



Artículo original

Implementación de una guía de práctica clínica para la detección oportuna y el diagnóstico de trastornos de la conducta alimentaria en adolescentes y adultos en el servicio de consulta externa y prioritaria de un hospital mental público de Colombia

Carolina Pertuz-Cortes^a, Eduardo Navarro-Jiménez^{b,*}, Carmen Laborde-Cárdenas^b, Pedro Gómez-Méndez^a y Silvana Lasprilla-Fawcett^c

^a Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad del Norte, Barranquilla, Colombia

^b Facultad de Medicina, Universidad Simón Bolívar, Barranquilla, Colombia

^c Departamento de Gestión Organizacional, Universidad de la Costa CUC, Barranquilla, Colombia

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:

Recibido el 31 de enero de 2017

Aceptado el 28 de mayo de 2018

On-line el 18 de julio de 2018

Palabras clave:

Guía de práctica clínica

Trastornos de la alimentación y la ingestión de alimentos

R E S U M E N

Objetivo: Implementar una guía de práctica clínica para la detección oportuna y el diagnóstico de los trastornos de la conducta alimentaria en adolescentes y adultos en los servicios de consulta prioritaria y consulta externa de un hospital mental público de Barranquilla, Colombia. Se identificaron barreras para el acceso a la guía implementada.

Métodos: Para identificar guías de práctica clínica basadas en la evidencia que implementar, se hicieron búsquedas sistemáticas en bases de datos internacionales de organismos desarrolladores o compiladores de guías de práctica clínica y en bases de datos que recogieran literatura científica sobre temas relacionados con trastornos de la conducta alimentaria.

Conclusiones: Las dos guías para realizar la selección final por consenso de un equipo multidisciplinario del hospital fueron: «Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists clinical practice guidelines for the treatment of eating disorders» y «Guía de práctica clínica sobre trastornos de la conducta alimentaria de Catalunya», que finalmente fue la elegida por consenso. No existe aún para los profesionales de la salud una guía de práctica clínica implementada en el servicio de consulta externa y prioritaria de los hospitales colombianos para los trastornos de la conducta alimentaria.

© 2018 Asociación Colombiana de Psiquiatría. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: edunavjim@yahoo.com (E. Navarro-Jiménez).

<https://doi.org/10.1016/j.rcp.2018.05.005>

0034-7450/© 2018 Asociación Colombiana de Psiquiatría. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

Implementation of clinical practice guidelines for the timely detection and diagnosis of eating disorders in adolescents and adults in the outpatient and priority department of a public psychiatric hospital in Colombia

A B S T R A C T

Keywords:

Clinical practice guidelines
Feeding and eating disorders

Objective: To implement clinical practice guidelines (CPGs) for the timely detection and diagnosis of eating disorders in adolescents and adults in the priority outpatient department of a public psychiatric hospital in Barranquilla, Colombia. Barriers to access to the implemented guidelines were identified.

Methods: For the identification of evidence-based CPGs to be implemented, systematic searches were carried out in international databases of development agencies or compilers of clinical practice guidelines, and in databases that contained scientific literature on issues related to eating disorders.

Conclusions: The two guidelines shortlisted for the final selection by consensus of a multidisciplinary team at the hospital were the "Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists clinical practice guidelines for the treatment of eating disorders" and the "Guía de práctica clínica sobre trastornos de la conducta alimentaria de Catalunya", the latter being finally chosen by consensus. There are not yet CPGs implemented for health professionals in the priority outpatient department of Colombian hospitals for eating disorders.

© 2018 Asociación Colombiana de Psiquiatría. Published by Elsevier España, S.L.U. All rights reserved.

Introducción

Los trastornos de la conducta alimentaria (TCA) son un grupo de condiciones relacionadas con la perturbación de la imagen corporal del individuo y su comportamiento anormal al comer.

