

**UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR**  
**FACULTAD DE MEDICINA**  
**POSGRADO DE ESPECIALIDADES MEDICAS**



**INFORME FINAL DE TESIS DE GRADUACIÓN:**

TRASTORNOS DE CONDUCTA ALIMENTARIA EN PATOLOGÍA BIPOLAR, EN  
EL SERVICIO DE PSIQUIATRÍA DEL HOSPITAL POLICLÍNICO ARCE.

**Presentado por:**

Dra. María Gracia Martínez Guardado

**Para optar al Título de Especialista en:**

Psiquiatría y Salud Mental

**Asesor temático:**

Dra. América Antonieta Sandoval

**Asesor metodológico**

Dr. Wilson Stanley Avendaño

SAN SALVADOR, EL SALVADOR, JUNIO 2023

*Dedicatoria:* A Dios que me ha acompañado en cada paso y me ha llevado por los caminos correctos. A mis padres que me enseñaron a perseverar, a luchar por lo que me apasiona y que me han brindado todo su apoyo para alcanzar mis metas. A mis maestros los cuales me inspiran a ser mejor cada día. A mis pacientes que siempre será mi meta brindarles lo mejor de mí y que sin ellos no podría ser posible esta investigación.

## INDICE DE CONTENIDO

I.	Resumen.....	1
II.	Introducción.....	2
	A. Trastorno bipolar.....	2
	B. Trastornos de la conducta alimentaria.....	4
	C. Comorbilidad entre el trastorno bipolar y trastorno de la conducta alimentaria.....	6
	D. Evaluación de la comorbilidad entre trastornos de la conducta alimentaria y trastorno bipolar .....	8
III.	Metodología.....	10
	A. Universo.....	11
	B. Muestra.....	11
	C. Diseño general de la investigación.....	11
	D. Descripción y operativización de variables.....	13
	E. Análisis estadístico.....	18
	F. Limitantes.....	19
	G. Criterios de inclusión y exclusión.....	19
	H. Consideraciones éticas.....	20
IV.	Resultados.....	21
V.	Discusión.....	36
VI.	Conclusiones .....	38
VII.	Recomendaciones.....	39
VIII.	Referencias.....	40
IX.	Anexos.....	43

## I. Resumen

**Introducción:** El trastorno bipolar es una de las enfermedades más graves, frecuentes y persistentes de los trastornos psiquiátricos, el cual se caracteriza por períodos de sintomatología depresiva y maniaca, existe comorbilidad con otros trastornos psiquiátricos, como los de la conducta alimentaria, los cuales se encuentran subdiagnosticados. La aparición de ambos trastornos conlleva una serie de implicaciones clínicas muy importantes, elección de tratamiento, la necesidad de equipo multidisciplinario para el manejo de ambas patologías, evolución y recaídas. **Objetivo:** Determinar la prevalencia de los trastornos de la conducta alimentaria en pacientes con trastorno bipolar. Evaluar la presencia de rasgos psicológicos y comportamentales en pacientes con trastorno bipolar. **Metodología:** Estudio observacional, descriptivo, de corte transversal, de los pacientes con diagnóstico de trastorno bipolar que ingresaron en el servicio de Psiquiatría del Hospital Policlínico Arce del Instituto Salvadoreño del Seguro Social entre junio y noviembre 2022. **Resultados:** Se incluyeron 60 pacientes 33 mujeres y 27 hombres, la mayoría ubicados entre los 21 y 30 años de edad. Se reportó que el 68.3% presentaron trastorno bipolar en fase maniaca, encontrándose mayor porcentaje en el sexo femenino en dicho diagnóstico con el 40%, mientras que en el sexo masculino presentó el 28.3%, según el puntaje en la escala *Conducta Alimentaria en el Trastorno Bipolar (Bipolar Eating Disorder Scale, BEDS)* auto aplicada se reportó que de la muestra total el 56.7% presentó conducta alimentaria patológica, con mayor porcentaje en el sexo femenino 33.3%. De los pacientes que fueron sometidos al *Inventario de Trastornos de la Alimentación (Eating Disorder Inventory, EDI)* 56.7%, se observó la presencia de rasgos psicológicos y comportamentales comunes en trastornos de la conducta alimenticia evidenciando, que a mayor puntuación mayor evidencia del rasgo. **Conclusión:** Los pacientes que cursan con trastorno bipolar, presentan diferentes alteraciones en su patrón alimentario, entre ellos hiperfagia, anorexia y atracones, los cuales son ignorados ya que se brinda mayor importancia a la sintomatología depresiva o maniaca.

