

## EVALUACIÓN DE UN TRATAMIENTO AMBULATORIO INTENSIVO EN PACIENTES CON TRASTORNOS ALIMENTARIOS

**Jorge Armando Barriguete Meléndez**

Universidad Anáhuac, México. Clínica Angeles TCA,  
Hospital Angeles Lomas, México  
abarriguete@prodigy.net.mx

**Mariana Valdez- Aguilar**

Clínica Angeles TCA  
Hospital Angeles Lomas, México.  
University of North Carolina at Chapel Hill, United States  
psicmarianav@gmail.com

**Ana Regina Pérez-Bustinzar**

Universidad Iberoamericana, México  
Clínica Ángeles, TCA, Hospital Angeles Lomas, México  
anapb74@yahoo.com

**Claudia Radilla Vázquez**

Universidad Autónoma Metropolitana, Mexico  
cradilla@correo.xoc.uam.mx

**Paola Barriguete Chávez Peón**

Universidad Nacional Autónoma de México  
paolabarriguete@gmail.com

Estos autores contribuyeron por igual en este trabajo

*Received: 16 febrero 2025*

*Revised: 18 febrero 2025*

*Evaluator 1 report: 23 febrero 2025*

*Evaluator 2 report: 27 marzo 2025*

*Accepted: 02 abril 2025*

*Published: mayo 2025*

### RESUMEN

**Objetivo:** Investigar la efectividad a largo plazo de un programa de tratamiento ambulatorio intensivo combinado con hospitalización parcial de trastornos de la conducta alimentaria (TCA). El programa consistió en tres fases de 28 semanas en un entorno clínico. **Métodos:** El total de la muestra fue 502 pacientes, que incluyó a 438 mujeres y 64 hombres, con un rango de edad de 8 a 73 años ( $M = 22.08$ ,  $D.E = 11.29$ ), el peso inicial tuvo una media de 54.8 kg con un IMC promedio fue 21. Se evaluó el peso, los síntomas del trastorno alimentario, así como sintomatología de ansiedad y depresión; al principio, al final y 6 y 12 meses después. **Resultados:** se encontraron diferencias significativas al inicio del tratamiento en todas las escalas excepto en el puntaje total del SCL-90 ( $F(3, 498) = 0.94$   $p = .41$ ). La comparación de variables demográficas también mostró diferencias signifi-

## EVALUACIÓN DE UN TRATAMIENTO AMBULATORIO INTENSIVO EN PACIENTES CON TRASTORNOS ALIMENTARIOS

cativas entre los grupos diagnósticos de TCA. Todos los pacientes mostraron cambios significativos desde el momento de la evaluación inicial hasta el final del tratamiento. Los resultados indican tamaños de efecto de pequeños a moderados en las escalas del EAT, HADS y SCL-90, excepto en el EDI, donde se encontró un tamaño de efecto alto. **Conclusiones:** Nuestros hallazgos se suman a los estudios existentes sobre el tratamiento ambulatorio y respaldan los efectos alentadores encontrados anteriormente sobre este tipo de programas de que combinan tratamiento ambulatorio y hospitalario para psicopatologías alimentarias.

**Palabras clave:** trastornos alimentarios; tratamiento ambulatorio intensivo; estudio longitudinal; anorexia nerviosa; bulimia nerviosa; atracón alimentario

### ABSTRACT

**Evaluation of an intensive outpatient treatment on patients with eating disorders. Objective:** to evaluate the long-term effectiveness of an intensive outpatient treatment program combined with partial hospitalization for eating disorders (ED). The program consisted of three 28-week phases in a clinical setting. **Methods:** the total sample was 502 patients, which included 438 women and 64 men, with an age range of 13 to 73 years ( $M = 22.08$ ,  $SD = 11.29$ ), with four ED diagnosis: Anorexia Nervosa, Bulimia Nervosa, Binge Eating Disorder and EDNOS. The initial weight had an average of 54.89 kg with an average BMI of 21.01. Weight, eating disorder symptoms and cognitions, as well as anxiety and depression symptoms, were assessed; at the beginning, at the end and 6 and 12 months later. **Results:** significant differences were found at the beginning of treatment in all scales except the SCL-90 total score ( $F(3,498)=.94$   $p=.41$ ). The comparison of demographic variables also showed significant differences between the ED diagnostic groups. All patients showed significant changes from the time of initial evaluation to the end of treatment. Results indicate small to moderate effect sizes on the EAT, HADS, and SCL-90 scales, except for the EDI, where a high effect size was found. **Conclusions:** our findings add to existing studies on outpatient treatment, and support the encouraging effects previously found on this type of programs that combine outpatient and inpatient treatment for eating psychopathologies.

**Keywords:** eating disorders; intensive outpatient treatment; longitudinal study; anorexia nervosa; bulimia nervosa; binge eating

### INTRODUCCIÓN

Los Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA) representan entidades psicopatológicas complejas que plantean desafíos sustanciales tanto para los individuos afectados como para los profesionales de la salud encargados de su atención. Este grupo de trastornos, que incluye anorexia nerviosa (AN), bulimia nerviosa (BN), el trastorno por atracón (TPA), y otras condiciones como pica, rumiación y el trastorno por evitación/restricción, continúa siendo objeto de investigación constante en lo que respecta a su comprensión y estrategias de tratamiento (APA, 2013).

