



UNIVERSIDAD RICARDO PALMA

FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

ESCUELA DE RESIDENTADO MÉDICO Y ESPECIALIZACIÓN

Trastorno de la conducta alimentaria asociado a trastorno bipolar en un Hospital
de salud mental nivel III – 1 en Lima: 2020 - 2022

PROYECTO DE INVESTIGACIÓN

Para optar el Título de Especialista en Psiquiatría

AUTORA

Gomez Sanchez Araujo, Maria del Pilar

(ORCID: 0000-0002-7465-5814)

ASESORA

Valdivia Francia, María Francesca

(ORCID: 0000-0002-4850-9581)

Lima, Perú

2024

Metadatos Complementarios

Datos de autora

Gomez Sanchez Araujo, Maria del Pilar

Tipo de documento de identidad de la AUTORA: DNI

Número de documento de identidad de la AUTORA: 72173652

Datos de asesora

Valdivia Francia, María Francesca

Tipo de documento de identidad de la ASESORA: DNI

Número de documento de identidad de la ASESORA: 45129517

Datos del Comité de la Especialidad

PRESIDENTE: Chieng Duran, José David

DNI: 06980185

Orcid: 0000-0002-0745-2523

SECRETARIO: Sulca Quispe, Rafael Emiliano

DNI: 09037610

Orcid: 0000-0002-9261-4928

VOCAL: León Castro, Héctor Moisés

DNI: 06038756

Orcid: 0000-0002-5222-2380

Datos de la investigación

Campo del conocimiento OCDE: 3.02.24

Código del Programa: 912909

ANEXO N°1

DECLARACIÓN JURADA DE ORIGINALIDAD

Yo, **MARIA DEL PILAR GOMEZ SANCHEZ ARAUJO**, con código de estudiante N° 202113044, con DNI N° 72173652, con domicilio en Jr. Raimundo Carcamo 1049 int. B Urb. Santa Catalina, distrito La Victoria, provincia y departamento de Lima, en mi condición de Médica Cirujana de la Escuela de Residentado Médico y Especialización, declaro bajo juramento que:

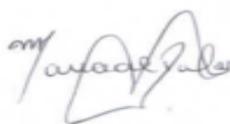
El presente Proyecto de Investigación titulado: **“TRASTORNO DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA ASOCIADO A TRASTORNO BIPOLAR EN UN HOSPITAL DE SALUD MENTAL NIVEL III – 1 EN LIMA: 2020 - 2022”** es de mi única autoría, bajo el asesoramiento de la docente Valdivia Francia, María Francesca, y no existe plagio y/o copia de ninguna naturaleza, en especial de otro documento de investigación presentado por cualquier persona natural o jurídica ante cualquier institución académica o de investigación, universidad, etc; el cual ha sido sometido al antiplagio Turnitin y tiene el 19% de similitud final.

Dejo constancia que las citas de otros autores han sido debidamente identificadas en el proyecto de investigación, el contenido de estas corresponde a las opiniones de ellos, y por las cuales no asumo responsabilidad, ya sean de fuentes encontradas en medios escritos, digitales o de internet.

Asimismo, ratifico plenamente que el contenido íntegro del proyecto de investigación es de mi conocimiento y autoría. Por tal motivo, asumo toda la responsabilidad de cualquier error u omisión en el proyecto de investigación y soy consciente de las connotaciones éticas y legales involucradas.

En caso de falsa declaración, me someto a lo dispuesto en las normas de la Universidad Ricardo Palma y a los dispositivos legales nacionales vigentes.

Surco, 01 de marzo de 2024



Firma

Maria del Pilar Gomez Sanchez Araujo

N° DNI 72173652

Trastorno de la conducta alimentaria asociado a trastorno bipolar en un Hospital de salud mental nivel III – 1 en Lima: 2020 - 2022

INFORME DE ORIGINALIDAD



FUENTES PRIMARIAS

1	scielo.sld.cu Fuente de Internet	3%
2	tesis.ucsm.edu.pe Fuente de Internet	2%
3	Submitted to Universidad de San Martín de Porres Trabajo del estudiante	2%
4	qdoc.tips Fuente de Internet	1%
5	silو.tips Fuente de Internet	1%
6	aprenderly.com Fuente de Internet	1%
7	reciamuc.com Fuente de Internet	1%
8	revistamedicasinergia.com Fuente de Internet	1%

9	Submitted to Universidad Ricardo Palma Trabajo del estudiante	1%
10	repositorio.urp.edu.pe Fuente de Internet	1%
11	repositorio.utn.edu.ec Fuente de Internet	1%
12	ri.ues.edu.sv Fuente de Internet	1%
13	idoc.pub Fuente de Internet	1%
14	hdl.handle.net Fuente de Internet	1%
15	Submitted to Universidad TecMilenio Trabajo del estudiante	1%
16	www.akapsico.com Fuente de Internet	1%
17	Submitted to Universidad Técnica de Machala Trabajo del estudiante	1%
18	Submitted to Universidad Manuela Beltrán Trabajo del estudiante	1%
19	M. Arrieta, P. Molero Santos. "Trastorno bipolar", Medicine - Programa de Formación Médica Continuada Acreditado, 2019 Publicación	1%

Excluir citas

Apagado

Excluir coincidencias < 1%

Excluir bibliografía

Activo

ÍNDICE

CAPÍTULO I	1
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	1
1.1 Descripción de la realidad problemática.....	1
1.2 Formulación del problema.....	2
1.3 Línea de investigación.....	2
1.4 Objetivos: General y específicos.....	3
1.4.1 General.....	3
1.4.2 Específicos	3
1.5 Justificación.....	3
1.6 Delimitación.....	4
1.7 Viabilidad.....	4
CAPÍTULO II:	5
MARCO TEÓRICO.....	5
2.1 Antecedentes de investigación.....	5
2.2 Bases teóricas.....	9
2.3 Definiciones conceptuales	15
CAPÍTULO III:	16
METODOLOGÍA.....	16
3.1 Tipo de estudio.....	16
3.2 Población y muestra.....	16
3.2.1 Población	16
3.2.2 Muestra.....	16

3.2.4 Selección de la muestra.....	17
3.3 Operacionalización de variable	17
3.3.1 Variables.....	17
3.4 Técnicas e instrumentos de recolección de datos.....	18
3.5 Procesamiento y plan de análisis de datos	18
3.6 Aspectos éticos	18
CAPÍTULO IV:	18
RECURSOS Y CRONOGRAMA	18
4.2 Recursos.....	19
4.3 Cronograma	19
4.3 Presupuesto	19
5.- REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	20
ANEXOS	23
1. MATRIZ DE CONSISTENCIA	23
2. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES	25
3. INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS	29

CAPÍTULO I

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1 Descripción de la realidad problemática

Los trastornos de la conducta alimentaria (TCA) (siendo los más representativos la anorexia y bulimia nerviosa) son un grave problema de salud pública, debido a que está afectando los últimos años a mayor población, siendo estos cada vez más en edades tempranas, y sólo una intervención inmediata y adecuada es la pieza fundamental para lograr una completa recuperación.