Esta comorbilidad debe ser tomada en cuenta, por las implicaciones que tiene en el paciente a nivel terapéutico, de funcionabilidad y complicaciones médicas. Con esta investigación se reportó la presencia de comorbilidad entre ambos diagnósticos lo cual abre las puertas a nuevas investigaciones que desarrollen la actualización de estrategias institucionales de intervención temprana e integral con el fin de reducir el impacto de ambas enfermedades.

## **II. Introducción**

### ***El trastorno Bipolar***

El trastorno bipolar, hace referencia a un trastorno del estado de ánimo en el que las personas alternan entre periodos con episodios maníacos y depresivos, con etapas de eutimia entre episodios. Se divide en tipo I y tipo II. Esta patología afecta a cerca del 1-2% de la población mundial, tiene un gran impacto sobre el funcionamiento, la calidad de vida y la mortalidad del paciente. El trastorno bipolar constituye la segunda causa de los años de vida ajustados por discapacidad dentro de los trastornos de la salud mental. Debido a la necesidad de programas sostenibles de atención sanitaria, existe un interés creciente en relación con la carga económica de los trastornos mentales. Los costes indirectos, tales como la jubilación anticipada, el desempleo, el absentismo laboral y la productividad, suponen alrededor del 75-86% de los costes totales.

Los trastornos del estado del ánimo, se diferencian en dos grandes síndromes: el síndrome depresivo y el síndrome con características maníacas, actualmente las clasificaciones psiquiátricas americanas e internacionales han descrito de manera similar y han alcanzado una concordancia respecto a los criterios que cada patología debe cumplir.

El trastorno bipolar se caracteriza por su curso cíclico. En el mismo existe una alteración del estado de ánimo en el que se aprecian cambios en el nivel de energía, actividad, y en la habilidad para poder realizar actividades diarias. Se pueden presentar episodios depresivos, maníacos, hipomaníacos, y el paciente puede estar, durante determinados períodos, eufímico, aunque pueden persistir síntomas interepisódicos. Los episodios depresivos pueden, además, mostrar o no síntomas atípicos o síntomas de melancolía y son mucho más frecuentes que los episodios maníacos, con el consiguiente impacto en la vida de la persona (1).

Existen dos tipos principales, estos son el trastorno bipolar tipo I y el tipo II. El tipo I está caracterizado por episodios de manía y depresión, y el tipo II presenta episodios de hipomanía y depresión. La distinción principal entre ambos es la severidad de los síntomas maníacos. La manía causa impedimento severo en la funcionalidad, incluye síntomas psicóticos, y muchas veces requiere de hospitalización. 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 (1).

En los estudios de la organización mundial de la salud (OMS) sobre la morbilidad mundial de las enfermedades, esta alteración ocupa el sexto puesto entre todos los trastornos médicos, constituyendo una de las enfermedades mentales más comunes, severas y persistentes, lo que nos lleva a pensar el impacto de esta patología en la funcionabilidad de los pacientes, en la actualidad es un tema bastante discutido en el ámbito de la psiquiatría y el cual da paso a nuevas investigaciones sobre las comorbilidades con otro tipo de trastorno psiquiátrico entre ellos, trastornos de la conducta alimentaria, consumo de sustancias y trastornos de personalidad (1).

## ***Trastornos de la conducta alimentaria***

Los trastornos de la conducta alimentaria, que se dividen en 3 tipos: la anorexia nerviosa, que se define por un rechazo a mantener un peso normal para la estatura y la edad (normalmente menos del 85% del peso esperado) y un miedo intenso a ganar peso; la bulimia nerviosa, cuyo síntoma principal es la presencia de atracones seguidos de conductas compensatorias para prevenir la ganancia de peso, y por último, el trastorno por atracón, en el que también se dan atracones, pero sin conductas compensatorias, lo que suele llevar a padecer obesidad (2).

Son enfermedades mentales graves que afectan a millones de personas en el mundo. Estos trastornos están implicados factores biológicos, psicológicos y socioculturales. Pueden afectar a personas de cualquier edad, sexo, raza o nivel socioeconómico, aunque lo más frecuente es que se inicien en la adolescencia o adultez joven y afecten en mayor medida a mujeres que a hombres. Todos los subtipos se caracterizan por una conducta alterada frente a la ingesta alimentaria o la aparición de conductas para controlar el peso. Con frecuencia los síntomas de varían a lo largo del tiempo y muchas personas, que inicialmente, presentan cuadros más restrictivos, pueden acabar desarrollando atracones o a la inversa. Están asociados a múltiples complicaciones médicas, psicológicas y psiquiátricas, afectan al funcionamiento psicosocial de la persona.