Los TCA no discriminan por edad, y no hacen distinciones de género, afectando tanto a hombres como a mujeres, aunque son más prevalentes en la población adolescente y adulta joven, y mujeres (Hilbert et al., 2014). En términos epidemiológicos, la prevalencia de los TCA es altamente variable, dependiendo de la región geográfica y de las características demográficas de la muestra en estudio. Por ejemplo, en Europa, se estima que un 2.2% de la población está afectada por estas psicopatologías, mientras que en Asia y América, estas cifras ascienden al 3.5% y 4.6%, respectivamente. En el caso de México, la prevalencia se encuentra en un rango estimado del 0.5% al 1.4%. Estas cifras resaltan la necesidad de abordar estos trastornos de manera global, adaptando estrategias de tratamiento a los contextos y necesidades específicas de la población de cada región (Galmiche et al., 2019).

A pesar de la gravedad de los TCA, los recursos y tratamientos disponibles con frecuencia son insuficientes. Debido a la naturaleza y etiología de estas psicopatologías ya que plantea un desafío para el diseño de programas de tratamiento adecuados. En este sentido, las principales pautas de práctica clínica recomiendan la personalización del tratamiento, la continuidad en la atención y la administración de intervenciones destinadas no solo a

recuperar el peso, sino también a mejorar los factores psicológicos y sociales asociados. En la práctica, esto ha dado lugar al diseño de tratamientos multicomponentes que combinan intervenciones individuales, grupales y familiares llevadas a cabo por equipos interdisciplinarios especializados que ofrecen apoyo psicoterapéutico, farmacológico y nutricional (Grau Touriño et al., 2021; Hayes et al., 2019).

En este contexto, han surgido programas ambulatorios intensivos y de hospitalización parcial como una valiosa opción de tratamiento. Estos programas equilibran la atención hospitalaria intensiva con la flexibilidad de la intervención ambulatoria, y se han concebido particularmente para pacientes que requieren un monitoreo diario pero que no necesitan supervisión continua las 24 horas del día (Eshkevari et al., 2022; Panea-Pizarro et al., 2021).

De esta forma, estos tratamientos representan un enfoque concebido para brindar un nivel de atención estructurado y más intensivo que la terapia ambulatoria convencional. Algunas de sus características distintivas incluyen una evaluación integral para comprender la gravedad y la naturaleza del TCA, sesiones de terapia individual y grupal, seguimientos frecuentes, objetivos de tratamiento claros y flexibilidad en la duración del tratamiento según las necesidades de los pacientes y sus familias (Ortiz et al., 2023).

Hasta la fecha, muy pocos estudios han intentado evaluar el proceso terapéutico completo, integrando los diferentes tipos de atención (por ejemplo, hospitalización completa, hospital de día, servicios ambulatorios intensivos). La evidencia generada a través de tales entornos naturalistas es escasa, pero algunos estudios han mostrado tasas de resultados positivos que oscilan entre el 30% y el 40% en el seguimiento de 1 año (Grau Touriño et al., 2021).

Una posible explicación de la falta de más proyectos de investigación de este tipo radica en el hecho de que tales evaluaciones están más allá del alcance de los ensayos controlados aleatorios (ECAS), que son la base de la práctica basada en la evidencia. Aunque los ECAS ofrecen un estándar de oro de investigación, es este enfoque y su control experimental interno lo que impide la flexibilidad en el diseño de investigaciones para reflejar tanto la heterogeneidad de los TCA como la complejidad típica de los tratamientos. Como alternativa a los ECAS, varios autores han propuesto estudios con muestras grandes derivadas de datos clínicos de rutina (Herpertz-Dahlmann, 2021).

Para esto, se requiere, además, una mayor comprensión de los factores que contribuyen o dificultan la recuperación a lo largo del curso de la enfermedad. Esto subraya la importancia de la investigación continua en el campo clínico, con el propósito de refinar tratamientos y mejorar los resultados para los pacientes (Colla et al., 2023). Por lo que en el presente estudio se evaluó el modelo de intervención de una clínica privada de TCA de la Ciudad de México. Este modelo prioriza la continuidad de la atención a través de la hospitalización parcial y servicios ambulatorios intensivos, en el que cada paciente tiene un plan de tratamiento personalizado. Siguiendo lo anterior, el presente estudio tuvo como objetivo general evaluar la efectividad de un tratamiento integrado para pacientes con TCA en un contexto ambulatorio intensivo y de hospitalización parcial. Los objetivos específicos fueron: 1) Evaluar si existían diferencias entre los TCA (AN, BN, TPA y TANE) al inicio del tratamiento, 2) Evaluar la pre y post evaluación del tratamiento y 3) Evaluar el seguimiento a 6 y 12 meses de los pacientes así como los abandonos a lo largo de la intervención.

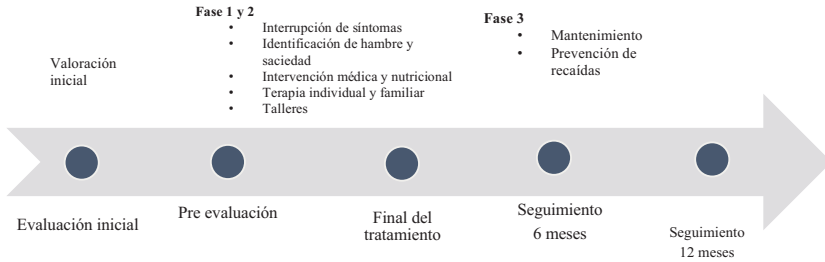
## MÉTODO

### Diseño del estudio

Fue un estudio longitudinal naturalista. (ver Fig. 1). Se evaluó la efectividad del tratamiento combinado (hospitalización parcial y ambulatorio intensivo) de forma no controlada. Los pacientes fueron evaluados en el contacto inicial, al final a los 6 y los 12 meses después del final del tratamiento.