Al investigar la literatura actual sobre la epidemiología y la evolución de los trastornos de la alimentación de acuerdo con la quinta edición del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-5), se evidencia que la prevalencia a lo largo de la vida de la anorexia nerviosa (AN) entre las mujeres podría ser de hasta el 4%, y de la bulimia nerviosa (BN) el 2%. ⁽¹⁾ Se estima que la AN se presenta en alrededor del 0.5% - 1% de los adolescentes. La BN es más prevalente que la AN, oscilando entre el 1-4% en las mujeres jóvenes, siendo más habitual en países desarrollados. ⁽²⁾

Los trastornos bipolares son un conjunto heterogéneo de enfermedades caracterizados por alteraciones del estado de ánimo. ⁽³⁾ En los últimos años, estudios de la organización mundial de la salud (OMS) mencionan que tiene una alta tasa de morbilidad, ocupando el sexto lugar entre todos los trastornos médicos, alrededor de 60 millones de personas en el mundo padecen de este trastorno afectivo, y se estima que tiene una prevalencia de 2 a 3%, constituyendo uno de los trastornos mentales más frecuentes, severos y persistentes. El fuerte impacto que tiene sobre el área ocupacional y social de la persona ha llevado a calificarla como una de los trastornos con mayor discapacidad. ⁽⁴⁾

A pesar de presentarse en personas muy jóvenes, el tratamiento suele iniciar en la adultez, teniendo en cuenta que existe un periodo entre la aparición de los primeros síntomas y la confirmación del diagnóstico. Es preciso señalar que

en un gran porcentaje de los pacientes este periodo de tiempo, hasta la confirmación del diagnóstico se atrasa de 10 años o más provocando un alto grado de discapacidad. ⁽⁴⁾

Los TCA, tienen una alta comorbilidad con el trastorno bipolar. Se estima que un 6% de las personas con trastorno bipolar presentan, además, un TCA. Se ha observado que, en un 55,7% de los pacientes, el trastorno bipolar suele aparecer primero; en un 34,3% de los casos suele suceder a la inversa. El 10% restante corresponde a personas en las que las patologías se inician de manera simultánea. ⁽⁵⁾ Esta comorbilidad implica que los afectados presenten más episodios anímicos, entre ellos los episodios maniacos y depresivos. Generalmente esta correlación se da con mayor frecuencia en los pacientes con trastorno bipolar asociado a BN. ⁽⁴⁾

Además, existe una correlación entre las psicopatologías de la conducta alimentaria y el trastorno bipolar y la gravedad de su sintomatología. Los estudios refieren que en más del 50% de los casos los síntomas del trastorno bipolar (TB) aparecen antes de los síntomas del TCA, un 34,3% inician primero con sintomatología del TCA, y en un 10% inician de manera conjunta y en este último grupo de pacientes el riesgo suicida se ve aumentado. ⁽⁴⁾

Por lo tanto, ya que los estudios revelan que existe una importante relación entre los TCA y el TB, la cual se relaciona con una gravedad superior de este último, ya que los efectos secundarios del tratamiento pueden generar un aumento del apetito que conlleva a un aumento de peso y complica el tratamiento de ambos trastornos asociados.

Formulación del problema

¿Cuál es la asociación de trastorno de la conducta alimentaria con el trastorno bipolar en los pacientes atendidos en consulta externa del HHV.

1.2 Línea de investigación

Prioridades de Investigación del Instituto Nacional de Salud proyectadas para el año 2019-2023, esta investigación se encuentra incluida en el problema 10

de los 14 problemas sanitarios de nuestro País: salud mental. Se vincula a las prioridades de investigación de la Universidad Ricardo Palma: Salud Mental.

1.3 Objetivos: General y específicos

1.3.1 General

- Determinar la asociación del TCA con el TB^[U1] en los pacientes atendidos en consulta externa del HHV.

1.3.2 Específicos

- OE1: Determinar la frecuencia del TCA asociado a TB en los pacientes atendidos en consulta externa del HHV.
- OE2: Identificar el tipo de TCA más frecuentemente asociado al TB en los pacientes atendidos en consulta externa del HHV.
- OE3: Identificar el tipo de TB más frecuente asociado a TCA en los pacientes atendidos en consulta externa del HHV.
- OE4: Determinar las características sociodemográficas de ambas comorbilidades en los pacientes atendidos en consulta externa del HHV.
- OE5: Identificar otras comorbilidades psiquiátricas existentes en los pacientes atendidos en consulta externa del HHV.

1.4 Justificación

Tanto el TCA como el TB son trastornos de salud de mental que en los últimos años resaltan con una alta prevalencia en adultos jóvenes a nivel mundial, repercutiendo en su funcionamiento social, laboral y económico. ⁽⁵⁾

Conocer la frecuencia de la comorbilidad entre estos dos trastornos podría ayudar a proporcionar información a los profesionales de la salud para una mejor evaluación y por ende decisiones para la intervención. Además de poder entender mejor los factores de riesgo y psicopatología de ambos en un mismo individuo.

Es importante conocer estos trastornos de salud mental, ya que, por su aumento en frecuencia y severidad en los últimos años, se hace necesaria la evaluación más detallada de la sintomatología de conducta alimentaria en los pacientes con TB. Además, la literatura menciona que la coexistencia de ambos trastornos mentales, cronifica la sintomatología, aumentado el tiempo de tratamiento hasta una evolución favorable y aumenta el riesgo de suicidio, llevando a un mal pronóstico. ⁽⁵⁾

Este estudio ayudará a brindar un mejor tratamiento a los pacientes, ya que, al conocer mejor su sintomatología, la intervención psicológica y farmacológica podrá ser más efectiva, además de poder hallar la existencia de alguna otra comorbilidad que pueda dificultar su evolución.

1.5 Delimitación

- ✓ Delimitación espacial: el presente estudio se limita al Hospital Hermilio Valdizán (HHV).
- ✓ Delimitación temporal: Se recolectará la información en el periodo 2020 - 2022.
- ✓ Delimitación circunstancial: Se realizará la recolección de datos de las historias clínicas con diagnóstico de TB.

1.6 Viabilidad

- Se cuenta con el apoyo de la oficina de apoyo al diagnóstico e investigación (OADI) del HHV.

