento para involucrar a las autoridades competentes en el desarrollo de este tipo de recursos, precisándose más estudios al respecto.

Como limitaciones, para la presente perspectiva la calidad de los diferentes estudios no se ha evaluado específicamente uno por uno (sin diseño del marco de evaluación de la calidad). Se supone que el tratamiento diurno caería en el continuo de un sistema de atención, con tratamientos menos intensivos que fallan primero, y esto también podría afectar a las revisiones. La inclusión, extracción y comparaciones se han realizado con un nivel básico de requisitos. Más ampliamente, sobre este creciente cuerpo de literatura sobre el HD para niños y adolescentes con trastornos alimentarios mencionaremos de forma crítica

la heterogeneidad de las intervenciones en los HD para los trastornos alimentarios, el limitado poder estadístico por los bajos tamaños muestrales probablemente derivados de plazas limitadas en los HD, el hecho de que muchos estudios sufren de la falta de un grupo control (e incluso de seguimiento tras el alta), discontinuadores del tratamiento que pueden implicar diferencias significativas en cuanto a datos demográficos, diagnóstico y/o nivel de deterioro funcional, evaluadores conscientes de los puntos de control, cambios de comportamiento esperados en la adolescencia (maduración, otras variables no controladas). Finalmente, falta una definición precisa del contenido propio de la intervención terapéutica: organización, elegibilidad, estructura, recursos humanos, planificación, objetivos, objetivo -individual, grupal, familiar-, enfoque -FBT, DBT, cognitivo-conductual, psicodinámico, multifamiliar, psicomotor, psicoeducación, ecléctico... ¿Qué hay de la alianza terapéutica, organización de comidas, coordinación con colegios, roles de cada profesional, tratamientos farmacológicos? Cuando hablamos de HD, a veces debemos preguntarnos a *qué* HD nos estamos refiriendo, ya que la intervención suele ser bastante diferente de uno a otro. El espectro amplio de intensidad terapéutica oscila desde programas parciales equiparables a tratamientos ambulatorios intensivos hasta aquellos otros en los que los pacientes acuden diariamente y suponen auténticas alternativas a la hospitalización completa y que merecen el nombre anglosajón de Hospitalización Parcial.

Después de ser redactada esta perspectiva, Baudinec y Simic (2021) han publicado una revisión de alcance sobre los modelos y los resultados en los programas diurnos de trastornos alimentarios en adolescentes. Analizan cuarenta y nueve estudios anteriores concluyendo que los programas diurnos son una alternativa efectiva a los pacientes hospitalizados, con mejoría mantenida en el seguimiento. El mismo grupo ha considerado abordar el tema del paso de la eficacia a la efectividad, tratando de conciliar los ensayos clínicos aleatorizados con la realidad clínica del día a día (Simic et al., 2022; Stewart et al., 2022).

Conclusiones

El desarrollo de terapias específicas que incluyan pacientes y familias con un buen grado de evidencia científica debe impulsar en la dirección de replicar tales experiencias y, por lo tanto, poder expandir tratamientos efectivos y centrados en la comunidad para niños y adolescentes. Cualquier tratamiento con un alto grado de efectividad y eficiencia debería desarrollarse para que pueda incluirse en la red de salud mental, especialmente cuando tenemos el punto de vista de la salud mental comunitaria.

Las intervenciones de los programas en HD para trastornos alimentarios proporcionan mejoría a los niños y adolescentes atendidos. Las iniciativas de HD son una forma de extender la cobertura a niños y adolescentes en los que el tratamiento ambulatorio es insuficiente debido a su patología activa y sus repercusiones a nivel individual, familiar y social, y como una alternativa real a la hospitalización a tiempo completo para cierto grupo de pacientes.

Debemos enfatizar la importancia de diseñar nuevos estudios experimentales para evaluar su efectividad con estándares similares. La FBT destaca como terapia manualizada con evidencia científica y por ello podría ser favorecida en su expansión.

Financiación

Ninguna

Conflicto de intereses

Ninguno

Declaración de intercambio de datos

El intercambio de datos no es aplicable: no se generan nuevos datos, o el artículo describe una investigación completamente teórica

Bibliografía

Baudinet, J. y Simic, M. (2021). Adolescent Eating Disorder Day Programme Treatment Models and Outcomes: A Systematic Scoping Review. *Frontiers in Psychiatry*, 12, 652604.

<https://doi.org/10.3389/fpsy.2021.652604>

Bergquist, A. (2020). Strengths and challenges of a child and adolescent eating disorder partial hospitalization program. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 59(10S), S27–S27.

Bryson, A. E., Scipioni, A. M., Essayli, J. H., Mahoney, J. R. y Ornstein, R. M. (2018). 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. *The International Journal of Eating Disorders*, 51(5), 470–474.