1. Anorexia Nervosa: Restricción de la ingesta de energía en relación a los requerimientos del individuo, llevando a un peso corporal significativamente bajo en el contexto de la edad, sexo, trayectoria del desarrollo y estado de salud. La distorsión de la imagen corporal, el miedo intenso a ganar peso, la falta de reconocimiento de la gravedad de la enfermedad y/o comportamientos que interfieren con la ganancia de peso también están presentes (4).

2. Bulimia Nervosa: Atracónes (comer una gran cantidad de comida en un tiempo relativamente corto con la sensación de pérdida de control) con comportamientos purgativos/compensatorios (vómito auto inducido, abuso de diuréticos y/o laxantes, mal uso de insulina, ejercicio excesivo, pastillas de dieta) una vez o más por semana por al menos 3 meses. También pueden estar presentes la distorsión de la imagen corporal, un miedo intenso a ganar peso y la falta de reconocimiento de la gravedad de la enfermedad (4).
3. Trastorno de Atracónes: Atracón, en ausencia de comportamientos compensatorios, una vez por semana por al menos 3 meses. Los episodios de atracón son asociados con comer rápidamente, sin hambre, hasta sentirse incómodamente lleno, y/o asociado con depresión, vergüenza o culpa (4).

Todos los trastornos de la conducta alimentaria son enfermedades muy serias con complicaciones físicas y psicológicas que ponen en riesgo la vida, no discriminan y pueden afectar individuos de todas las edades, géneros, etnias, estrato socioeconómico, y en una gran variedad de figuras corporales, pesos y tallas.

El peso no es el único marcador clínico para un desorden alimenticio, las personas que está en peso bajo, normal o sobrepeso pueden tenerlo y los individuos en cualquier peso pueden estar malnutridos y/o involucrarse en comportamientos de control de peso poco saludables.

Las personas pueden no reconocer la gravedad de la enfermedad y/o estar ambivalentes acerca de cambiar sus comportamientos alimentarios y de otra índole. Todos los intentos precipitados de ganancia o pérdida de peso en individuos saludables deben ser investigados para la posibilidad de un trastorno de la conducta alimentaria ya que las fluctuaciones rápidas de peso pueden ser marcadores potenciales.

### ***Comorbilidad entre el trastorno bipolar y trastorno de la conducta alimentaria***

Se ha descrito que entre los pacientes con trastorno bipolar con comorbilidad en contra posición sin comorbilidad de trastornos de conducta alimentaria, se asociaba que los que estaban deprimidos en ese momento retrasó significativamente la recuperación depresiva, y aquellos que estaban actualmente recuperados presentaban recurrencia depresiva acelerada. También se encontró que, entre pacientes con trastorno bipolar, los desórdenes alimenticios eran comunes, y se asociaron con el género femenino y tasas más altas de múltiples características desfavorables de la enfermedad, que incluyen ansiedad comórbida, consumo de alcohol, trastornos de personalidad, depresión, tristeza, ansiedad y uso de antidepresivos. Así como un inicio más temprano de bipolaridad y gravedad de la enfermedad (5).

Además se ha estudiado el comportamiento nutricional entre adolescentes y adultos jóvenes con trastorno bipolar (BP) en comparación con aquellos sin antecedentes de trastorno psiquiátrico mayor. Los hábitos dietéticos en pacientes con trastorno bipolar tienen comportamientos nutricionales más deficientes, y esta diferencia está relacionada con la alimentación inducida por el estrés, ansiedad, tristeza, hiperactividad (6).

Los modelos teóricos de la comorbilidad de trastorno bipolar y trastornos de conductas alimentarias, sugieren que factores fisiopatológicos compartidos, incluyendo la desregulación emocional y la impulsividad pueden contribuir al desarrollo de atracones y purgas. Además, se evidenció que el trastorno por consumo de alcohol, inestabilidad del estado de ánimo y tendencias suicidas fueron significativamente más altos en dicha comorbilidad en comparación con trastorno bipolar solamente. Debido a una psicopatología subyacente compartida se debe tener en cuenta las implicaciones significativas tanto psicofarmacológico como psicoterapéutico (7).

Las tasas de prevalencia España de los trastornos de la conducta alimentaria en trastorno bipolar son muy diferentes según los estudios de los últimos años, desde un 5,3% hasta un 31%. Parece que la probabilidad de tener un trastorno de conducta alimentaria en pacientes con trastorno bipolar está asociada con: la gravedad del cuadro afectivo, posibilidad aumentada de suicidio, pacientes solteros, y en la fase que se encuentre de la enfermedad.