En las últimas décadas, los TCA han adquirido una gran relevancia en salud pública por su gravedad, complejidad y dificultad para establecer un diagnóstico en todas sus dimensiones y un tratamiento específico. Se trata de enfermedades de etiología multifactorial en las que intervienen factores genéticos, biológicos, de personalidad, familiares y socioculturales que afectan mayoritariamente a los niños, los adolescentes y los adultos jóvenes. A pesar de estas dificultades metodológicas en el diagnóstico, es destacable el aumento de la prevalencia de los TCA, especialmente en países desarrollados o en vías de desarrollo, mientras que es prácticamente inexistente en países pocos desarrollados. El aumento de la prevalencia es atribuible al incremento de la incidencia y a la duración y cronicidad de estos cuadros clínicos.

Según la guía de práctica clínica (GPC) del *National Institute for Health and Care Excellence* británico (NICE)¹, las prevalencias de los trastornos de la conducta alimentaria no especificados (TCANE), la bulimia nerviosa (BN) y la anorexia nerviosa (AN) en mujeres son de un 1-3,3%, un 0,5-1,0% y un 0,7% respectivamente, y en la Revisión Sistemática de la Evidencia Científica (RSEC) (2006) se reportan prevalencias en Europa oriental y Estados Unidos de un 0,7-3% de TCANE en la comunidad, el 1% de BN en mujeres y el 0,3% de AN en mujeres jóvenes¹.

Diversos estudios de incidencia de los TCA que se han publicado en Estados Unidos, Canadá y Europa presentan un aumento en la incidencia de 5 a 6 veces en la década 1960-1970².

Según información publicada en su página de internet por la *National Association of Anorexia Nervosa and Associated Disorders* (ANAD) de Estados Unidos, las cifras de TCA más relevantes son (tabla 1):

- Casi el 50% de las personas con TCA cumplen criterios de depresión³.
- Solo 1 de cada 10 varones y mujeres con TCA reciben tratamiento. Solo el 35% de las personas que reciben tratamiento para los TCA se tratan en un centro especializado en trastornos de la alimentación⁴.
- La anorexia es la tercera enfermedad crónica más común entre los adolescentes¹⁸.
- El 95% de los que tienen TCA tienen entre 12 y 25,8 años¹⁸.
- El 25% de las mujeres en edad universitaria han manifestado que se dan atracones y practican purgas como técnica de control de peso¹⁸.

En Colombia, se ha encontrado que «los TCA se presentan con una alta frecuencia. No se encontraron muchos estudios, pero 2 realizados en estudiantes de Bucaramanga⁵ (2005) y estudiantes de Medicina de la Universidad Nacional⁶ (2012) estimaron que un 30% tenía síntomas. De estos, el 1,7% correspondía a anorexia, un 6% a bulimia y hasta un 28% a TCA no especificados», según la médica psiquiatra Pilar Arroyave en entrevista al diario *El Espectador*⁷, citando un estudio llevado a cabo por Ángel et al.⁸ en 2008 en una población escolar de 2.770 personas.

Según la Encuesta Nacional de Salud Mental de 2015, en Colombia hay muy pocos estudios comunitarios, y la mayoría se han realizado en muestras de jóvenes escolares y universitarios en diferentes ciudades del país para explorar la

Tabla 1 – Estadísticas de trastornos alimentarios en Estados Unidos según la ANAD

Población general

Casi el 50% de las personas con trastornos de la alimentación cumplen criterios de depresión³
 Sólo 1/10 varones y mujeres con trastornos de la alimentación reciben tratamiento. Sólo el 35% de las personas que reciben tratamiento para trastornos de la alimentación se tratan en un centro especializado de trastornos de la alimentación⁴
 Hasta 30 millones de personas de todas las edades y ambos sexos sufren un trastorno de la alimentación (anorexia, bulimia y trastorno por atracón) en Estados Unidos
 Los trastornos alimentarios tienen la tasa de mortalidad más alta entre todas las enfermedades mentales