- Se realizarán las gestiones correspondientes con los encargados para acceder a las historias clínicas, las cuales se encuentran disponibles en forma física y virtual.
- Se utilizará una ficha de recolección de datos que serán tomados de las historias clínicas en del periodo del 2020-2022.

CAPÍTULO II:

MARCO TEÓRICO

2.1 Antecedentes de investigación

2.1.1 Antecedentes Internacionales

S Thiebaut [U2]y colaboradores; Francia, 2019. Se realizó un estudio de revisión sistemática que reporta las tasas de prevalencia de trastorno bipolar en pacientes con trastorno de la conducta alimentaria. Según la revisión de la literatura, se determina una comorbilidad frecuente entre estos trastornos y han informado que del 0,6 al 33,3% de los pacientes con trastorno bipolar tienen un trastorno alimentario; por el contrario, de los sujetos con un desorden alimentario hasta el 35,8% pueden presentar un trastorno bipolar. Según mencionan se ha observado principalmente entre pacientes con anorexia del tipo bulímico/purgativo, con bulimia o con trastornos por atracón. La asociación es menos frecuente en casos de anorexia del tipo restrictivo. Además, informan que la de edad de inicio del trastorno bipolar es más temprana cuando tiene un trastorno de alimentación comórbido como antecedente. Por lo tanto, debido a la frecuente comorbilidad encontrada, es importante y necesario una detección temprana de ambos trastornos. ⁽⁶⁾

Susan L. McElroy y colaboradores, Estados Unidos (EEUU); 2013. Realizaron un estudio que consistió en una evaluación fenotípica y clínica transversal obtenida de una muestra de pacientes con trastorno bipolar de la unidad de hospitalización de una red de clínicas integradas, en la cual se reportó que los

trastornos de conducta alimentaria en este grupo de pacientes fueron altos, donde un 14.3% de pacientes cumplían criterios para al menos un tipo de trastorno de alimentación. El trastorno alimentario más común fue el atracón (8,8%), seguido de bulimia nerviosa (4,8%) y luego anorexia nerviosa (3,1%). El 3,8% tenían dos o más trastornos alimentarios. Entre el tipo Bipolar I y II los pacientes no mostraron diferencias significativas con respecto a la obesidad y el trastorno por atracón. ⁽⁷⁾

Danielle R. Balzafore y colaboradores, EEUU, 2017. Realizaron en un estudio en la Universidad de Stanford durante el periodo 2000 - 2011 en pacientes ambulatorios que fueron monitoreados con el formulario de seguimiento clínico Systematic Treatment Enhancement Program for Bipolar Disease (STEP-BD), con la finalidad de compararlos con respecto a la prevalencia, características demográficas y síntomas del estado de ánimo desfavorables de la comorbilidad. Encontraron que entre los pacientes con TB, la edad media es $35,6 \pm 13,1$ años e informaron respecto a los antecedentes de trastorno de conducta alimentaria que 6,6 % presentaron bulimia nerviosa, 3,4% anorexia nerviosa y 2,0% bulimia nerviosa y anorexia nerviosa. Además de los 503 participantes en este estudio se encontró que 76 (15,1%) tuvieron algún trastorno de conducta alimentaria de por vida, que se asociaron con tasas de ansiedad comórbida, uso de alcohol y sustancias a lo largo de la vida, intentos suicidas, con el género femenino, una edad de inicio más temprana y una mayor gravedad global actual del trastorno bipolar.⁽⁸⁾

S Thiebaut, I Jaussentb y colaboradores, Francia, 2018. Se realizó un estudio que incluyó como participantes a 261 paciente ambulatorios con el diagnóstico de TCA en la unidad de trastornos de la salud en Montpellier entre febrero de 2012 y octubre de 2014, de los cuales, luego de una evaluación completa, 30 de ellos fueron diagnosticados de trastorno bipolar comórbido, representando el 11,5%. Según el tipo de TCA se encontró esta comorbilidad en el 6,5% de los pacientes con AN y el 16,4% con BN y 20% en otros tipos de desorden alimentario. Referente a la asociación con otras comorbilidades psiquiátricas informaron una alta tasa de comorbilidad con trastornos de ansiedad y trastorno por uso de alcohol, mayor uso de tabaco en frecuencia y mayor historia de intentos de suicidio a lo largo de la vida. Además, una mayor dificultad en el

funcionamiento cognitivo y de relaciones interpersonales en los pacientes con ambas comorbilidades.⁽⁹⁾

Luis Risco y Cristian Aros, Chile, 2019. Realizaron una revisión de la base de datos electrónicos de PubMed incluyendo 48 estudios de varios tipos de estudio: reporte de casos, estudios observacionales, revisiones sistemáticas, revisiones, ensayos controlados aleatorizados y metaanálisis; en la que obtienen como resultado una fuerte asociación entre el trastorno bipolar y trastorno de conducta alimentaria, concluyeron que en los pacientes con esta presentación clínica se evidencia peor pronóstico, mayor severidad clínica, y patrones clínicos comunes como la impulsividad y desregulación emocional. Además se menciona que estos hallazgos son relevantes al resaltar que los desórdenes alimentarios pueden ser consecuencia del tratamiento farmacológico del trastorno bipolar.⁽¹⁰⁾

Eva M. Álvarez Ruiz y colaboradores, España, 2015. Realizaron una revisión sistemática de la literatura, mediante MEDLINE incluyendo todos los artículos referentes al trastorno de la conducta alimentaria trastorno bipolar como comorbilidad hasta setiembre del 2013. Determinan que la presencia de comorbilidad de ambos trastornos es alta. Entre los estudios revisados detallaron el orden de presentación, en un estudio se evidencia que el trastorno de conducta alimentaria suele darse posterior al trastorno bipolar en el 55,7% de los casos, el trastorno conducta alimentaria se presenta previo al TB en un 34,3%, y la aparición al mismo tiempo ocurre en un 10% de los casos. El trastorno de atracón es el TCA más frecuente asociado a la población bipolar, en segundo lugar, se encuentra la bulimia nerviosa y por último la anorexia nerviosa.⁽¹¹⁾ Además, en uno de los estudios se menciona que el riesgo de presentar un TCA fue significativamente mayor en los sujetos con hipomanía o trastorno depresivo mayor, pero no en las personas con manía. Así mismo, estas comorbilidades conllevan a mayor gravedad del trastorno bipolar, un inicio más temprano de enfermedad, aumento de probabilidad de suicidio y mayor número de comorbilidades, sobre todo trastornos de ansiedad y consumo de sustancias.