En los estudios realizados por McElroy en España, el trastorno por atracón, es el más común, en los pacientes con trastorno bipolar, por lo que se han hecho estudios específicos acerca de esta comorbilidad, se encontró que el 9,5% de los pacientes presentaba el aumento de consumo de alimentos altos en calorías (2).

En cuanto al orden de aparición, el estudio muestra que el trastorno bipolar suele darse antes que el trastorno de la conducta alimentaria en el 55,7% de los casos.

En uno de los estudios se comenta que el 9% de los sujetos con hipomanía o trastorno depresivo mayor y el 8% de las personas con manía habían tenido desordenes de conducta alimentaria en algún momento de su vida. La posibilidad o riesgo de padecer un trastorno de conducta alimentaria fue significativamente mayor en los individuos con hipomanía o trastorno depresivo mayor que en la muestra general (1).

En un trabajo realizado en Bogotá, Colombia, Rodríguez G. con una muestra de 897 pacientes con trastorno bipolar tipo I y II, el 19.2% presentó cualquier tipo de trastorno, 3.2% anorexia, 4.9% bulimia y un 8.5% trastorno de alimentación por atracones. La autora observó una correlación positiva entre la impulsividad de las purgas, vómitos y la frecuencia de bipolaridad (9).

En un estudio realizado en Estados Unidos, utilizando los criterios del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales se encontró que el trastorno por atracones y bulimia nerviosa definidos son comunes en pacientes con Trastorno bipolar asociados con una mayor carga de enfermedad psiquiátrica y medicina general (3).

Las tasas de prevalencia de los trastornos de la conducta alimentaria en el trastorno bipolar son muy diferentes según los estudios de los últimos años, desde un 5,3% hasta un 31%. La bulimia nerviosa es el segundo trastorno alimenticio más común en el trastorno bipolar, el primero es el trastorno por atracón y por último la anorexia nerviosa. En cuanto al orden de aparición, un estudio muestra que el trastorno bipolar suele darse antes que el trastorno de conducta alimentaria en el 55,7% de los casos y la aparición conjunta ocurre en un 10% de los pacientes (1).

La comorbilidad de los trastornos psiquiátricos antes descritos está siendo cada vez más estudiada por distintas razones: la necesidad evaluación de los mismos en los pacientes con trastorno bipolar sobre todo al proponer la intervención; el tratamiento de un trastorno puede empeorar el curso evolutivo del otro (2).

Al coexistir dichas patologías existe un mayor riesgo de comorbilidades clínicas adicionales, incluido el alcohol y trastornos por uso de sustancias. Tanto el trastorno bipolar como los desórdenes alimenticios comparten características fenomenológicas centrales, que incluyen alteraciones del estado de ánimo y desregulación al comer y del peso; además de alteraciones conductuales e impulsividad, por lo que en muchas ocasiones pueden no ser visibles ambas patologías.

### ***Evaluación de la comorbilidad entre trastornos de la conducta alimentaria y trastorno bipolar***

Debido a la cantidad de estudios que demuestran que existe una alta comorbilidad entre los trastornos de la conducta alimentaria y el trastorno bipolar, se creó una escala para determinar la intensidad y la frecuencia de las alteraciones alimenticias en la población bipolar, denominada escala para las Alteraciones de la Conducta Alimentaria en el Trastorno Bipolar (Bipolar Eating Disorder Scale, BEDS) (1).

### ***Escala para las Alteraciones de la Conducta Alimentaria en el Trastorno Bipolar (Bipolar Eating Disorder Scale, BEDS)***

Consiste en una escala de 10 ítems cuyo tiempo medio de cumplimentación es de 1 min y 21 segundos. Puntuación total 30, si la escala puntea de 0-13 puntos se describe como conducta alimentaria normal, si es de 14-30 conducta alimentaria patológica. Dicha escala muestra unas propiedades psicométricas adecuadas para evaluar alteraciones alimenticias en pacientes bipolares en la práctica clínica y la investigación; la escala mostró una factibilidad, fiabilidad, validez discriminativa y sensibilidad adecuadas (1).

### ***Inventario de Trastornos de la Alimentación (Eating Disorder Inventory, EDI)***

Es un instrumento psicométrico creado por Garner y cols. en 1983 con el fin de evaluar las características psicológicas en los trastornos de la conducta alimentaria. Su propósito es conseguir una evaluación integral de estos padecimientos, que no se limite solamente a las manifestaciones conductuales relacionadas con la alimentación o el deseo de adelgazar. A lo largo de los años, ha sido uno de los instrumentos más utilizados en la exploración de actitudes y conductas alimentarias de riesgo tanto en población clínica como en población abierta.