<https://doi.org/10.1002/eat.22853>

Dancyger, I., Fornari, V., Schneider, M., Fisher, M., Frank, S., Goodman, B., Sison, C. y Wisotsky, W. (2003). Adolescents and eating disorders: an examination of a day treatment program. *Eating and Weight Disorders : EWD*, 8(3), 242–248. <https://doi.org/10.1007/BF03325021>

Dare, C., Eisler, I., Russell, G. F. M. y Szmukler, G. I. (1990). The clinical and theoretical impact of a controlled trial of family therapy in anorexia nervosa. *Journal of Marital and Family Therapy*, 16(1).

<https://doi.org/10.1111/j.1752-0606.1990.tb00044.x>

Dumont, E., Jansen, A., Kroes, D., de Haan, E., & Mulken, S. (2019). A new cognitive behavior therapy for adolescents with avoidant/restrictive food intake disorder in a day treatment setting: A clinical case series. *The International Journal of Eating Disorders*, 52(4), 447–458.

<https://doi.org/10.1002/eat.23053>

Hay, P. J., Touyz, S., Claudino, A. M., Lujic, S., Smith, C. A. y Madden, S. (2019). Inpatient versus outpatient care, partial hospitalisation and waiting list for people with eating disorders. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, 1, CD010827.

<https://doi.org/10.1002/14651858.CD010827.pub2>

Herpertz-Dahlmann, B., Schwarte, R., Krei, M., Egberts, K., Warnke, A., Wewetzer, C., Pfeiffer, E., Fleischhaker, C., Scherag, A., Holtkamp, K., Hagenah, U., Bühren, K., Konrad, K., Schmidt, U., Schade-Brittinger, C., Timmesfeld, N. y Dimpfle, A. (2014). 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*, 383(9924), 1222-1229.
[https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(13\)62411-3](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(13)62411-3)
- Karterud, S., Wilberg, T., Pedersen, G., Friis, S., Irion, T. y Urnes, Ø. (1998). Quality assurance of psychiatric day hospital treatment. II. Ward level. *Nordic Journal of Psychiatry*, 52(4), 327-335.
<https://doi.org/10.1080/08039489850149778>
- le Grange, D., Lock, J., Agras, W. S., Bryson, S. W. y Jo, B. (2015). Randomized Clinical Trial of Family-Based Treatment and Cognitive-Behavioral Therapy for Adolescent Bulimia Nervosa. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 54(11), 886-94.e2.
<https://doi.org/10.1016/j.jaac.2015.08.008>
- Lock, J., la Via, M. C. y American Academy of Child and Adolescent Psychiatry (AACAP) Committee on Quality Issues (CQI). (2015). Practice parameter for the assessment and treatment of children and adolescents with eating disorders. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 54(5), 412-425.
<https://doi.org/10.1016/j.jaac.2015.01.018>
- Lock, J. y le Grange, D. (2012). Treatment manual for anorexia nervosa: A family-based approach, 2nd ed. En *Treatment manual for anorexia nervosa: A family-based approach, 2nd ed.*
- Loeb, K. L., Walsh, B. T., Lock, J., le Grange, D., Jones, J., Marcus, S., Weaver, J. y Dobrow, I. (2007). Open trial of family-based treatment for full and partial anorexia nervosa in adolescence: evidence of successful dissemination. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 46(7), 792-800.
<https://doi.org/10.1097/chi.0b013e318058a98e>
- Martínez Cantarero, M., Gutiérrez Priego, S., Bernaola Serrano, E., Bernaola Serrano, E. y Morandé Lavín, G. (2013). Comparación de los pacientes adolescentes ingresados en el Hospital de Día de Trastornos de la Conducta Alimentaria en el último trimestre del año 2011 frente al del año 2012. *Revista de Psiquiatría Infanto-Juvenil*, 77(EC2).
- Martin-Wagar, C. A., Holmes, S. y Bhatnagar, K. A. C. (2019). Predictors of Weight Restoration in a Day-Treatment Program that Supports Family-Based Treatment for Adolescents with Anorexia Nervosa. *Eating Disorders*, 27(4), 400-417.
<https://doi.org/10.1080/10640266.2018.1528085>
- Menzel, J. (2019). Treating avoidant/restrictive food intake disorder in partial hospitalization and intensive outpatient levels of care: programming, strategies, and outcomes. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 58(10S), S2-S2.
- Murray, S. B., Anderson, L. K., Cusack, A., Nakamura, T., Rockwell, R., Griffiths, S. y Kaye, W. H. (2015). Integrating Family-Based Treatment and Dialectical Behavior Therapy for Adolescent Bulimia Nervosa: Preliminary Outcomes of an Open Pilot Trial. *Eating Disorders*, 23(4), 336-344.
<https://doi.org/10.1080/10640266.2015.1044345>
- Naviaux, A. F. (2019). Management of ARFID (Avoidant Restrictive Food Intake Disorder) in a 12-year-old on a Paediatric Ward in a General Hospital: Use of Mirtazapine, Partial Hospitalisation Model and Family Based Therapy. *Psychiatria Danubina*, 31(Suppl 3), 421-426.
- Ornstein, R. M., Lane-Loney, S. E. y Hollenbeak, C. S. (2012). Clinical outcomes of a novel, family-centered partial hospitalization program for young patients with eating disorders. *Eating and Weight Disorders*, 17(3), e170-7.
<https://doi.org/10.1007/BF03325344>
- Pedreira Massa, J. L. (2001). Los hospitales de día en la atención de los trastornos mentales de la adolescencia: orientación terapéutica. *Revista de Psiquiatría y Psicología Del Niño y Del Adolescente*, 2(1), 68-92.
- Reilly, E. E., Brown, T. A., Gray, E. K., Kaye, W. H. y Menzel, J. E. (2019). Exploring the cooccurrence of behavioural phenotypes for avoidant/restrictive food intake disorder in a partial hospitalization sample. *European Eating Disorders Review: The Journal of the Eating Disorders Association*, 27(4), 429-435.
<https://doi.org/10.1002/erv.2670>
- Reilly, E. E., Rockwell, R. E., Ramirez, A. L., Anderson, L. K., Brown, T. A., Wierenga, C. E. y Kaye, W. H. (2020). Naturalistic outcomes for a day-hospital programme in a mixed diagnostic sample of adolescents with eating disorders. *European Eating Disorders Review: The Journal of the Eating Disorders Association*, 28(2), 199-210.
<https://doi.org/10.1002/erv.2716>
- Rienecke, R. D. (2019). Treatment dropout in a family-based partial hospitalization program