# EVALUACIÓN DE UN TRATAMIENTO AMBULATORIO INTENSIVO EN PACIENTES CON TRASTORNOS ALIMENTARIOS

Figura 1. Diseño del estudio



## Muestra

El total de la muestra fue 502 pacientes, que incluyó a 438 mujeres y 64 hombres, con un rango de edad de 8 a 73 años ( $M = 22.08$ ,  $D.E = 11.29$ ), el peso inicial tuvo una media de 54.89 kg con un IMC promedio fue 21.01. En cuanto al nivel educativo 39% de los participantes completaron la licenciatura, con relación a su ocupación el 76% se encontraba estudiando, respecto a su estatus marital, el 87% se encontraba soltero. (ver Tabla 1).

Con relación al diagnóstico el 41% presentó Anorexia Nerviosa, en cuanto al tiempo de evolución del padecimiento la mayoría de las pacientes se encontró en el rango de 5 años en adelante. En cuanto al grado de severidad, la mayoría de la muestra se encontró entre moderado y grave, respecto a la remisión al inicio del estudio el 96% de los pacientes se encontraban sin remisión.

Los participantes fueron reclutados de la Clínica de Trastornos Alimentarios, entre enero de 2006 y marzo de 2022, quienes cumplieron con el diagnóstico DSM-IVTR y DSM-5 (APA, 2013) para un TCA. La valoración y la presencia de condiciones comórbidas se elaboró por medio de una entrevista clínica realizada por el equipo de psicólogas de la institución.

Tabla 1. Datos sociodemográficos de los pacientes (N=502)

	<b>N=502</b>	<b>Frecuencia</b>
Sexo	Hombre	64 (12.1%)
	Mujer	438 (87.3%)
Edad		22.08 (D.E=11.29) Rango= 15-73 años
Peso		54.89 (D.E = 18.02)
IMC		21.01 (D.E=9.36)
	Bajo peso	159 (31%)
	Normopeso	248 (49%)
	Sobrepeso	41 (9%)
	Obesidad	54 (11%)
Escolaridad	Primaria	34 (7%)
	Secundaria	104 (20%)
	Preparatoria	139 (28%)
	Licenciatura	198 (39%)
	Posgrado	27 (6%)
Ocupación	Estudiante	381 (76%)
	Profesionista	89 (18%)
	Ama de casa	18 (4%)
	Desempleado	14 (2%)
Estado civil	Soltero	435 (87%)
	Casado	45 (9%)
	Separado	18 (3%)
	Unión libre	1 (0.2%)
TCAIA	Anorexia	208 (41%)
	Bulimia	139 (28%)
	Trastorno por Atracón	43 (9%)
	TANE	112 (22%)
Tiempo de evolución	0-6 meses	64 (13%)
	6-12 meses	84 (17%)
	1-3 años	115 (23%)
	3-5 años	35 (7%)
	5 años en adelante	191 (38%)
Grado de severidad	Leve	74 (15%)
	Moderado	99 (20%)
	Grave	86 (17%)
	Extremo	36 (7%)
	No aplica	204 (41%)
Remisión	Sin remisión	481 (96%)
	Remisión parcial	21 (4%)

## Instrumentos

*Hoja de datos generales.* Realizada para el presente estudio. Contiene 8 preguntas sobre datos sociodemográficos como edad, sexo, estatura, peso, procedencia, antecedentes familiares de enfermedades, historial de dietas, hábitos alimentarios.

*Entrevista para el Diagnóstico de Trastornos Alimentarios* (IDED por sus siglas en inglés). A partir de los criterios del DSM-5 y de acuerdo con la entrevista IDED para Trastornos Alimentarios (Williamson et al., 1995). Se trata de una entrevista semiestructurada que se compone por 18 preguntas. Se busca realizar diagnósticos dife-

## EVALUACIÓN DE UN TRATAMIENTO AMBULATORIO INTENSIVO EN PACIENTES CON TRASTORNOS ALIMENTARIOS

renciales entre AN, BN y Trastorno por atracón (TPA). Su composición inicial incluye preguntas con relación a las historias del problema, sintomatología alimentaria e ítems de evaluación general. Su extensión es de 30 a 45 minutos. Existe una versión traducida al español que se utilizó en el presente estudio (Vázquez Arévalo et al., 2015).

*Test de Actitudes Alimentarias* (Garner et al., 1982) es una escala multidimensional de auto reporte que evalúa los dominios: bulimia, dieta, preocupación por la comida y control oral; esta escala es utilizada para evaluar el riesgo de trastorno de conducta alimentaria, incluyendo AN y BN. La prueba registra la frecuencia de actividades y pensamientos en una escala tipo Likert de 0 a 3 puntos. Este instrumento fue seleccionado debido a que no sólo sirve para casos clínicos, sino que también es útil para identificar trastornos alimentarios en muestras no clínicas. La versión original fue validada para México (Álvarez et al., 2000, Unikel-Santoncini et. al., 2006) y encontró excelentes medidas de validez y confiabilidad.