Es un cuestionario diseñado para evaluar rasgos psicológicos y comportamentales comunes a la anorexia nerviosa y a la bulimia nerviosa. Consta de 64 ítems que se agrupan en 8 sub escalas diferentes: Impulso a la delgadez (7 ítems), sintomatología bulímica (7 ítems), insatisfacción corporal (9 ítems), inefectividad y baja autoestima (10 ítems), perfeccionismo (6 ítems). desconfianza interpersonal (7 ítems). conciencia interoceptiva (10 ítems). miedo a madurar (8 ítems).

Cada ítem presenta 6 posibles respuestas que van de “siempre” a “nunca” y de las cuales sólo tres se puntúan (de 1 a 3). Por ello, la puntuación total de este cuestionario puede oscilar entre 0 y 192. Desde el punto de vista clínico posee mayor relevancia el valor cuantitativo de cada una de las 8 sub escalas que la puntuación total. No existen puntos de corte propuestos. A mayor puntuación mayor presencia del rasgo. Es un instrumento auto aplicado (8).

En el Hospital Policlínico Arce en el año 2019 ingresaron en el servicio de psiquiatría un total de 145 pacientes con trastorno bipolar, en el 2020 debido a pandemia COVID-19 los ingresos fueron menos, sin embargo en 2022 aumentaron las cifras de ingreso de pacientes con trastorno bipolar, por lo que es necesario contar con información que permita conocer la frecuencia de ambas patologías, para ellos se utilizaron dos instrumentos: la *Escala para las Alteraciones de la Conducta Alimentaria en el Trastorno Bipolar (Bipolar Eating Disorder Scale, BEDS)* y el *Inventario de Trastornos de la Alimentación (Eating Disorder Inventory, EDI)*.

En esta investigación se reportan los resultados del análisis de 60 pacientes con trastorno bipolar ingresados en el servicio de Psiquiatría del Hospital Policlínico Arce, en el período de junio a noviembre 2022, la presencia de ambos diagnósticos fue predominante.

### **III. Metodología**

Se revisaron diariamente la base de datos de ingresos para identificar pacientes con trastorno bipolar, se determinaron la cantidad de casos según sexo, grupo de edad e información sociodemográfica.

El procedimiento para la recolección de datos se realizó de la siguiente manera:

1. Cada paciente deberá firmar el consentimiento informado.
2. Se aplicó el instrumento para la captación de datos generales e información sociodemográfica de cada paciente.
3. Escala para las Alteraciones de la Conducta Alimentaria en el Trastorno Bipolar (Bipolar Eating Disorder Scale, BEDS), al presentar el paciente conducta alimentaria patológica se aplicó el siguiente instrumento.

#### 4. Inventario de Trastornos de la Alimentación (Eating Disorder Inventory, EDI)

La información se presenta en tablas y gráficos de barra según necesidad, se emplearon medidas de tendencia central y frecuencia. El producto final fue definir cuantas personas con trastorno bipolar adolecen de trastornos de la conducta alimentaria, y si lo padecían se identificó que rasgos psicológicos y conductuales asociados a las alteraciones de patrón alimentario presentaban.

### ***Universo***

Pacientes que se encontraron ingresados por trastorno bipolar en el servicio de Hospitalización Psiquiatría en el Hospital Policlínico Arce del Instituto Salvadoreño del Seguro Social de junio 2022 a noviembre 2022.

### ***Muestra***

La selección de muestra fue por conveniencia. El cálculo de la muestra se basó en la cantidad de pacientes que mensualmente ingresan al servicio y cumplen los criterios de inclusión cuya cantidad es de 10 pacientes según datos estadísticos de ingresos del servicio de Hospitalización Psiquiatría del Hospital Policlínico Arce. La selección fue no probabilística por conveniencia para población finita. Así la muestra fue de 10 pacientes por mes haciendo un total de 60 en 6 meses. Se acudió diariamente (a excepción de sábado y domingo) al servicio de Hospitalización Psiquiatría y se buscaron los pacientes que cumplieran con los criterios de inclusión y de exclusión.

### ***Diseño general de la investigación***

1. Estudio observacional, descriptivo, de corte transversal, el cual fue desarrollado entre junio 2022 a noviembre 2022, con la información

reportada en la base de datos de ingresos diarios del servicio de Psiquiatría del Hospital Policlínico Arce, se trabajo con la totalidad de casos de trastorno bipolar reportados que cumplan los criterios de inclusión y exclusión.