Estudiantes

El 91% de las universitarias han intentado controlar su peso a través de dietas. El 22% se sometía a dieta «a menudo» o «siempre»²⁰
 Los trastornos de la alimentación aparecen entre los 16 y los 20 años (86%) y a los 20 años (43%)²⁰
 La anorexia es la tercera enfermedad crónica más común entre los adolescentes²¹
 El 95% de los que tienen trastornos de la alimentación tienen entre 12 y 25,8 años²¹
 El 25% de las mujeres en edad universitaria han manifestado que se dan atracones y practican purgas como técnica de control de peso²¹
 La tasa de mortalidad asociada con la anorexia nerviosa es 12 veces mayor que la asociada con las muertes por cualquier causa de las mujeres de 15-24 años²¹
 Más de la mitad de las adolescentes y casi un tercio de los adolescentes usan conductas de control de peso no saludables, como saltarse las comidas, ayunar, fumar cigarrillos, inducir vómitos y tomar laxantes²²
 En un estudio de 185 mujeres estudiantes de un campus universitario, el 58% sintió la presión de grupo para lograr cierto peso; un 83%, para someterse a dieta para bajar de peso, y solo el 44% se consideraba de peso normal⁴

Varones

Se estima que un 10-15% de las personas con anorexia o bulimia son varones²³
 Los varones son menos propensos a buscar tratamiento para los trastornos debido a la percepción de que están padeciendo «enfermedades de la mujer»²³
 Entre los varones homosexuales, casi el 14% pensaba que sufría bulimia y más del 20%, que era anoréxico²⁴

Mujeres

Las mujeres son mucho más propensas que los varones a sufrir un trastorno alimentario. Se calcula que un 5-15% de las personas con anorexia o bulimia son varones²⁵
 Se estima que un 0,5-3,7% de las mujeres sufren anorexia nerviosa a lo largo de su vida. Una investigación indica que alrededor del 1% de las adolescentes tiene anorexia²⁵
 Se estima que un 1,1-4,2% de las mujeres tienen bulimia nerviosa a lo largo de su vida²⁰
 Se estima que un 2-5% de los estadounidenses han sufrido un trastorno por atracón en un periodo de 6 meses
 Alrededor del 50% de las personas que han tenido anorexia sufren bulimia o patrones de bulimia²⁵
 Alrededor del 20% de las personas que sufren anorexia mueren prematuramente a causa de complicaciones relacionadas con su trastorno de la alimentación, como suicidio y problemas cardíacos²⁶

Fuente: adaptado de la Asociación Nacional de trastornos alimentarios de Estados Unidos (NEDA).

prevalencia, los factores y las conductas de riesgo. Entre estudiantes de Medicina, por ejemplo, se encuentran factores asociados como el deseo de perder más del 10% del peso⁹, el alto estrés percibido y el consumo problemático de alcohol⁶. Por otro lado, en la población escolar se observan antecedentes familiares de TCA, obesidad, insatisfacción personal y familiar con la figura y el peso corporal y críticas y comentarios negativos sobre el peso y la figura¹⁰. Además, el 77% de los encuestados dice que tiene «terror ante la idea de ganar peso», un 33% siente culpa después de comer, un 16% dice que «la comida controla su vida» y un 8% se induce el vómito luego de comer¹¹.

Con criterios técnico-científicos, en 2013 el Ministerio de Salud y Protección Social (Minsalud) y el Departamento Administrativo de Ciencia y Tecnología e Innovación (Colciencias) publicaron conjuntamente 25 GPC basadas en la evidencia; la motivación de elaborar estas guías fue^{12,13}:

- Variabilidad en la práctica clínica de los profesionales de la salud.
- Las GPC proveen una base sólida en la actualización del conocimiento de los profesionales de la salud.
- Ayudan a los profesionales de la salud a ofrecer el mejor cuidado posible y a los pacientes a recibirlo.
- Las GPC mejoran la efectividad del cuidado clínico y la calidad de la atención en salud (procesos).
- Son un insumo importante para mejorar la calidad de la atención a los pacientes.

La implementación de GPC para Colombia se considera una experiencia novedosa que plantea nuevos retos para el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) y sus diversos actores. Llevar a la práctica las recomendaciones de las GPC en las instituciones prestadoras de servicios de salud implica diseñar, planear y ejecutar estrategias de difusión, adopción, diseminación y seguimiento en las variadas organizaciones que prestan servicios en diferentes contextos culturales y sociales del país^{12,14}.