Rodolfo Nunes Campos y colaboradores, Brasil, 2013. Realizaron un estudio con una población de 69 pacientes mujeres diagnosticadas con anorexia

nerviosa, bulimia nerviosa u otro trastorno de la conducta alimentario no especificado, en la cual se realizó una evaluación siguiendo una la entrevista clínica estructurada con el fin de hallar los criterios diagnósticos del espectro bipolar. Sus resultados mostraron que el 68,1% de los pacientes tenían comorbilidad con trastorno bipolar, y esto se asoció con mayor comorbilidad de consumo de sustancias (40,4%) comparado con el grupo de pacientes con TCA sin criterios de trastorno bipolar (13,6%).⁽¹²⁾

Leslie Radon y colaboradores, Francia, 2021. Realizaron una investigación que fue parte de un estudio multicéntrico llamado EVAHN (Evaluation of Hospitalization for AN), en el cual se encuestó a 177 pacientes con AN para evaluar su estado nutricional, sintomatología dietética, comorbilidades psiquiátricas, tratamientos recibidos y respuesta asociada al diagnóstico de TB, basándose en los criterios del DSM-5. Los resultados mostraron que entre los pacientes con AN, el 11.3% presentaron comorbilidad con el trastorno bipolar, y de este grupo se observaron perfiles clínicos más severos en cuanto a duración de la enfermedad del TCA, estado nutricional, niveles de síntomas de ansiedad y depresión.⁽¹³⁾

M. Valentina y colaboradores, Francia, 2016. Realizaron un estudio observacional de 118 historias clínicas de pacientes dados de alta con el diagnóstico de AN en el departamento de psiquiatría del instituto Mutualiste-Montsouris (París) durante un periodo de tres años, con el fin de determinar la comorbilidad de esta patología con el TB, basándose en los criterios del DSM-IV para ambas enfermedades. Los resultados muestran que el 6.3% presentaron el trastorno bipolar tipo II, y el 11,5% trastorno bipolar subsindrómico tipo V, es decir, un episodio depresivo o melancólico, obteniendo un total de 17,7% de pacientes con el trastorno perteneciente al espectro bipolar. En cuanto a los antecedentes familiares de trastorno bipolar, trastornos depresivos o trastornos de personalidad, aumentarían el riesgo de presentar dicha psicopatología en sus hijos. Por ello mencionan la posibilidad de que una aparición temprana de AN podría alertar al especialista sobre un inicio enmascarado del trastorno bipolar; teniendo en cuenta que se reporta un retraso promedio de 10 años entre el inicio del trastorno bipolar y el inicio del tratamiento adecuado. Otro hallazgo importante en este estudio fue un mayor número de

intentos suicidas en los pacientes con dicha comorbilidad, en comparación con los pacientes con AN sin antecedentes de TB. ⁽¹⁴⁾

Mei-Chih Meg Tseng y colaboradores, 2015, China. Realizaron un estudio de tipo caso y control, en el cual los casos eran pacientes con TCA entre 18 y 45 años evaluadas en una clínica ambulatoria general del departamento de psiquiatría en un hospital universitario, y los controles, personas sin TCA de edad, sexo y nivel educativo comparable. Realizaron un cuestionario de detección llamado SCOFF, (del acrónimo en inglés, sick, control, one, fat, food) test de cribado para trastornos de alimentación, y una entrevista para comorbilidades psiquiátricas, riesgo de suicidio y nivel funcional, además de características clínicas entre los pacientes con TCA sola, con trastorno depresivo mayor y con TB. La distribución diagnóstica de AN fue 18,8%, BN 43,4%, trastorno por atracón 11.8%. Los resultados demostraron que los casos presentaban tasas de trastorno depresivo mayor de 66,7% y de trastorno bipolar de 49,3%, más altas significativamente con respecto a los controles; siendo el trastorno de atracones el que presentaba tasa más alta de comorbilidad con el TB entre los grupos.⁽¹⁵⁾

Caity E McDonald y colaboradores, 2019, Australia. Realizaron un estudio de búsqueda sistemática con el fin de evaluar la prevalencia e incidencia entre los diferentes tipos de TCA en el TB. En los resultados refieren que la prevalencia de cualquier TCA en las poblaciones de TB varió de 1.9% a 33.3%, además se menciona que la prevalencia de cualquier TCA en la población general es aproximadamente del 3,8 % durante toda la vida y del 1,8 % en la actualidad. Informan que cualquier TCA en el TB tipo I, osciló entre 8.4% y 14.6%. Cinco estudios compararon las diferencias en la comorbilidad del TCA entre TB tipo I y tipo II, encontrando en el tipo II un 27.3% en comparación con el tipo I de 8.7%. En general la literatura en esta comparación menciona que es menos frecuente en el TB tipo I. ⁽¹⁶⁾

2.2 Bases teóricas

TRASTORNO BIPOLAR

Definición

El TB es un trastorno crónico, clásicamente llamado enfermedad maniaca – depresiva, en el que se expresan variaciones marcadas y duraderas del estado de ánimo que conforman acompañados con otra sintomatología, los episodios de manía, hipomanía y depresión. Además de la alteración del estado del ánimo, alteración del pensamiento, se presentan inestabilidad recurrente en los niveles de energía y el comportamiento, así mismo, son frecuentes los síntomas cognitivos como la alteración de atención, la disfunción ejecutiva o la afectación en la memoria, sobre todo visual o verbal.⁽¹⁷⁾

Las fases de este trastorno de salud mental incluyen episodios hipomaniacos, maniacos y depresivos, los que repercute en la vida cotidiana del paciente y su relación con el entorno de forma significativa, afectando las diferentes áreas de la vida de la persona. ⁽¹⁸⁾

Clasificación

Existen dos tipos principales planteados y descritos por el DSM-5, estos son el trastorno bipolar tipo I (TBI) y el tipo II (TBII), incluyendo también entre las categorías diagnósticas al trastorno ciclotímico y describiendo las características del ciclado rápido. Además, según los distintos grados de la presentación de los episodios se precisan códigos y especificaciones, como leve, moderado y grave, con presencia o no de síntomas psicóticos, en remisión parcial o total, con síntomas mixtos, con sintomatología catatónica, de inicio postparto o con patrón estacional. ⁽¹⁸⁾

El TBI está caracterizado por episodios de manía y previo o posterior de este episodio puede haber presentado hipomanía o depresión mayor. Con respecto al diagnóstico del episodio de manía se debe cumplir el criterio bien definido de estado de ánimo anormalmente y persistentemente elevado, expansivo o irritable, y un aumento anormal y constante de la actividad o la energía dirigida a un objetivo, con una duración de una semana como mínimo, además de estar presente la mayor parte del día, casi todos los días o cualquier duración si se necesita hospitalización. ⁽¹⁸⁾

En contraste, la hipomanía, no es lo suficientemente severa para causar deterioro significativo en la funcionalidad laboral y social; y no es necesaria la hospitalización en estos pacientes.⁽¹⁸⁾

Con respecto al episodio de depresión deben presentarse cinco o más de los síntomas mencionados en el recuadro, y estos han tenido una duración mínima de dos semanas, evidenciándose alteración en el funcionamiento de la persona; al menos uno de los síntomas es, (1) estado de ánimo deprimido o (2) pérdida de interés o de placer.