*Inventario de Trastornos Alimentarios (EDI por sus siglas en inglés)* Garner et al., 1983) fue construido y validado por Garner et al. (1983) se utiliza para evaluar características cognitivo-conductuales asociadas a la AN y la BN. Está conformado por 64 reactivos con seis opciones de respuesta en escala tipo Likert. La versión original se desarrolló en una muestra de 113 mujeres diagnosticadas con AN, y 557 mujeres universitarias (muestra control). Los 64 reactivos diferenciaron significativamente entre las muestras, en tanto que 61 tuvieron una correlación mayor a .40 con la puntuación total. En la validación para México se encontró que la consistencia interna fue  $\alpha = .92$  además, todos los reactivos del EDI, excepto el 1, correlacionaron con la puntuación total. Por medio del AFE se identificaron ocho factores que agruparon 44 reactivos y explicaron 41.7% de la varianza total; estructura que coincidió con la propuesta por Garner et al. (1983).

*Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión* (HADS por sus siglas en inglés). Está compuesta por dos subescalas: Depresión y Ansiedad, cada una con siete ítems. La puntuación de cada subescala puede variar entre 0 y 21 puntos, ya que cada ítem presenta cuatro opciones de respuesta, que van desde ausencia/mínima presencia = 0, hasta máxima presencia = 3. Cuanto mayor sea la puntuación obtenida, habrá mayor intensidad o gravedad de los síntomas. Además, el periodo en el que se examina al paciente corresponde a los últimos siete días. El coeficiente  $\alpha$  de Cronbach de la escala va de 0.81 a 0.90. Fue validada para México para pacientes con TCA obteniendo valores buenos de confiabilidades y validez (Barriguete Meléndez et al., 2017).

Symptom Checklist 90 (SCL-90 Derogatis) es un instrumento de detección rápida de síntomas de trastornos mentales; es un cuestionario autoadministrado que puede ser utilizado tanto en el campo clínico como comunitario. Evalúa síntomas de nueve trastornos mentales: somatización, obsesiones y compulsiones, sensibilidad interpersonal, depresión, ansiedad, hostilidad, ansiedad fóbica, ideación paranoide y psicoticismo, además, el índice de severidad global (ISG) el índice de malestar y los síntomas positivos. El instrumento fue validado para población mexicana por Cruz-Fuentes et al. (2005) en donde se evaluó el valor de la alfa de Cronbach de consistencia interna para 7 de las nueve dimensiones, así como el ISG, el cual fue mayor que 0.7, en tanto que las restantes obtuvieron puntajes mayores que 0.66.

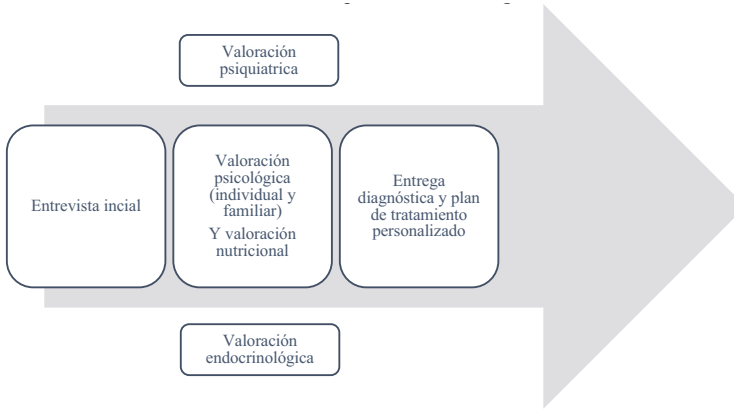
### Procedimiento

Las psicólogas clínicas, en colaboración con el equipo médico y nutricional, llevaron a cabo evaluaciones iniciales y emitieron un diagnóstico de TCAIA utilizando los criterios establecidos en el DSM-4 y DSM-5 (APA, 2013, ver Fig. 2). Estas evaluaciones forman parte de la práctica clínica estándar y sirvieron como base para el diseño de tratamientos personalizados. Como parte de este proceso, los pacientes completaron cuestionarios antes, después y durante los seguimientos a los 6 y 12 meses.

Además, asistieron a las sesiones de tratamiento hasta cuatro días a la semana y recibieron modalidades terapéuticas respaldadas por evidencia, incluyendo la terapia cognitivo-conductual. Se incluyeron en el análisis datos clínicos de pacientes atendidos en la institución desde 2006 hasta 2022. Asimismo, todos los datos utilizados en este estudio se obtuvieron como parte de la evaluación clínica de rutina. Cuando un paciente tuvo múl-

tiples ingresos, se utilizó la información correspondiente al primer ingreso y/o alta. El estudio se basó exclusivamente en los datos clínicos disponibles en los registros.

Figura 2. Procedimiento de evaluación de los pacientes



### Programa de tratamiento de la clínica

El programa de tratamiento constó de tres fases (ver Figura 2). Durante la primera fase (interrupción de síntomas y alimentación mecánica) cuyos objetivos fueron: disminuir la frecuencia e intensidad de los síntomas por medio de estrategias conductuales y cognitivas, restablecer una alimentación correcta, crear conciencia de enfermedad y adherencia terapéutica, vincular a la familia o pareja con el tratamiento, estimular el progreso a través de las etapas motivacionales, además de lograr un peso saludable o reducir 10% del peso de inicio; se obtuvo el historial y diagnóstico del TCA de los pacientes.