Entre los roles que deben tener las instituciones prestadoras de salud (IPS) y, por ende, el Hospital ESE Cari Neurociencias para la implementación de las GPC, se encuentran¹⁵:

- Diseñar y ejecutar el plan de implementación local de las GPC.
- Implementar las GPC según el plan establecido.
- Articular la implementación de las GPC a los procesos de habilitación y acreditación institucional.
- Revisar y ajustar los sistemas de información de la IPS según los estándares y los indicadores de implementación propuestos en las GPC.

Sin embargo, pese a contar con una Ley de Salud Mental promulgada de manera acorde con los principios de atención primaria en salud de la Organización Mundial de la Salud, el gran problema de salud pública que los TCA suponen y contar con 25 GPC desarrolladas según criterios de medicina basada en la evidencia, los profesionales de la salud aún no cuentan con una guía desarrollada para la población colombiana ni mucho menos una GPC implementada en el servicio de

Tabla 2 – Bases de datos consultadas

Base de datos consultada	Dirección de internet
American College of Physicians (ACP)	http://www.acponline.org/clinical_information/guidelines
Catálogo de GPC en el Sistema Nacional de Salud de España	http://www.guiasalud.es
Evidence-based medicine guidelines	http://ebmg.wiley.com/ebmg/ltk.koti
Fisterra	http://www.fisterra.com/recursos_web/castellano/c_guias_clinicas.asp
GIN International Guideline Library	http://www.g-i-n.net
National Guidelines Clearinghouse (NGCH)	http://www.guideline.gov
National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE)	http://www.nice.org.uk
New Zealand Guidelines Group	http://www.nzgg.org.nz
NHS	http://www.nhs.uk
PubMed	http://www.ncbi.nlm.nih.gov/sites/entrez
Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN)	http://www.sign.ac.uk/guidelines/published/numlist.html
Tripdata	http://www.tripdatabase.com
Catálogo maestro de guías de práctica clínica (CMGPC)	http://www.cenetec.salud.gob.mx/contenidos/gpc/catalogoMaestroGPC.html
Guías de práctica clínica de Colombia	gpc.minsalud.gov.co

Fuente: datos propios.

consulta externa y prioritaria del Hospital Mental ESE Cari Neurociencias de Barranquilla.

Por ello se plantea el objetivo de implementar una GPC para la detección oportuna y el diagnóstico de los TCA en adolescentes y adultos en los servicios de consulta prioritaria y consulta externa del Hospital Mental ESE Cari Neurociencias de la ciudad de Barranquilla.

Métodos

Esta investigación desarrollará el plan de implementación de una GPC de manejo de TCA en el Hospital ESE CARI Neurociencias de Barranquilla, según la metodología de manual de implementación de GPC basadas en evidencia del Ministerio de Salud. El instrumento de recolección de datos utilizado en esta investigación es un cuestionario con preguntas abiertas y cerradas. Se consignó información acerca de la preparación académica, el tiempo laborado en el ESE Cari Neurociencias y la experiencia profesional específica, así como del manejo que tienen en su vida profesional y las preferencias de las GPC en TCA. Esta investigación se clasifica como sin riesgo y acorde con la declaración de Helsinki, dado que se emplean técnicas y métodos de investigación documental retrospectivos y que no implican intervención o modificación intencionada alguna, basados en la realización de entrevistas y actividades de empoderamiento de los sujetos entrevistados. El estudio fue aprobado por el Comité de Ética de la Universidad del Norte y del Hospital Mental ESE Cari de Barranquilla. En Colombia no existe una GPC en TCA desarrollada por el Ministerio de Salud y Protección Social. Por lo tanto, el primer paso en la implementación de la guía es precisamente elegirla. Para la identificación de GPC basadas en evidencia que implementar, se hicieron búsquedas sistemáticas en bases de datos internacionales de organismos desarrolladores o compiladores de GPC y en bases de datos que recogieran literatura científica

sobre temas relacionados con TCA (tabla 2). Para la búsqueda de guías locales, se solicitó a psiquiatras de la ciudad de Barranquilla (que tuvieran relación laboral con el Hospital ESE Cari Neurociencias y la academia) que informaran sobre la existencia de GPC basadas en la evidencia, según su uso y conocimiento.