1. Estado de ánimo deprimido la mayor parte del día, casi todos los días, según se desprende de la información subjetiva
2. Disminución importante del interés o el placer por todas o casi todas las actividades la mayor parte del día, casi todos los días
3. Pérdida importante de peso sin hacer dieta o aumento de peso o disminución o aumento del apetito casi todos los días.
4. Insomnio o hipersomnia casi todos los días.
5. Agitación o retraso psicomotor casi todos los días
6. Fatiga o pérdida de la energía casi todos los días.
7. Sentimientos de inutilidad o de culpabilidad excesiva o inapropiada (que puede ser delirante) casi todos los días (no simplemente el autorreproche o culpa por estar enfermo).
8. Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, o de tomar decisiones, casi todos los días.
9. Pensamientos de muerte recurrentes (no sólo miedo a morir), ideas suicidas recurrentes sin un plan determinado, intento de suicidio o un plan específico para llevarlo a cabo.

Además, los síntomas deben provocar malestar clínicamente significativo o deterioro en las áreas más importantes de la persona, como son lo social y laboral, entre otras, y el episodio no se puede atribuir a efectos fisiológicos de una sustancia o de otra afección médica. ⁽¹⁸⁾

En el TBII, según refiere el DMS - 5, es necesario la existencia actual o pasada de, al menos, un episodio de hipomanía, así como un episodio depresivo mayor actual o pasado. Durante este episodio de hipomanía, la alteración del estado anímico y aumento de la energía y actividad, deben persistir tres o más de los siguientes síntomas o cuatro si el estado de ánimo es únicamente irritable, y que se evidencie un cambio significativo del habitual comportamiento:

1. Aumento de la autoestima o sentimiento de grandeza.
2. Disminución de la necesidad de dormir
3. Más hablador de lo habitual o presión para mantener la conversación.
4. Fuga de ideas o experiencia subjetiva de que los pensamientos van a gran velocidad.
5. Facilidad de distracción.
6. Aumento de la actividad dirigida a un objetivo.
7. Participación excesiva en actividades que tienen muchas posibilidades de consecuencias dolorosas.

Al igual que en el TBI, es necesario que los síntomas no estén atribuidos directamente por el uso de sustancias o medicamentos, ni que otra patología psiquiátrica o medica explique mejor su causa.

Según los criterios diagnósticos del DSM-5, un episodio hipomaniaco requiere un tiempo mínimo de presentación de cuatro días consecutivos. ⁽¹⁸⁾

Epidemiología

Con relación a sus características demográficas, el TBI se presenta aproximadamente igual en hombres y mujeres, no obstante, en el modo de presentación se encuentren diferencias, generalmente los hombres inician a edad más temprana, presentando frecuentemente manía, y estos periodos de mayor duración. Las mujeres, por el contrario, suelen experimentar un mayor número de episodios de características mixtas y depresivos.

En el TBII, si se evidencian diferencias según el género, siendo el doble de frecuencia en mujeres en comparación con los hombres.

Además, es importante tener en cuenta que se evidencia el TB con mayor frecuencia en la adolescencia media o tardía o inicios de la adultez, encontrando una mediana de edad de 25 años. ⁽³⁾

La literatura menciona que hasta la fecha no se ha demostrado que ningún fármaco como monoterapia normalice o disminuya las alteraciones en el estado de ánimo; respecto a los llamados “estabilizadores del ánimo” reducen las respuestas emocionales, la aceleración del pensamiento y física; el efecto útil para manejar la inestabilidad emocional es con el uso a largo plazo y conlleva a efectos secundarios que seguramente justifica que continúe siendo el litio el tratamiento de primera línea; aunque hasta la fecha existe una gran brecha entre los resultados y lo recomendado por las guías clínicas. Por lo tanto, es de suma importancia informar al paciente sobre su diagnóstico y tratamiento para que lo cumpla de forma regular y no abandone la medicación por los efectos secundarios o poca respuesta. Además, es importante mencionar que la psicoterapia es un tratamiento eficaz que acompaña a la farmacoterapia para prevenir recaídas; los estudios la asocian con un 30 – 40% de reducciones en las tasas de recaída en periodo de 12 a 30 meses.⁽¹⁹⁾

Trastorno de conducta alimentaria

Los TCA, representan un grupo de trastornos de etiología multifactorial y con una base biopsicosocial que conlleva un alto riesgo de mortalidad.

Se distinguen por una alteración duradera en el tiempo con respecto a la alimentación o en el comportamiento que lleva a un desorden en el consumo o en la absorción de los alimentos y un deterioro significativo de la salud física o del funcionamiento psicosocial.⁽²⁰⁾

La etiología es multifactorial e incluye factores individuales, familiares y sociales. La literatura destaca el género femenino, presentar antecedentes de trastorno de conducta alimentaria en la familia, ideas abstractas de belleza y presentar sobrepeso y obesidad, entre otros. ⁽²⁰⁾

Entre los principales trastornos encontramos la anorexia nerviosa (AN), bulimia nerviosa (BN), trastorno de atracones y trastorno de evitación/restricción. Todos ellos difieren sustancialmente en el curso clínico, evolución y tratamiento. Además, es importante saber que son mutuamente excluyentes.

La anorexia nerviosa (AN), se caracteriza por un rechazo a mantener un peso adecuado para la estatura y la edad asociado a un temor intenso de ganar peso.