Además, se estableció un modelo individualizado para cada persona, acordando objetivos de tratamiento. En esta fase se brindó un taller psicoeducativo, así como un taller para padres. El taller psicoeducativo comprendió diversas sesiones asesoradas y supervisadas por terapeutas especialistas en el tema. La duración de esta primera fase y el número de sesiones varió, sin embargo, su extensión aproximada fue de 3-4 meses si la paciente no tuvo una hospitalización. Siempre el IMC fue tomado en cuenta, en las decisiones clínicas.

Posteriormente, en la segunda fase (hambre-saciedad) cuyos objetivos fueron: mantener un peso saludable, diferenciar entre hambre, saciedad y sed, cumplir con el plan alimentario al 100%, así como enfocar el tratamiento hacia la identificación y regulación de sensaciones interoceptivas; se desarrollaron diversas estrategias enfocadas hacia el cuerpo y la conciencia corporal. Por lo que se brindó un taller sobre imagen corporal y mindfulness. La duración de esta etapa fue de alrededor de cuatro meses.

Finalmente, en la fase tres (alimentación espontánea) los objetivos fueron: controlar el síntoma, mantener una alimentación adecuada, espontánea y relajada, sin restricciones, un peso saludable, rítmica y cíclica, libre de obsesiones en un entorno sociocultural, además del mantenimiento de hábitos de sueño, ocio y horarios de trabajo saludables. Para pasar a esta fase el paciente ya debía de identificar y actuar de acuerdo con las señales de hambre y saciedad. Su duración fue de 1 y 3 meses. Al final de esta etapa se realizó una valoración final por parte de todas las áreas de atención.

### Consideraciones éticas

La aprobación del estudio fue otorgada en septiembre de 2023 por el Comité de Ética de la Institución. Todos los participantes firmaron el consentimiento informado, el cual contenía el objetivo de la investigación y se les informó que se podían retirar de forma voluntaria en cualquier momento del tratamiento si lo consideraban oportuno.

### Análisis estadístico

Los análisis de datos se realizaron con SPSS Versión 23 y SAS Versión 13. Para realizar el análisis de diferencias se utilizaron pruebas paramétricas se utilizaron según los datos características (prueba t; prueba exacta de Fisher; ANOVA y MANOVA de medidas repetidas).

### RESULTADOS

En un inicio se contaba con 730 participantes sin embargo 228 personas abandonaron durante y al final del tratamiento, y en los seguimientos, de esta manera, se analizaron 502 pacientes (438 mujeres, 64 hombres). Alrededor de uno de cada tres pacientes no había recibido previamente ningún tratamiento para su trastorno alimentario, mientras que casi la mitad había recibido tratamiento hospitalario previo.

En promedio, los pacientes recibieron 28 sesiones (*D.E.*= 24 sesiones) de TCC individual durante las tres fases del tratamiento. Asimismo, en promedio recibieron 12 sesiones durante la primera fase, 8 sesiones durante la segunda fase y 3-8 sesiones durante la tercera fase de tratamiento ambulatorio hasta el seguimiento de 12 meses evaluación.

### ANÁLISIS AL INICIO DEL TRATAMIENTO

Primero, se trató de identificar posibles diferencias entre los pacientes al inicio del tratamiento y si existían diferencias entre los diferentes diagnósticos (AN, BN, TPA y TANE). Se realizó un MANOVA para comparar las escalas aplicadas EDI, EAT, HDA y SCL-90 así como el IMC entre los grupos diagnósticos al inicio del tratamiento. Se encontraron diferencias significativas en el puntaje total del EAT ( $F(3, 478)=26.99$   $p=0.001$ ), de la escala EDI ( $F(3, 478)=22.06$   $p=0.001$ ) y del cuestionario HDA ( $F(3, 496)=11.81$   $p=0.001$ ), entre los diagnósticos, sin embargo, no hubo diferencias significativas en el puntaje total del SCL-90 ( $F(3, 498)=0.94$   $p=0.41$ ). Respecto al IMC los cuatro grupos diagnósticos difirieron significativamente ( $F(3, 498)=35.50$   $p=0.001$ ) al inicio del tratamiento.

La comparación de variables demográficas también mostró diferencias significativas entre los grupos diagnósticos de TCA, de esta forma se comparó el sexo ( $F(3, 498)=11.07$   $p=0.001$ ), la edad ( $F(3, 498)=15.36$ ,  $p=0.001$ ) nivel educativo ( $F(4, 498)=15.24$ ,  $p=0.001$ ) y estado civil ( $F(3,498)=6.62$ ,  $p=0.001$ ).

### ANÁLISIS PRE POST TRATAMIENTO

Se realizó un análisis para saber si los resultados en las variables psicológicas de los pacientes cambiaban con el tiempo después de completar el tratamiento intensivo. Un MANOVA de medidas repetidas mostró que los diagnósticos por sí solos no indicaron diferencias significativas, pero el efecto de interacción entre el tiempo y los diagnósticos en las evaluaciones previas y posteriores demostró diferencias significativas ( $F=3.932$ ,  $p=0.031$ ). De esta manera se realizó pruebas t de muestras pareadas para explorar las diferencias para cada subgrupo diagnóstico de trastornos alimentarios en las variables psicológicas aplicadas antes y después del tratamiento.