2. Se revisó diariamente de (7:00 am- 8:00 am) la base de datos de ingresos (excepto sábado y domingo) para identificar pacientes que puedan ser parte del estudio.
3. Se realizó el abordaje a los participantes en horario de 2:00 pm – 3:00 pm, ya que era factible encontrar a los pacientes en su unidad y no interfería con tiempos de comida, actividades de terapia ocupacional o evaluación por parte de psiquiatras, si en dado caso el paciente no se encontraba por toma de procedimientos u otra actividad, se trabajó al día siguiente para que pudiera ser parte de dicha investigación.
4. Antes de cada sesión se desarrolló una pequeña presentación, identificandome como residente de la especialidad de Psiquiatría y Salud Mental, logrando rapport con el paciente, ya que la población ha estudiar es un grupo vulnerable.
5. Se explicó el objetivo del estudio y en que consistia; se leyó el consentimiento informado (el cual se realizó una prueba piloto a 5 pacientes para verificar su validez) y se destinó un tiempo pertinente para aclarar dudas.
6. Posteriormente el participante debía firmar, sí cumplía con las características de conciencia, autonomia y voluntariedad (Anexo 1).
7. Se pasó el instrumento para la captación de datos generales e información sociodemografica a cada paciente (Anexo 2).
8. Se explicó el llenado de la Escala para las Alteraciones de la Conducta Alimentaria en el Trastorno Bipolar (Bipolar Eating Disorder Scale, BEDS), la cual es auto aplicable (Anexo 3), se destinó 10 minutos para la

evaluación de dicha escala por parte del investigador y si paciente presentaba alteración de conducta alimentaria se pasaba a la siguiente escala.

9. Se desarrolló el Inventario de Trastornos de la Alimentación (Eating Disorder Inventory, EDI) el cual también es auto aplicable (Anexo 4).
10. Se le explicó al paciente que posteriormente se reportaran los resultados de dicha investigación.
11. Finalizó intervención agradeciendo colaboración y aclarando cualquier duda.
12. Se solicitó a jefa de Hospitalización del servicio de Psiquiatría que verificara que se hayan cumplido todos los criterios éticos que protejan al paciente y que la metodología antes descrita sea verídica.

### ***Descripción y operativización de variables***

<b><i>Variables</i></b>	<b>Operación conceptual</b>	<b>Clasificación</b>	<b>Dimensión de la variable</b>	<b>Indicador</b>	<b>Fuente</b>
<i>Edad</i>	Tiempo de vida que presenta una persona, se puede medir según la etapa de la vida en días, meses o años	Cuantitativa	-	Fecha de nacimiento en DUI	Hoja de datos inicial
<i>Sexo</i>	Conjunto de las peculiaridades que caracterizan los individuos de una especie dividiéndolos en masculinos y femeninos, y hacen	Cualitativa	Femenino Masculino	Fenotipo del paciente	Hoja de datos inicial

	posible una reproducción que se caracteriza por una diversificación genética				
<i>Estado civil</i>	Situación de entre 2 personas que cohabitan juntos	Cualitativa	-	Soltero, acompañado, casado, divorciado, viudo	Hoja de datos inicial
<i>Escolaridad</i>	Conjunto de cursos que un estudiante sigue en un establecimiento docente	Cualitativo	-	Analfabeta, primaria, secundaria, bachillerato, universidad.	Hoja de datos inicial
<i>Diagnóstico</i>	trastorno del estado de ánimo en el que las personas alternan entre periodos con episodios maníacos y depresivos, con etapas de eutimia entre episodios.	Cualitativo	Trastorno bipolar	Trastorno bipolar en fase depresiva, Trastorno bipolar en fase hipomaniaca, Trastorno bipolar en fase maniaca, Trastorno	Expediente clínico del paciente

				bipolar en fase mixta.	
<i>Comorbilidad entre trastornos de la conducta alimentaria y trastorno bipolar</i>	Ocurrencia simultánea de trastornos de conducta alimentaria y patología bipolar en una misma persona.	Cualitativo	Conducta alimentaria normal (0-13)  Conducta alimentaria patológica (14-30)	Puntuación obtenida en la Escala para las Alteraciones de la Conducta Alimentaria en el Trastorno Bipolar	Escala para las Alteraciones de la Conducta Alimentaria en el Trastorno Bipolar
<i>Rasgo impulso de delgadez</i>	Obsesión por la delgadez.  Característica fundamental de los trastornos de conducta alimentaria, esencial para el diagnóstico, los 7 ítems evalúan: a) deseo extremo por estar delgado, b) preocupación por la alimentación, c) preocupación por el peso, d) intenso temor a ganar peso.	Cualitativo	A mayor puntuación mayor presencia del rasgo.	Puntuación obtenida en el Inventario de trastornos de alimentación	Inventario de Trastornos de la Alimentación