La bulimia nerviosa (BN) se caracteriza principalmente por la presencia de atracones continuadas por conductas compensatorias para evitar la ganancia de peso. El trastorno por atracón (TA), también se caracteriza por la presencia de atracones, pero no asociadas a conductas compensatorias, lo que provoca obesidad en la mayoría de los pacientes. ⁽¹⁸⁾

El trastorno evasivo/restrictivo (EDNOS) de alimentación, un diagnóstico reciente de esta clasificación y describe a aquellos pacientes que presentan una pérdida significativa de peso o deficiencia nutricional, dependiendo de algún suplemento dietético. En este tipo de trastorno no existe distorsión de la imagen corporal o temor por la ganancia de peso. ⁽¹⁸⁾

Se presenta con mayor frecuencia en el género femenino (90% a 95% de los casos), se encuentra una prevalencia en las mujeres entre el 5,7% a 15,2% y entre el 1,2% a 2,9% en los hombres, siendo en ellos en quienes se ha evidenciado un aumento de casos, que en los últimos años se ha mantenido, estimándose que en los varones representa 1 a 5% de los casos de anorexia nerviosa y para la bulimia nerviosa 5 a 15%. La edad de inicio es por lo general durante la adolescencia, ya que existe en esta etapa mayor vulnerabilidad asociado a cambios en la conducta alimentaria y peso corporal, no obstante, la edad de inicio puede cambiar según el tipo de trastorno. ⁽²¹⁾

Estos trastornos de la salud mental, tienen una tasa elevada de mortalidad entre todos los trastornos psiquiátricos, con un riesgo de 6 a 12 veces mayor de presentar suicidio en etapas tempranas de la enfermedad, en comparación con la población general; teniendo en cuenta que es muy prevalente su inicio en la pubertad en ambos sexos, se considera un riesgo de muerte prematura. ⁽²²⁾

Los objetivos terapéuticos tienen un enfoque personalizado y multidisciplinario, como restablecer el estado nutricional con una alimentación adecuada para su edad, manejar las complicaciones físicas provocadas por la severa restricción alimentaria, psicoeducar sobre los hábitos alimenticios y manejar los factores psicológicos relacionados al trastorno particular, además de uso de medicación en casos particulares que requiera.

Con frecuencia los pacientes diagnosticados con trastorno bipolar, tienen al menos una comorbilidad psiquiátrica. Afectando esta comorbilidad principalmente el curso y evolución, aumenta la probabilidad de resistencia a tratamiento y riesgo suicido.

Determinar el trastorno principal de abordaje necesita una cuidadosa consideración. Algunos trastornos comórbidos pueden manejarse con la misma terapéutica empleada para el manejo de síntomas bipolares, mientras que otras comorbilidades psiquiátricas pueden requerir tratamientos diferentes.

Además, es necesario mencionar que algunos de los tratamientos para trastornos comórbidos pueden provocar la desestabilización de síntomas del TB, así mismo el tratamiento farmacológico de los síntomas bipolares por lo general muestra una asociación con la ganancia de peso, afectando la adherencia al tratamiento son una evolución optima de los síntomas bipolares y del trastorno psiquiátrico comórbido, como es el TCA.⁽¹⁴⁾

2.3 Definiciones conceptuales

- Edad: Número de años del paciente
- Sexo: Género orgánico
- Trastorno de conducta alimentaria: trastorno mental caracterizado por una alteración persistente en la alimentación o en el comportamiento que provoca un desorden en lo que respecta al consumo y absorción de los alimentos y complicaciones en la salud física o del funcionamiento psicosocial de forma significativa.⁽²²⁾
- Trastorno bipolar: trastorno mental crónico, en que se presentan variaciones marcadas y persistentes del estado de ánimo que conforman juntos con otros síntomas, los episodios de manía, hipomanía y depresión. ⁽³⁾
- Comorbilidad psiquiátrica: Presencia de enfermedades coexistentes o adicionales en relación al diagnóstico de inicio o con respecto a la condición

señaladora sujeto del estudio (Ansiedad, trastorno por uso de sustancias psicoactivas, trastorno por uso de alcohol, otros).

- Antecedente familiar: adquisición de información del estado y/o tratamientos médicos pasados de familiares de primer grado de pacientes.
- Estado Civil: Condición de un sujeto en relación con su nacimiento, filiación o matrimonio, que se evidencian en el registro civil.

CAPÍTULO III: METODOLOGÍA

3.1 Tipo de estudio

Tipo de estudio: Observacional, descriptivo y transversal que asocia las variables recolectadas de las historias clínicas a través de una ficha de recolección.

- ✓ **Observacional:** no presentará manipulación, ni intervención en las variables.
- ✓ **Descriptivo:** se recolectará la información de las historias clínicas sin manipular las variables.
- ✓ **Transversal:** se realizará la recolección de información de las historias clínicas del 2020 al 2022.

3.2 Población y muestra

3.2.1 Población

El presente trabajo tendrá como población a todos los pacientes con diagnósticos de trastorno bipolar atendidos en el Hospital Hermilio Valdizán con historia clínica completa durante el periodo de 2020 - 2022.

3.2.2 Muestra

Todos los pacientes con diagnóstico de TB y TCA atendidos en consulta externa del HHV con historia clínica completa durante el período 2020 – 2022.

3.2.3 Tamaño muestral

No se realizará tamaño de cálculo, ya [U3] que se trabajará con un muestreo por conveniencia, los cuales serán recolectados en el periodo 2020-2022.

3.2.4 Selección de la muestra

Criterios de inclusión:

- ✓ Pacientes mayores de 18 años.
- ✓ Atendidos en el HHV en el servicio de consultorio externo.
- ✓ Pacientes con el diagnóstico de trastorno de conducta alimentaria.

Criterios de exclusión:

- ✓ Que no tengan historia clínica completa.

3.3 Operacionalización de variable

3.3.1 Variables

- Trastorno bipolar (variable independiente)
 - Trastorno afectivo bipolar, episodio hipomaniaco presente.
 - Trastorno afectivo bipolar, episodio maniaco presente sin síntomas psicóticos.
 - Trastorno afectivo bipolar, episodio maniaco presente con síntomas psicóticos.
 - Trastorno afectivo bipolar, episodio depresivo presente leve o moderado.
 - Trastorno afectivo bipolar, episodio depresivo grave sin síntomas psicóticos.
 - Trastorno afectivo bipolar, episodio depresivo grave con síntomas psicóticos.
 - Trastorno afectivo bipolar, episodio mixto presente.
- Trastorno de conducta alimentaria (variable dependiente)
 - Anorexia nerviosa
 - Anorexia Atípica
 - Bulimia nerviosa

Bulimia Atípica

Otros trastornos de la ingestión de alimentos

- Edad
- Sexo
- Comorbilidad psiquiátrica: Ansiedad, trastorno por consumo de sustancias y otros
- Antecedente familiar de trastornos psiquiátricos.
- Hospitalizaciones anteriores.

3.4 Técnicas e instrumentos de recolección de datos

Se construirá una ficha de recolección de datos que brindará datos pertinentes de las historias clínicas para la investigación del presente estudio.

3.5 Procesamiento y plan de análisis de datos

Se pedirá autorización al hospital Hermilio Valdizán para aplicar la ficha de recolección de datos en formato físico a los pacientes atendidos por el servicio de consultorio externo.

Se realizará una estadística descriptiva, principalmente con tablas y gráficos.