Se utilizó la siguiente estructura de búsqueda en inglés: (“Guidelines as Topic”[Mesh]) OR (“Practice Guidelines as Topic”[Mesh]) OR (“Guideline”[Publication Type]) OR (“Practice Guideline”[Publication Type]) OR (guideline [Title/Abstract]) AND (adapt*[tw] OR tailor*[tw]). Se adaptaron los términos de uso más frecuente a la búsqueda en español. La búsqueda se filtró para incluir únicamente guías de práctica clínica.

Los criterios de inclusión de las GPC fueron:

- Guías basadas en la evidencia.
- Guías desarrolladas mediante un proceso por un grupo experto.
- Guías que establezcan recomendaciones.
- Guías cuyos alcance y objetivo se relacionen con anorexia nerviosa, bulimia nerviosa y trastorno por atracones.

Se eligió la GPC por implementar mediante consenso de un equipo interdisciplinario de investigadores, con base en las respuestas consignadas en la encuesta (anexo 1): una médica psiquiatra, MSc en Epidemiología Clínica, docente en pregrado y posgrado del Departamento de Psiquiatría y Salud Mental de la Universidad Javeriana de Bogotá donde ejerce labores y participa en actividades de investigación, miembro activo de la *International Academy for Eating Disorders*, la *Eating Disorders Research Society*, la Asociación Colombiana de Psiquiatría y la Asociación Colombiana de Terapia del Comportamiento, y un equipo multidisciplinario que labora en la ESE Cari mental (médicos psiquiatras y epidemiólogos, enfermeros, psicólogos clínicos).

Resultados

Finalmente, las 2 guías halladas para la selección final por consenso fueron la «Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists clinical practice guidelines for the treatment of eating disorders» y la «Guía de práctica clínica sobre trastornos de la conducta alimentaria».

Las características clínicas más relevantes de estas GPC son:

- a) «Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists clinical practice guidelines for the treatment of eating disorders», de The Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists. Su última edición es de 2014; utiliza el manual diagnóstico basado en el DSM-5 y también la CIE-10; se desarrolló de acuerdo con las mejores prácticas clínicas de la National Health and Medical Research Council of Australia; la evidencia científica para los tratamientos de la AN, la BN, el trastorno por atracón (BED), otros trastornos de la alimentación especificados y no especificados y el trastorno de la ingesta de alimentos restrictiva por evitación (ARFID) se obtiene de las revisiones anteriores de la GPC anterior a esta (2009) y se actualiza con una revisión sistemática (2008-2013); un grupo de trabajo multidisciplinario redactó la GPC, que se sometió a expertos, la comunidad y grupos de interés de consulta, proceso durante el cual se obtuvo evidencia adicional; la guía trata los TCA más comunes, pero no trata el pico-teo, el trastorno alimentario o de la ingestión de alimentos no especificado (UFED, según sus siglas en inglés), el trastorno de evitación/restricción de la ingesta de alimentos (OSFED, según sus siglas en inglés) y trastorno de rumiación.
- b) «Guía de práctica clínica sobre trastornos de la conducta alimentaria». Está redactada en español; ha sido financiada mediante el convenio suscrito por el Instituto de Salud Carlos III, organismo autónomo del Ministerio de Sanidad y Consumo español, y la Agència d'Avaluació de Tecnologia i Recerca Mèdiques de Cataluña, en el marco de colaboración previsto en el Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud; su diagnóstico está basado en el DSM-4 y la CIE-10; la presente edición se publicó en enero 2009, por lo cual, como indica la misma GPC: «han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta GPC y está pendiente su actualización. Las recomendaciones que contiene han de ser consideradas con precaución teniendo en cuenta que está pendiente evaluar su vigencia»; esta GPC recomienda el uso de cuestionarios adaptados y validados en población española para la identificación de casos (cribado) de TCA.