<i>Sintomatología bulímica</i>	Tendencia a pensar en realizar atracones y tendencia de llevarlos a cabo posteriormente realizar actividades compensatorias	Cualitativo	A mayor puntuación mayor presencia del rasgo.	Puntuación obtenida en el Inventario de trastornos de alimentación	Inventario de Trastornos de la Alimentación
<i>Insatisfacción corporal</i>	Insatisfacción con la forma general del cuerpo y con el tamaño de partes concretas del mismo	Cualitativo	A mayor puntuación mayor presencia del rasgo.	Puntuación obtenida en el Inventario de trastornos de alimentación	Inventario de Trastornos de la Alimentación
<i>Perfeccionismo</i>	Medida en que el sujeto se impone a sí mismo la necesidad de alcanzar los más altos niveles de logro personal y la consecución de objetivos con el máximo nivel de exigencia (3 tipos de perfeccionismo)	Cualitativo	A mayor puntuación mayor presencia del rasgo.	Puntuación obtenida en el Inventario de trastornos de alimentación	Inventario de Trastornos de la Alimentación
<i>Desconfianza interpersonal</i>	Incomodidad, aprensión, resistencia que siente el sujeto ante las relaciones sociales; dificultades para expresar los pensamientos íntimos	Cualitativo	A mayor puntuación mayor presencia del rasgo.	Puntuación obtenida en el Inventario de trastornos de alimentación	Inventario de Trastornos de la Alimentación

	o los sentimientos a otras personas, tendencia a retirarse socialmente o a aislarse de los otros.				
<i>Conciencia interoceptiva</i>	Confusión relacionada con la incapacidad para reconocer con precisión los estados emocionales y responder apropiadamente a los mismos; dos conjuntos de ítems, el primero, el miedo las emociones que se refiere al malestar que se experimenta cuando las emociones son demasiado fuertes o intensas, el segundo, confusión ante las emociones, dificultad para identificar con precisión los estados emocionales.	Cualitativo	A mayor puntuación mayor presencia del rasgo.	Puntuación obtenida en el Inventario de trastornos de alimentación	Inventario de Trastornos de la Alimentación
<i>Miedo madurar</i>	Deseo de volver a la seguridad de la infancia.	Cualitativo	A mayor puntuación mayor	Puntuación obtenida en el Inventario de trastornos	Inventario de Trastornos de la Alimentación

			presencia del rasgo.	de alimentación	
<i>Baja autoestima</i>	Valoración negativa que hace el sujeto de sí mismo, sentimientos de inseguridad, ineficacia, incapacidad, desadaptación, ausencia de valía personal.	Cualitativo	A mayor puntuación mayor presencia del rasgo.	Puntuación obtenida en el Inventario de trastornos de alimentación	Inventario de Trastornos de la Alimentación

### **Análisis estadístico**

Se enrolaron un total de 60 pacientes, todos fueron tomados en cuenta para realizar el análisis de datos. El período de recolección de datos se llevó a cabo en el tiempo estipulado desde el mes de junio a noviembre de 2022 y fue realizado solamente por la investigadora. Se aplicaron los instrumentos al 100% de la población. Los datos obtenidos se ingresaron en una base de datos realizada en Excel Office 2022. La información fue analizada con el programa SSPS que es de libre descarga en la web. Los gráficos que se presentan fueron realizados con el programa Excel Office 2022 utilizando la base de datos. Para el análisis de las variables se utilizaron medidas de tendencia central y frecuencia.

## ***Limitantes***

Debido a la patología psiquiátrica de los pacientes a los cuales se les realizó el estudio se debía repetir en varias ocasiones las instrucciones, el tiempo de llenado de las escalas aumento debido a que los pacientes presentaban hipoprosexia, sobre todo en el Inventario de trastornos de la alimentación ya que este es extenso 64 items (escala tipo Likert).

## ***Criterios de inclusión y exclusión***

Se incluyeron pacientes con diagnóstico de trastorno Bipolar de ambos sexos, mayores de 18 años sin límite de edad que se encontraban ingresados en el servicio de Psiquiatría en el Hospital Policlínico Arce ISSS, que pudiesen realizar el llenado de los cuestionarios ya que son escalas autoaplicables. Pacientes que se encontraban conscientes, bajo su autonomía, que desearon participar voluntariamente en el estudio y que firmaron el consentimiento informado que se administró previamente.

Se excluyeron aquellos pacientes que no podían tomar decisiones por sí mismos debido a que estaban con esquema de sedación, aislados por razones médicas (COVID-19), pacientes que se encontraban con riesgo suicida, pacientes con ceguera o que presentaran dificultad para la lectura (dislexia). Además se excluyeron a los pacientes con diagnóstico de trastorno Bipolar que no cumplan las características para la realización de un estudio en población vulnerable (consciente, autónomo, voluntario). Ya que no se incluyó la participación de un testigo debido a que el participante debían entender, aceptar y realizar el llenado de las escalas ya que son autoaplicables.