Los datos se procesarán mediante la hoja de datos de Excel; y el análisis, tablas y gráficos se procesarán por el programa IBM SPSS Statistics v28, se estimará la frecuencia y porcentajes de las variables ya descritas.

3.6 Aspectos éticos

Se contará con la autorización del Hospital Hermilio Valdizán para realizar la ficha de recolección de datos en formato físico y recolectar la información de las historias clínicas. Se asignará un código a cada historia clínica para proteger la identidad de los usuarios.

CAPÍTULO IV:

RECURSOS Y CRONOGRAMA

4.1 Fuente de financiamiento

La fuente de financiamiento incluye los recursos propios de la investigadora, sin financiamiento externo.

4.2 Recursos

Recursos humanos: docente asesor, alumna investigadora, profesional en estadística

Recursos materiales: laptop, materiales de escritorio, conectividad a internet.

4.3 Cronograma

ETAPAS	2022												2023											
	E	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D	E	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D
Elaboración del proyecto		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X											
Presentación del proyecto													X	X	X									
Revisión bibliográfica	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X					
Trabajo de campo y captación de información													X	X	X	X	X	X						
Procesamiento de datos																			X	X				
Análisis e interpretación de datos																				X	X			
Elaboración del informe																					X	X	X	
Presentación del informe																								X

4.4 Presupuesto

	PRECIO UNITARIO	CANTIDAD	PRECIO TOTAL
RECURSOS HUMANOS			
Asesor Estadístico	.	.	S/.300
MATERIALES			
Materiales de escritorio	S/. 100	----	S/. 100
Impresiones	S/. 0.20	40	S/. 8
Fotocopias	S/. 0.10	100	S/ 10
Transporte	S/. 1.00	50	S/. 50
TOTAL			
Total			S/.468

5.- REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Smink FRE, van Hoeken D, Hoek HW. Epidemiology, course, and outcome of eating disorders. *Curr Opin Psychiatry*. 2013;26(6):543–8.
doi:10.1097/YCO.0b013e328365a24f
2. Amazon.com: Kaplan & Sadock's Synopsis of Psychiatry: 9781975145569: Boland, Robert, Verduin, Marcia, Ruiz MD, Dr. Pedro: Libros [Internet]. [citado el 23 de febrero de 2022]. Disponible en: <https://www.amazon.com/-/es/Robert-Boland/dp/1975145569>
3. Hernández OM, Martínez OM, Izquierdo YB. Trastorno Bipolar. Consideraciones clínicas y epidemiológicas. *Revista Médica Electrónica*. 2019;41(2):467–82.

4. Vargas XR, Leal MA, Zamora SM. Actualización del trastorno afectivo bipolar. *Revista Medica Sinergia*. 2020;5(9):e572–e572. doi:10.31434/rms.v5i9.572
5. Bipolaridad y trastornos de la conducta alimentaria [Internet]. *Investigación y Ciencia*. [citado el 22 de febrero de 2022]. Disponible en: <https://www.investigacionyciencia.es/revistas/mente-y-cerebro/el-poder-del-poder-694/bipolaridad-y-trastornos-de-la-conducta-alimentaria-14866>
6. Thiebaut S, Godart N, Radon L, Courtet P, Guillaume S. Crossed prevalence results between subtypes of eating disorder and bipolar disorder: A systematic review of the literature. *Encephale*. 2019;45(1):60–73. doi:10.1016/j.encep.2018.06.001
7. McElroy SL, Frye MA, Helleman G, Altshuler L, Leverich GS, Suppes T, et al. Prevalence and correlates of eating disorders in 875 patients with bipolar disorder. *J Affect Disord*. 2011;128(3):191–8. doi:10.1016/j.jad.2010.06.037
8. Lifetime eating disorder comorbidity associated with delayed depressive recovery in bipolar disorder [Internet]. [citado el 22 de febrero de 2022]. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5554118/>
9. Thiebaut S, Jaussent I, Maimoun L, Beziat S, Seneque M, Hamroun D, et al. Impact of bipolar disorder on eating disorders severity in real-life settings. *J Affect Disord*. 2019;246:867–72. doi:10.1016/j.jad.2018.12.128
10. Risco L, Aros C. Trastornos del ánimo, nutrición y craving. *Revista chilena de neuro-psiquiatría*. 2019;57(3):295–305. doi:10.4067/S0717-92272019000300295
11. Álvarez Ruiz EM, Gutiérrez-Rojas L. Comorbilidad entre el trastorno bipolar y los trastornos de la conducta alimentaria. *Rev psiquiatr salud ment*. 2015;232–41.
12. Campos RN, Dos Santos DJR, Cordás TA, Angst J, Moreno RA. Occurrence of bipolar spectrum disorder and comorbidities in women with eating disorders. *Int J Bipolar Disord*. 2013;1:25. doi:10.1186/2194-7511-1-25
13. Radon L, Lam CBK, Letranchant A, Hirot F, Guillaume S, Godart N. Bipolar disorders in severe anorexia nervosa: prevalence and relationships. *Eat Weight Disord*. 2021; doi:10.1007/s40519-021-01215-3
14. Valentin M, Radon L, Duclos J, Curt F, Godart N. [Bipolar disorders and anorexia nervosa: A clinical study]. *Encephale*. 2019;45(1):27–33. doi:10.1016/j.encep.2017.10.005
15. Tseng M-CM, Chang C-H, Chen K-Y, Liao S-C, Chen H-C. Prevalence and correlates of bipolar disorders in patients with eating disorders. *J Affect Disord*. 2016;190:599–606. doi:10.1016/j.jad.2015.10.062
16. McDonald CE, Rossell SL, Phillipou A. The comorbidity of eating disorders in bipolar disorder and associated clinical correlates characterised by emotion

dysregulation and impulsivity: A systematic review. *J Affect Disord.* 2019;259:228–43. doi:10.1016/j.jad.2019.08.070

17. Arrieta M, Santos PM. Trastorno bipolar. *Medicine.* 2019;12(86):5052–66. doi:10.1016/j.med.2019.09.013
18. DSM-5. Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales de American Psychiatric Association | Editorial Médica Panamericana [Internet]. [citado el 22 de febrero de 2022]. Disponible en: <https://www.medicapanamericana.com/es/libro/dsm-5-manual-diagnostico-y-estadistico-de-los-trastornos-mentales-incluye-version-digital>
19. Dutazaka MGM, Moyon MVV, Loor WAS, Yamunaque YAT. Trastorno bipolar. *RECIAMUC.* 2021;5(1):54–62. doi:10.26820/reciamuc/5.(1).ene.2021.54-62
20. Riesgo de trastorno de la conducta alimentaria en adolescentes chilenos de diferentes tipos de establecimientos educacionales [Internet]. [citado el 23 de febrero de 2022]. Disponible en: <http://www.alanrevista.org/ediciones/2018/3/art-4/>
21. de Vos JA, LaMarre A, Radstaak M, Bijkerk CA, Bohlmeijer ET, Westerhof GJ. Identifying fundamental criteria for eating disorder recovery: a systematic review and qualitative meta-analysis. *J Eat Disord.* 2017;5(1):34. doi:10.1186/s40337-017-0164-0
22. Ayuzo-del Valle NC, Covarrubias-Esquer JD. Trastornos de la conducta alimentaria. *Revista mexicana de pediatría.* 2019;86(2):80–6.