Una prueba t de muestras pareadas comparó los puntajes al inicio y al final de cada grupo de TCA, después de lo cual se calcularon los tamaños de efecto (mostrados en la Tabla 2). Clasificamos los tamaños de efecto como 0.20–0.49=bajo, 0.50–0.79=medio, y  $\geq 0.80$ =alto, según Cohen (1988).



Tabla 2. Evaluación pre-post del tratamiento. Inicio y 6 meses después

Escalas	Anorexia (N=208) M (D.E.)	Bulimia (N=139) M (D.E.)	TPA (N=43) M (D.E.)	TANE (N=112) M (D.E.)
<b>EDI</b>				
Antes	56.90 (27.29)	86.31 (33.35)	81 (34.79)	64.21 (32.54)
Después	37.41 (25.42)	45.68 (26.37)	47.70 (33.38)	45.18 (39.12)
Puntaje t	t= 5.12** d=0.53	t=6.73**d=0.56	t=3.36**d=0.57	t=3.02* d=0.72
<b>EAT</b>				
Antes	48.41 (22.19)	52.05 (22.12)	30.38 (13.90)	39.29 (27.55)
Después	23.64 (20.13)	24.76 (19.07)	17.76 (8.55)	22.70 (19.04)
Puntaje t	t=9.10** d=0.56	t=8.07**d=0.48	t=3.32**d=0.33	t=3.6** d=0.53
<b>HDA</b>				
Antes	15.89 (7.26)	20.34 (8.18)	15.73 (6.74)	16.18 (8.17)
Después	12.40 (8.42)	13.97 (7.56)	11.92 (6.96)	12.25 (6.43)
Puntaje t	t=3.34** d=0.40	t=4.62**d=0.37	t=2.04 d=0.51	t=3.07** d=0.60
<b>SCL-90</b>				
Antes	2.16(7.72)	1.57 (0.97)	1.36 (0.79)	1.19 (0.93)
Después	0.41 (6.70)	0.60 (0.61)	0.43 (0.55)	0.79 (0.83)
Puntaje t	t=.53 d=0.16	t=5.64**d=0.37	t=3.28 d=0.26	t=2.77 d=0.74

Todos los pacientes mostraron cambios significativos desde el momento de la evaluación inicial hasta el final del tratamiento. Los resultados indican tamaños de efecto de pequeños a moderados en todas las escalas, excepto en el EDI, donde se encontró un tamaño de efecto alto.

## EVALUACIÓN DE LOS SEGUIMIENTOS

Posteriormente, se realizó una evaluación de seguimiento a los 6 y 12 meses únicamente con los cuestionarios EAT y HDA a través de un ANOVA de medidas repetidas.

Tabla 3. Evaluación a 6 y 12 meses de seguimiento de los pacientes

Escalas	Anorexia (N=208) M (D.E.)	Bulimia (N=139) M (D.E.)	TPA (N=43) M (D.E.)	TANE (N=112) M (D.E.)	F	d
<b>EAT</b>						
Inicio	48.41(22.19)	52.05 (22.12)	30.38 (13.90)	39.29(27.55)	26.99**	
6 m seg	16.37 (17.80)	16.96(14.62)	14.80(10.05)	22.23 (20.88)	10.70	0.55
12 m seg	14.90 (17.69)	16.36 (5.45)	22.50 (17.66)	13.87(5.54)	11.17*	
<b>HDA</b>						
Inicio	15.89 (7.26)	20.34 (8.18)	15.73 (6.74)	16.18 (8.17)	13.58*	
6 m seg	10.15(6.32)	11.02(6.40)	11.72(7.60)	10.00 (6.28)	10.30	
12 m seg	9.73(6.95)	9.50(5.91)	16. (10.48)	8.90 (6.37)	21.14*	0.26

## Abandonos durante el tratamiento

De los pacientes que entraron en tratamiento, 228 (31.2%) abandonaron durante el tratamiento y en los seguimientos. La distribución del abandono entre diagnósticos mostró que 78 pacientes diagnosticados con AN, 65 con BN, 45 con TANE y 40 con TPA fueron los que abandonaron. El motivo más frecuente fue no cumplir con los requisitos del programa, otras razones incluyeron mudarse a otra zona del país, iniciar otro tratamiento para otros sínto-

mas psiquiátricos, no cumplir con el seguimiento (pacientes que finalizaron el tratamiento, pero no completaron las pruebas de seguimiento del tratamiento) y en algunos pacientes se desconocen los motivos del abandono.

### DISCUSIÓN

La integración de un equipo multidisciplinario es consistente con la tendencia actual en la investigación de los TCA. Estudios como el de Le Grange et al. (2016), han demostrado que la colaboración entre psiquiatras, psicólogos y profesionales médicos mejora significativamente la eficacia del tratamiento. El objetivo principal de este estudio fue evaluar la efectividad de un modelo de tratamiento diseñado para abordar la complejidad y heterogeneidad de los TCA. Este modelo incluyó tratamientos personalizados en diferentes niveles de atención administrados por un equipo interdisciplinario. Además, estuvo compuesto por un programa multicomponente que constó de psicoterapia individual y familiar así como talleres psicoeducativos, de imagen corporal y *mindfulness*. De tal forma que se buscó contribuir a llenar el vacío en la investigación basada en la práctica clínica en TCA, especialmente realizada en instituciones privadas.