- for eating disorders. *Eating and Weight Disorders*, 24(1), 163–168.
<https://doi.org/10.1007/s40519-018-0543-9>
- Rienecke, R. D., Drayton, A., Richmond, R. L. y Mammel, K. A. (2020). Adapting treatment in an eating disorder program to meet the needs of patients with ARFID: Three case reports. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 25(2), 293–303.
<https://doi.org/10.1177/1359104519864129>
- Rienecke, R. D. y Ebeling, M. (2019). Desired weight and treatment outcome among adolescents in a novel family-based partial hospitalization program. *Psychiatry Research*, 273, 149–152.
<https://doi.org/10.1016/j.psychres.2019.01.028>
- Rienecke, R. D. y Richmond, R. L. (2018). Three-month follow-up in a family-based partial hospitalization program. *Eating Disorders*, 26(3), 278–289.
<https://doi.org/10.1080/10640266.2017.1388665>
- Rienecke, R. D., Richmond, R. y Lebow, J. (2016). Therapeutic alliance, expressed emotion, and treatment outcome for anorexia nervosa in a family-based partial hospitalization program. *Eating Behaviors*, 22, 124–128.
<https://doi.org/10.1016/j.eatbeh.2016.06.017>
- Russell, G. F. M. (1987). An Evaluation of Family Therapy in Anorexia Nervosa and Bulimia Nervosa. *Archives of General Psychiatry*, 44(12), 1047.
<https://doi.org/10.1001/archpsyc.1987.01800240021004>
- Sharp, W. G., Volkert, V. M., Scahill, L., McCracken, C. E. y McElhanon, B. (2017). A Systematic Review and Meta-Analysis of Intensive Multidisciplinary Intervention for Pediatric Feeding Disorders: How Standard Is the Standard of Care? *The Journal of Pediatrics*, 181, 116–124.e4.
<https://doi.org/10.1016/j.jpeds.2016.10.002>
- Simic, M., Stewart, C. S., Konstantellou, A., Hod-soll, J., Eisler, I. y Baudinet, J. (2022). From efficacy to effectiveness: child and adolescent eating disorder treatments in the real world (part 1)-treatment course and outcomes. *Journal of Eating Disorders*, 10(1), 27.
<https://doi.org/10.1186/s40337-022-00553-6>
- Steinberg, K., Maas, C., Müller, J., Michel, J. y Ro-mer, G. (2019). Multifamily Therapy with Ano-rectic Children and Adolescents in a Day Care Clinic. *Praxis Der Kinderpsychologie Und Kinderpsychiatrie*, 68(5), 438–458.
<https://doi.org/10.13109/prkk.2019.68.5.438>
- Stewart, C. S., Baudinet, J., Munuve, A., Bell, A., Konstantellou, A., Eisler, I. y Simic, M. (2022). From efficacy to effectiveness: child and ado-lescent eating disorder treatments in the real world (Part 2): 7-year follow-up. *Journal of Ea-ting Disorders*, 10(1), 14.
<https://doi.org/10.1186/s40337-022-00535-8>
- Tumulu, R. (2020). What is a partial hospital program? Results of a national survey. *Journal of the American Academy of Child and Ado-lescent Psychiatry*, 59(S10), S27–S27.
- van Huysse, J. L., Smith, K., Mammel, K. A., Prohaska, N. y Rienecke, R. D. (2020). Early weight gain predicts treatment response in adolescents with anorexia nervosa enrolled in a family-based partial hospitalization pro-gram. *The International Journal of Eating Di-sorders*, 53(4), 606–610.
<https://doi.org/10.1002/eat.23248>
- Weir, R. P. y Bidwell, S. R. (2000). Therapeutic day programs in the treatment of adolescents with mental illness. *The Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 34(2), 264–270.
<https://doi.org/10.1080/j.1440-1614.2000.00722.x>
- Zickgraf, H. F., Lane-Loney, S., Essayli, J. H. y Ornstein, R. M. (2019). Further support for diagnostically meaningful ARFID symptom presentations in an adolescent medicine par-tial hospitalization program. *The International Journal of Eating Disorders*, 52(4), 402–409.
<https://doi.org/10.1002/eat.23016>
- Zimet, S. G. y Farley, G. K. (1985). Day treatment for children in the United States. *Journal of the American Academy of Child Psychiatry*, 24(6), 732–738.
[https://doi.org/10.1016/s0002-7138\(10\)60116-1](https://doi.org/10.1016/s0002-7138(10)60116-1)
- Zimet, S. G. y Farley, G. K. (1991). *Day Treatment for children with children with emotional di-sorders. Volume 1. A model in action. Volume 2. Models across the country.* Plenum press.