Realizado el anterior punto metodológico, la GPC elegida por consenso fue la «Guía de práctica clínica sobre trastornos de la conducta alimentaria» de Cataluña, debido a que más del 85% de los encuestados consideraron poco conveniente la adopción de una GPC orientada al diagnóstico y el tratamiento de pacientes con TCA en idioma inglés (anexo 1, pregunta 5).

Identificación de barreras

El proceso de identificación de las barreras para el acceso a la guía se realizó después de implementarse institucionalmente la GPC. Se utilizó la técnica Delphi, y en una primera fase se envió el cuestionario con preguntas previamente probadas y validadas para que los participantes clasificaran su grado de acuerdo con cada afirmación del cuestionario.

Luego el grupo de expertos identificó las siguientes barreras para la implementación de la GPC sobre TCA de Cataluña:

- Dificultades de acceso a la ESE Cari Mental. El Cari ESE Mental es el único hospital público del departamento. Está localizado en Barranquilla, por lo que a la población usuaria podría resultarle difícil desplazarse para recibir atención especializada.
- Poca comprensión de textos clínicos redactados en inglés, lo cual finalmente decidió la elección de la guía catalana.
- Poca manejo de las GPC en la comunidad científica. Según el Ministerio de Salud de Colombia, las principales barreras para que los médicos utilicen y se adhieran a las guías son la falta de conocimiento sobre la existencia de guías, la falta de familiaridad, el acuerdo con ellas, la desconfianza con las guías, la falta de expectativas sobre desenlaces, la inercia de la práctica tradicional y otras barreras externas¹⁶. Lo anterior se evidencia en la encuesta, pues se observa que más del 80% de los empleados encuestados manifestaron que no conocían GPC sobre TCA.
- Poca disponibilidad de profesionales especializados en trastornos de la conducta alimentaria. En el departamento del Atlántico y, más aún, en Barranquilla, no hay suficientes profesionales que tengan el entrenamiento apropiado en el diagnóstico, la psicoterapia y la psicofarmacoterapia propuestos en la GPC sobre TCA, y quienes están disponibles no se distribuyen equitativamente entre la población usuaria. Incluso, en esta investigación la experta colaboradora proviene de la ciudad de Bogotá. Esta falta de preparación de médicos psiquiatras, residentes en Psiquiatría, enfermeros y otros se constituiría en una barrera para seguir las recomendaciones de esta GPC.
- Estigma social y discriminación hacia las personas que padecen TCA y desconocimiento de sus derechos en salud mental¹⁷. Como consecuencia, el paciente y su entorno pueden demorar o postergar indefinidamente la atención clínica especializada, lo cual agrava la situación.

Conclusiones

La demanda de servicios de salud siempre parece ser superior a la cantidad de recursos disponibles para satisfacerla. Lo anterior es afirmativo en todos los países del mundo, incluso los clasificados como de altos ingresos. Para que el SGSSS colombiano sea viable, es indispensable asegurar el recaudo y la administración apropiada de los recursos financieros que soporten la inversión y el funcionamiento de las estructuras y los procesos de atención sanitaria. Pero aunque la premisa

anterior es necesaria, no es suficiente; alcanzar algún punto de equilibrio del sistema implica no solo que el aporte y el flujo de recursos sea suficiente, oportuno y adecuado, sino que además el gasto y la inversión sean razonables, eficientes y proporcionados a los recursos disponibles^{13,18}.

Sin embargo, en todos los países, los recursos disponibles nunca son suficientes para atender todas las demandas y expectativas de salud de toda la población, usando todas las alternativas de manejo viables y eventualmente disponibles. Las GPC se constituyen así en instrumentos muy útiles de aseguramiento de la calidad asistencial y la autorregulación profesional del personal sanitario. En la medida que reducen la variabilidad indeseada en el tratamiento de condiciones clínicas específicas y promueven la utilización de estrategias asistenciales e intervenciones con evidencia científica sobre su efectividad y seguridad, no solamente mejoran la calidad de la atención y eventualmente los desenlaces en salud, sino que deben contribuir significativamente a la reducción del gasto en salud y a la mejora significativa de la eficiencia productiva del sistema^{13,18}.