La naturaleza de este estudio permitió la inclusión de diferentes diagnósticos de TCA, así como sus patologías concomitantes. En este sentido en los hallazgos trató de identificar posibles diferencias entre los pacientes al inicio del tratamiento y si existían entre los diferentes diagnósticos (AN, BN, TPA y TANE). Se encontraron diferencias significativas en el puntaje total del EAT ( $F(3, 478)=26.99$   $p=0.001$ ), de la escala EDI ( $F(3, 478)=22.06$   $p=0.001$ ) y del cuestionario HDA ( $F(3, 496)=11.81$   $p=0.001$ ), entre los diagnósticos, sin embargo, no hubo diferencias significativas en el puntaje total del SCL-90 ( $F(3, 498)=0.94$   $p=0.41$ ).

Respecto al IMC los cuatro grupos diagnósticos difirieron significativamente ( $F(3, 498)=35.50$   $p=0.001$ ) al inicio del tratamiento. La observación de diferencias significativas en el IMC al inicio del tratamiento entre los grupos diagnósticos aporta una perspectiva valiosa sobre la gravedad y la variabilidad de los TCA. Los resultados respaldan la noción de que el IMC puede servir como un indicador sensible de la presentación clínica, lo que tiene implicaciones significativas para la estratificación y la planificación del tratamiento. Sería fructífero investigar cómo estas diferencias iniciales en el IMC afectan la respuesta al tratamiento y los resultados a largo plazo.

La comparación de variables demográficas también mostró diferencias significativas entre los grupos diagnósticos de TCA, de esta forma se comparó el sexo ( $F(3, 498)=11.07$   $p=0.001$ ), la edad ( $F(3, 498)=15.36$ ,  $p=0.001$ ) nivel educativo ( $F(4, 498)=15.24$ ,  $p=0.001$ ) y estado civil ( $F(3, 498)=6.62$ ,  $p=0.001$ ). Las diferencias identificadas concuerdan con investigaciones que sugieren perfiles distintivos entre distintos diagnósticos de TCA (Arcelus et al., 2019). La consideración de factores como el sexo, la edad, el nivel educativo y el estado civil en la comparación entre grupos diagnósticos enriquece la comprensión de la heterogeneidad en la presentación de los TCA.

Asimismo, los resultados revelan una compleja interrelación entre los diversos diagnósticos de TCA. La identificación de diferencias significativas en los puntajes de instrumentos de evaluación, señala la necesidad de una aproximación diferenciada para comprender las manifestaciones únicas del AN, BN, TANE y el TPA. Este enfoque más permite no solo una clasificación más precisa sino también una orientación terapéutica más efectiva, adaptada a las necesidades específicas de cada grupo diagnóstico.

En cuanto a los instrumentos aplicados, los cuales todos han sido validados en nuestro país, proporcionaron información adicional para evaluar su rendimiento y utilidad en entornos clínicos. En este sentido se observaron diferencias entre los diferentes diagnósticos antes y después del tratamiento. Al analizar los resultados de las pruebas EDI, EAT, HDA y SCL-90, todos los pacientes mostraron cambios desde el momento de la evaluación inicial hasta el final del tratamiento.

La elección de instrumentos psicométricos validados proporciona coherencia con la literatura existente. Investigaciones como las de Wonderlich et al. (2017) han utilizado escalas similares para evaluar cambios en las actitudes hacia la alimentación y la imagen corporal. El tamaño de efecto alto en la escala EDI destaca la relevancia clínica de este estudio, indicando un impacto significativo en las actitudes hacia la comida y el peso.

Las diferencias en los seguimientos a 6 y 12 meses, aunque significativas, revelan un desafío común en la investigación de los TCA: la retención a largo plazo. Este fenómeno, señalado por estudios anteriores (Zaitsoff et al., 2015), destaca la necesidad de abordar estrategias de retención específicas y resalta la complejidad de seguir a los participantes en estudios longitudinales sobre TCA.

La coherencia con la literatura existente, evidente en la elección de instrumentos validados, subraya la validez y la fiabilidad de los métodos utilizados. El tamaño de efecto alto en la escala EDI resalta su sensibilidad para detectar cambios significativos en las actitudes hacia la alimentación y la imagen corporal. Este resultado refuerza la relevancia clínica del estudio, indicando un impacto sustancial en las dimensiones psicológicas de los pacientes.

En resumen, este estudio contribuye significativamente a la literatura sobre TCA al proporcionar una imagen más detallada de la heterogeneidad de estos trastornos y su evolución durante el tratamiento. A pesar de los desafíos metodológicos, como la retención a largo plazo, los resultados ofrecen valiosas implicaciones para la práctica clínica al subrayar la importancia de abordar los TCA desde una perspectiva multifacética y personalizada. Este enfoque podría mejorar la efectividad de las intervenciones y allanar el camino para futuras investigaciones que aborden las complejidades aún no exploradas en la dinámica temporal de los TCA.