Anexos

Tabla 1. Alternativa a la hospitalización

Autoría	n	Comparativa	Diagnóstico	Resultados
Dancyger et al.	82	HD vs UHP	TCA	87 % evitaron ingreso en UHP
Martínez Cantarero et al.	141	Continuidad en HD desde UHP	TCA	Reduce estancia media tras UHP
Herpertz-Dahlmann et al.	172	Continuidad en HD vs UHP (Ensayo Clínico Aleatorizado)	AN	No inferioridad en la medida principal de resultados (IMC)
Sharp et al.	593	HD vs UHP (Metaanálisis)	Rechazo crónico para alimentarse	Beneficio para el grupo pediátrico con TCA grave
Hay et al.	566	Todas las alternativas vs UHP (Revisión Cochrane)	AN + BN	Sin diferencias claras en ganancia de peso.

Tabla 2. Terapia centrada en la familia (FBT)

Autoría	n	Modelo	Diagnóstico	Resultados
Le Grange et al.	130	FBT vs TCC (Ensayo Clínico Aleatorizado)	BN	FBT superior. Cese de conductas de atracón y purgatorias
Loeb et al.	20	FBT	AN	FBT recupera peso
Murray et al.	141	FBT + DBT	BN	Mejoría en patología alimentaria, síntomas nucleares, eficacia parental. Sin cambios en regulación emocional
Rienecke and Richmond	26	FBT	AN. TCA no especificado	Medidas estables o mejoría en el seguimiento (excepto autoeficacia parental)
Martin-Wagar et al.	87	FBT	AN	Ganancia media de 0,9 kg. a la semana
Reilly et al.	265	FBT + DBT	TCA	Los síntomas alimentarios mejoraron durante la intervención. Ansiedad y depresión continuaron reducción en seguimiento
Van Huisse et al.	70	Adaptación específica de FBT para HD	AN	Aplicable. Ganancia temprana de peso predice respuesta al tratamiento

Tabla 3. Trastorno evitativo/restrictivo de la ingesta de alimentos (ARFID)

Autoría	n	Diseño	Diagnóstico	Resultados
Ornstein et al.	130	Retrospectivo	ARFID	Beneficio para intervención HD
Bryson et al.	137	Transversal	ARFID + AN	Beneficio para intervención HD y seguimiento
Reilly et al.	59	Retrospectivo	ARFID	Coocurrencia de fenotipos conductuales
Zickgraf et al.	83	Retrospectivo	ARFID	Diferentes subtipos podrían beneficiarse de terapias específicas
Dumont et al.	11	Serie de casos	ARFID	90 % obtuvieron la remisión en el seguimiento
Naviaux	1	Comunicación de caso	ARFID	FBT multidisciplinar más tratamiento farmacológico con Mirtazapina
Steinberg et al.	6	Prospectivo	ARFID	Efectividad de intervención multifamiliar
Rienecke et al.	3	Serie de casos	ARFID	Todos los casos respondieron a la adaptación de FBT