ANEXOS

1. MATRIZ DE CONSISTENCIA

PROBLEMA DE INVESTIGACION	OBJETIVOS	VARIABLES	DISEÑO METODOLÓGICO	POBLACION Y MUESTRA	TECNICA E INSTRUMENTOS	PLAN DE ANALISIS DE DATOS
¿Cuál es la asociación de trastorno de la conducta alimentaria con trastorno bipolar?	OG: Determinar la asociación del trastorno de conducta alimentaria con trastorno bipolar.	Trastorno de la conducta alimentaria Trastorno bipolar	Tipo de estudio: Observacional, descriptivo, retrospectivo.	Población: Todos los pacientes con trastorno bipolar y trastornos de conducta alimentaria atendidos en el Hospital Hermilio Valdizán por el servicio	Ficha de recolección de datos.	Estadística descriptiva
	OE1: Determinar la frecuencia del trastorno de la conducta alimentaria asociado a trastorno bipolar.	Edad Sexo Comorbilidad psiquiátrica				

	<p>OE2: Identificar el tipo de trastorno de conducta alimentaria más frecuente asociado a trastorno bipolar.</p>	<p>Antecedente familiar de trastornos psiquiátricos</p> <p>Hospitalizaciones previas</p>		<p>de consultorio externo con historia clínica completa durante el periodo de 202 - 2022.</p> <p>Tipo de muestreo: muestreo por conveniencia</p>		
	<p>OE3: Identificar el tipo de trastorno bipolar más frecuente asociado a trastorno de conducta alimentaria.</p>					
	<p>OE4: Determinar las características sociodemográficas de ambas comorbilidades.</p>					

	OE5: Identificar que otros trastornos psiquiátricos coexisten.					
--	--	--	--	--	--	--

2. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

	Nombre	Definición conceptual	Definición operacional	Naturaleza	Escala	Indicador	Medición
1	Trastorno bipolar	Trastorno mental que se caracterizan por alteración del estado de ánimo.	Diagnosticado por especialista en el servicio de consulta externa del HHV	Cualitativa	Nominal	Fichas de recolección de datos	0 = no usuario 1 = usuario
2	Trastorno de la conducta alimentaria	Trastorno mental que se caracterizan por conducta alterada respecto a los hábitos alimentarios.	Diagnosticado por especialista en el servicio de consulta externa del HHV	Cualitativa	Nominal	Fichas de recolección de datos	0 = no usuario 1 = usuario
3	Edad	Tiempo de vida de una persona desde su nacimiento	Edad cronológica expresada en años cumplidos	Cuantitativa	Discreta	Fichas de recolección de datos	Valor numérico (años)

4	Sexo	Apunta a las características fisiológicas y sexuales con las que nacen mujeres y hombres	Sexo señalado en la historia clínica.	Cualitativo	Nominal	Fichas de recolección de datos	0=Femenino 1=Masculino
5	Comorbilidad	Presencia de enfermedades coexistentes o adicionales en relación al diagnóstico inicial o con respecto a la condición señaladora sujeto del estudio.	Diagnosticado por especialista	Cualitativo	Nominal	Fichas de recolección de datos	0= trastorno de ansiedad 1= trastorno por consumo de sustancias y/o alcohol. 2= otros trastornos psiquiátricos
6	Antecedente familiar de trastornos psiquiátricos	Adquisición de información del estado y/o tratamientos psiquiátricos pasados de	Señalado en la historia clínica	cualitativo	nominal	Fichas de recolección de datos	0= con trastorno bipolar 1= con trastorno de conducta alimentaria

		familiares de primer grado de pacientes.					2= con trastorno depresivo mayor 3= otros trastornos psiquiátricos
7	Hospitalizaciones previas	Hospitalizaciones registradas en la historia clínica pasadas debido a trastornos psiquiátricos.	Señalado en la historia clínica.	cualitativo	nominal	Fichas de recolección de datos	0 = Con hospitalizaciones previas 1= sin hospitalizaciones previas

3. INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Trastorno de la conducta alimentaria asociada a trastorno bipolar en un hospital de salud mental III – 1 en Lima:2020 – 2022.

Se marcará con un "X" (aspa) o se completará la información según corresponda.

Nombre (CODIGO): _____

Historia clínica:

Edad: _____ años

Sexo: Masculino Femenino

Antecedentes familiares:

- Trastorno de conducta alimentaria: Familiar: _____
Tipo de TCA: _____

- Trastorno bipolar: Familiar: _____
Tipo de TB: _____

- Trastorno depresivo mayor: Familiar: _____

- Trastorno por consumo de sustancias: Familiar: _____

- Otros trastornos psiquiátricos: Familiar: _____

Hospitalizaciones previas:

NO

SI

Número de hospitalizaciones: ____

Diagnostico: _____

Diagnostico:

I. TRASTORNO DE CONDUCTA ALIMENTARIA

Anorexia nerviosa

F50.0

Anorexia atípica

F50.1

Bulimia nerviosa

F50.2

Bulimia atípica

F50.3

Otros trastornos de la ingestión de alimentos

F50.8

II. TRASTORNO BIPOLAR

Trastorno afectivo bipolar, episodio hipomaniaco presente

F31.0

Trastorno afectivo bipolar, episodio maniaco presente sin síntomas psicóticos

F31.1

Trastorno afectivo bipolar, episodio maniaco presente con síntomas psicóticos

F31.2

Trastorno afectivo bipolar, episodio depresivo presente leve o moderado.

F31.3

Trastorno afectivo bipolar, episodio depresivo grave sin síntomas psicóticos
F31.4

Trastorno afectivo bipolar, episodio depresivo grave con síntomas psicóticos
F31.5

Trastorno afectivo bipolar, episodio mixto presente.
F31.6

Comorbilidades:

Trastorno de ansiedad:

Trastorno de Consumo de sustancias:

Alcohol: _____

Marihuana: _____

Cocaína: _____

Tabaco: _____

Otros: _____

Otros trastornos psiquiátricos: _____

Observaciones: _____