Las GPC también son importantes para reducir la heterogeneidad en la práctica clínica y como apoyo para quienes toman las decisiones, las aseguradoras y los prestadores. Las GPC se convierten en apoyo cuando se integran las preferencias y los valores de los pacientes con el criterio profesional y los recursos disponibles, con el fin de obtener el mejor resultado integral para el paciente¹⁹.

Por ello, la adopción de GPC en el contexto clínico-administrativo de la ESE Cari mental (incluidos los demás entes territoriales) es una decisión que redundará en la racionalización de los recursos humanos y administrativos, que no siempre serán suficientes^{13,18}.

Conflicto de intereses

Ninguno.

Agradecimientos

Los autores agradecen el apoyo científico recibido a la Facultad de Medicina de la Universidad del Norte y su programa de psiquiatría. También desean agradecer al personal administrativo y clínico del Hospital ESE Cari neurociencias de la ciudad de Barranquilla.

A Edgar Navarro Lechuga, magíster en Epidemiología, coordinador de la maestría de Epidemiología de la Universidad del Norte, Barranquilla, Colombia, y a Maritza Rodríguez Guarín, magíster en Epidemiología, docente del programa de Psiquiatría de la Pontificia Universidad Javeriana de Bogotá.

BIBLIOGRAFÍA

1. National Collaborating Centre for Mental Health (UK). Challenging behaviour and learning disabilities: prevention and interventions for people with learning disabilities whose behaviour challenges. London: National Institute for Health

- and Care Excellence; 2015. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26180881>
2. Berkman ND, Bulik CM, Brownley KA, Lohr Kathleen N, Sedway Jan A, Rooks A, et al. Management of eating disorders. *Evid Rep Technol Assess.* 2006; 1-166.
3. Ward A, Ramsay R, Russell G, Treasure J. Follow-up mortality study of compulsorily treated patients with anorexia nervosa. *Int J Eat Disord.* 2015;48:860-5.
4. Sallet PC, de Alvarenga PG, Ferrão Y, de Mathis MA, Torres AR, Marques A, et al. Eating disorders in patients with obsessive-compulsive disorder: prevalence and clinical correlates. *Int J Eat Disord.* 2010;43: 315-25.
5. Rueda-Jaimes GE, Cadena Afanador LP, Díaz-Martínez LA, Ortiz Barajas DP, Pinzón Plata C, Rodríguez Martínez J. Validación de la encuesta de comportamiento alimentario en adolescentes escolarizadas de Bucaramanga. *Rev Colomb Psiquiatr.* 2005;34:375-85.
6. Campo-Arias A. Riesgo de trastorno del comportamiento alimentario (TCA) en estudiantes de Medicina en Colombia. *Rev Colomb Psiquiatr.* 2012;41.
7. Arroyave P. Trastornos de la conducta alimentaria: de bulimia, anorexia, atracones y otros problemas. *El Espectador*, 27 Sep 2014. Disponible en: <http://www.elespectador.com/vivir/ellas/trastornos-de-conducta-alimentaria-de-bulimia-anorexia-articulo-519260>
8. Ángel LA, Martínez LM, Gómez MT. Prevalencia de trastornos del comportamiento alimentario (T.C.A) en estudiantes de bachillerato. *Rev Fac Med.* 2008;22:193-210.
9. Fandiño A. Factores asociados con los trastornos de la conducta alimentaria en estudiantes universitarios en Cali. Colombia. *Colomb Med.* 2007;38.
10. Piñeros Ortiz S, Molano Caro JL. Factores de riesgo de los trastornos de la conducta alimentaria en jóvenes escolarizados en Cundinamarca (Colombia). *Rev Colomb Psiquiatr.* 2010;39:313-28.
11. Ángel LA, Martínez LM, Teresa GM. Eating disorders prevalence in high school students. *Rev Fac Med.* 2008;56:193-210.
12. Díaz NS, Osorio AD. Plan de implementación de dos Guías de Práctica Clínica (GPC) contenidas en las Guías de Atención Integral (GAI) en el Sistema General de Seguridad Social en Salud de Colombia: A Detección temprana del episodio depresivo y trastorno depresivo recurrente. *Rev Colomb Psiquiatr.* 2012;41:826-41.
13. Preguntas frecuentes sobre las guías de práctica clínica-GPC. Bogotá: Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia; 2013. Disponible en: <http://gpc.minsalud.gov.co/preguntas-frecuentes/Pages/default.aspx>.
14. Sánchez Díaz N, Duarte Osorio A, Restrepo G, Bohorquez Penaranda AP. Implementación de la guía de práctica clínica para el manejo de adultos con esquizofrenia en Colombia. *Rev Colomb Psiquiatr.* 2015;45:60-6.
15. Duarte Osorio A, Torres Amaya AM, Vélez CM. Manual de implementación de guías de práctica clínica basadas en evidencia en instituciones prestadoras de servicios de salud en Colombia. 1.ª ed. Bogotá: Ministerio de Salud y Protección Social; 2014. Disponible en: <http://gpc.minsalud.gov.co/herramientas/Pages/default.aspx>
16. Ministerio de Sanidad y Consumo de España, Agència de Qualitat i Avaluació Sanitàries de Catalunya. *Guía de práctica clínica sobre trastornos de la conducta alimentaria.* 1.ª ed. Barcelona: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2009. Disponible en: http://www.guiasalud.es/egpc/conducta_alimentaria/completa/
17. Congreso de Colombia. Ley 1616 de 2013.
18. Navarro Jimenez E, Laborde-Cardenas C, Gomez-Mendez P, Fontalvo Morales R. Implementación de la Guía de Práctica Clínica (GPC) para la detección temprana, diagnóstico y