En conclusión, este estudio se alinea con la corriente investigativa actual sobre TCA, reforzando la importancia de abordajes multidisciplinarios y personalizados. Sin embargo, las limitaciones y desafíos subrayan la necesidad de investigación continua. Este análisis detallado refuerza la validez de los hallazgos del estudio actual al contextualizarlos dentro del panorama más amplio de la investigación sobre TCA. Además, destaca áreas específicas donde la investigación futura puede profundizar y mejorar nuestra comprensión de la efectividad de los tratamientos para los trastornos alimentarios. En los siguientes estudios, se buscará analizar el peso de las diferentes variables en el resultado del tratamiento y mejoría, y a su vez cruzando con abandono.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Barriguete Meléndez, J. A., Pérez Bustinzar, A. R., Vega Morales, R. I. de la, Barriguete Chávez-Peón, P., Rojo Moreno, L., Barriguete Meléndez, J. A., Pérez Bustinzar, A. R., Vega Morales, R. I. de la, Barriguete Chávez-Peón, P., & Rojo Moreno, L. (2017). Validación de la Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión en población mexicana con trastorno de la conducta alimentaria. *Revista mexicana de trastornos alimentarios*, *8*(2), 123-130. [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_abstract&pid=S2007-15232017000200123&lng=es&nrm=iso&tlng=es](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S2007-15232017000200123&lng=es&nrm=iso&tlng=es)
- Colla, A., Baudinet, J., Cavenagh, P., Senra, H., & Goddard, E. (2023). Change processes during intensive day programme treatment for adolescent anorexia nervosa: A dyadic interview analysis of adolescent and parent views. *Frontiers in Psychology*, *14*, 1226605. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2023.1226605>
- Eshkevari, E., Ferraro, I., McGregor, A., & Wade, T. (2022). Eating Disorder Day Programs: Is There a Best Format? *Nutrients*, *14*(4), 879. <https://doi.org/10.3390/nu14040879>
- Galmiche, M., Déchelotte, P., Lambert, G., & Tavolacci, M. P. (2019). Prevalence of eating disorders over the 2000–2018 period: A systematic literature review. *The American Journal of Clinical Nutrition*, *109*(5), 1402-1413. <https://doi.org/10.1093/ajcn/nqy342>
- Garner, D. M., Olmstead, M. P., & Polivy, J. (1983). Development and validation of a multidimensional eating disorder inventory for anorexia nervosa and bulimia. *International Journal of Eating Disorders*, *2*(2), 15-34. [https://doi.org/10.1002/1098-108X\(198321\)2:2<15::AID-EAT2260020203>3.0.CO;2-6](https://doi.org/10.1002/1098-108X(198321)2:2<15::AID-EAT2260020203>3.0.CO;2-6)
- Garner, D. M., Olmsted, M. P., Bohr, Y., & Garfinkel, P. E. (1982). The eating attitudes test: Psychometric features and clinical correlates. *Psychological Medicine*, *12*(4), 871-878. <https://doi.org/10.1017/s0033291700049163>
- Grau Touriño, A., Feixas, G., Medina, J. C., Paz, C., & Evans, C. (2021). Effectiveness of integrated treatment for eating disorders in Spain: Protocol for a multicentre, naturalistic, observational study. *BMJ Open*, *11*(3), e043152. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2020-043152>

## EVALUACIÓN DE UN TRATAMIENTO AMBULATORIO INTENSIVO EN PACIENTES CON TRASTORNOS ALIMENTARIOS

- Hayes, N. A., Welty, L. J., Slesinger, N., & Washburn, J. J. (2019). Moderators of treatment outcomes in a partial hospitalization and intensive outpatient program for eating disorders. *Eating Disorders*, 27(3), 305-320. <https://doi.org/10.1080/10640266.2018.1512302>
- Herpertz-Dahlmann, B. (2021). Intensive Treatments in Adolescent Anorexia Nervosa. *Nutrients*, 13(4), 1265. <https://doi.org/10.3390/nu13041265>
- Hilbert, A., Pike, K. M., Goldschmidt, A. B., Wilfley, D. E., Fairburn, C. G., Dohm, F.-A., Walsh, B. T., & Striegel Weissman, R. (2014). Risk factors across the eating disorders. *Psychiatry Research*, 220(1-2), 500-506. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2014.05.054>
- Ortiz, A. M. L., Cusack, C. E., Billman, M. G., & Essayli, J. H. (2023). Baseline symptomatology and treatment outcomes of young adults in a virtual versus in person partial hospitalization and intensive outpatient program for eating disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 56(8), 1644-1649. <https://doi.org/10.1002/eat.23968>
- Panea-Pizarro, I., Moran, J. M., Lavado-García, J., Beato-Fernández, L., Domínguez-Martin, A. T., Huerta-González, S., Novo, A., Pedrera-Zamorano, J. D., & López-Espuela, F. (2021). Health-Related Quality of Life in Spanish Women with Eating Disorders. *Nutrients*, 13(2), 403. <https://doi.org/10.3390/nu13020403>
- Vázquez Arévalo, R., Aguilar, X. L., Ocampo Tellez-Girón, M. T., & Mancilla-Díaz, J. M. (2015). Eating disorders diagnostic: From the DSM-IV to DSM-5. *Revista Mexicana de Trastornos Alimentarios*, 6(2), 108-120. <https://doi.org/10.1016/j.rmta.2015.10.003>
- Williamson, D. A., Anderson, D. A., Jackman, L. P., & Jackson, S. R. (1995). Assessment of eating disordered thoughts, feelings, and behaviors. En *Handbook of assessment methods for eating behaviors and weight-related problems: Measures, theory, and research* (pp. 347-386). Sage Publications, Inc.