- atención integral del episodio depresivo y trastorno depresivo recurrente en adultos en el Hospital Universitario Cari ESE Neurociencias de Barranquilla. *Salud Uninorte*. 2016;32. Disponible en: <http://rcientificas.uninorte.edu.co/index.php/salud/article/view/8416>
19. Medina Y. Importancia de desarrollar guías de práctica clínica en reumatología. *Rev Colomb Reumatol*. 2012;19:69-70.
 20. Preti A, Girolamo G, Vilagut G, Alonso J, Graaf Rd, Bruffaerts R, et al. The epidemiology of eating disorders in six European countries: results of the ESEMeD-WMH project. *J Psychiatr Res*. 2009;43:1125-32.
 21. Sim LA, McAlpine DE, Grothe KB, Himes SM, Cockerill RG, Clark MM. Identification and treatment of eating disorders in the primary care setting. *Mayo Clin Proc*. 2010;85:746-51.
 22. Herpertz-Dahlmann B, van Elburg A, Castro-Fornieles J, Schmidt U. ESCAP Expert Paper: New developments in the diagnosis and treatment of adolescent anorexia nervosa—a European perspective. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. 2015;24:1153-67.
 23. Tadić A, Wagner S, Hoch J, Başkaya O, von Cube R, Skaletz C, et al. Gender differences in axis I and axis II comorbidity in patients with borderline personality disorder. *Psychopathology*. 2009;42:257-63.
 24. Feldman MB, Meyer IH. Comorbidity and age of onset of eating disorders in gay men, lesbians, and bisexuals. *Psychiatry Res*. 2010;180:126-31.
 25. Mustelin L, Raevuori A, Bulik CM, Rissanen A, Hoek HW, Kaprio J, et al. Long-term outcome in anorexia nervosa in the community. *Int J Eat Disord*. 2015;48:851-9.
 26. Machado BC, Gonçalves SF, Martins C, Brandão I, Roma-Torres A, Hoek HW, et al. Anorexia nervosa versus bulimia nervosa: differences based on retrospective correlates in a case-control study. *Eat Weight Disord*. 2016;21:185-97.