## ***Consideraciones éticas***

La Investigación fue sometida a la aprobación por parte del Comité de Ética del Instituto Salvadoreño del Seguro Social, fue elaborada tomando en consideración los principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos definidos en la Declaración de Helsinki.

La información personal de los pacientes y los datos obtenidos son **confidenciales**. Se brindó de forma verbal y escrita la explicación en lenguaje entendible, sobre los objetivos del estudio, beneficios y posibles usos, para que los participantes comprendieran la temática y realizaran sus respectivas preguntas previas a aceptar participar del estudio.

Los participantes debían cumplir las características para la realización de un estudio en población vulnerable (consciente, autónomo, voluntario). Ya que no se incluyó la participación de un testigo debido a que el participante debía entender, aceptar y realizar el llenado de las escalas ya que son autoaplicables, además este estudio no fue invasivo, no presentó efectos secundarios, no se utilizaron fármacos y no tuvo compensación económica. La investigación fue realizada sin fines de lucro.

La participación fue voluntaria, para lo cual se completó un consentimiento informado (Anexo 1) (con firma o huella digital) el cual tuvo como fuente propia a partir del modelo de consentimiento informado recomendado por la Organización Mundial de la Salud.

Se solicitó la autorización a jefa del servicio de Hospitalización Psiquiatría del Hospital Policlínico Arce, para administrar escalas a pacientes y realizar revisión de expedientes.

## **Compartiendo los Resultados**

El conocimiento que se obtuvo al realizar esta investigación se podrá compartir con los pacientes antes de que se haga disponible al público. No se compartirá información confidencial.

Los resultados se compartirán al jefe de Enseñanza de la especialidad, al asesor, al jefe de Depto, al tribunal evaluador de la tesis. Para poder publicarla se incluyó el permiso dentro del consentimiento informado que firmaran los pacientes.

### **IV. RESULTADOS**

#### **1. Características sociodemográficas de la población estudiada.**

Del total de la muestra, el 55% (n=33) fueron mujeres y el 45% (n=27) fueron hombres ambos ingresados en el servicio de Hospitalización psiquiatría, los cuales cumplían criterios de inclusión y exclusión para ser parte de la investigación.

**Tabla 1.** Distribución por sexos.

		Frecuencia	Porcentaje
Sexo	Masculino	27	45.0
	Femenino	33	55.0
	Total	60	100.0

Fuente: Martínez Guardado MG. Trastornos de conducta alimentaria en patología bipolar, en el servicio de psiquiatría del hospital policlínico arce.

Para la edad se encontraron distribuidas desde los 18 años (n=2) hasta los 70 años (n=4), siendo el mayor porcentaje encontrado en el rango de 21 - 30 años con 28.3% (n=17) seguido del rango de años 31 - 40 con 25% (n=15).

**Tabla 2.** Distribución por edad.

		Frecuencia	Porcentaje
Edad	18 - 20	2	3.3
	21 - 30	17	28.3
	31 - 40	15	25.0
	41 - 50	12	20.0
	51 - 60	10	16.7
	61 - 70	4	6.7
	Total	60	100.0

Fuente: Martínez Guardado MG. Trastornos de conducta alimentaria en patología bipolar, en el servicio de psiquiatría del hospital policlínico arce.

En cuanto al estado civil de pacientes con trastorno bipolar ingresados en el servicio de hospitalización psiquiatría, el mayor porcentaje de pacientes son solteros con 43.3% (n=26) seguido de pacientes casados con 40.0% (n=24). En la **Tabla 3** se muestra la distribución por estado civil según edad del paciente.

**Tabla 3.** Distribución por estado civil según edad del paciente.

		Sexo		Total
		Masculino	Femenino	
Estado civil	Soltero	13	13	26
	Acompañado	3	1	4
	Casado	9	15	24
	Divorciado	0	3	3
	Viudo	2	1	3
Total		27	33	60

Fuente: Martínez Guardado MG. Trastornos de conducta alimentaria en patología bipolar, en el servicio de psiquiatría del hospital policlínico arce.

En cuanto a la escolaridad del paciente predominan aquellos que han cursado bachillerato y educación superior, el 45% (n=27) corresponde a los que cursaron bachillerato, seguido de 38.3% (n=23) los cuales son universitarios, 15% (n=9) finalizaron hasta secundaria y solo 1.7% (n=1) han estudiado hasta la primaria.

**Tabla 4.** Distribución según la escolaridad del paciente.

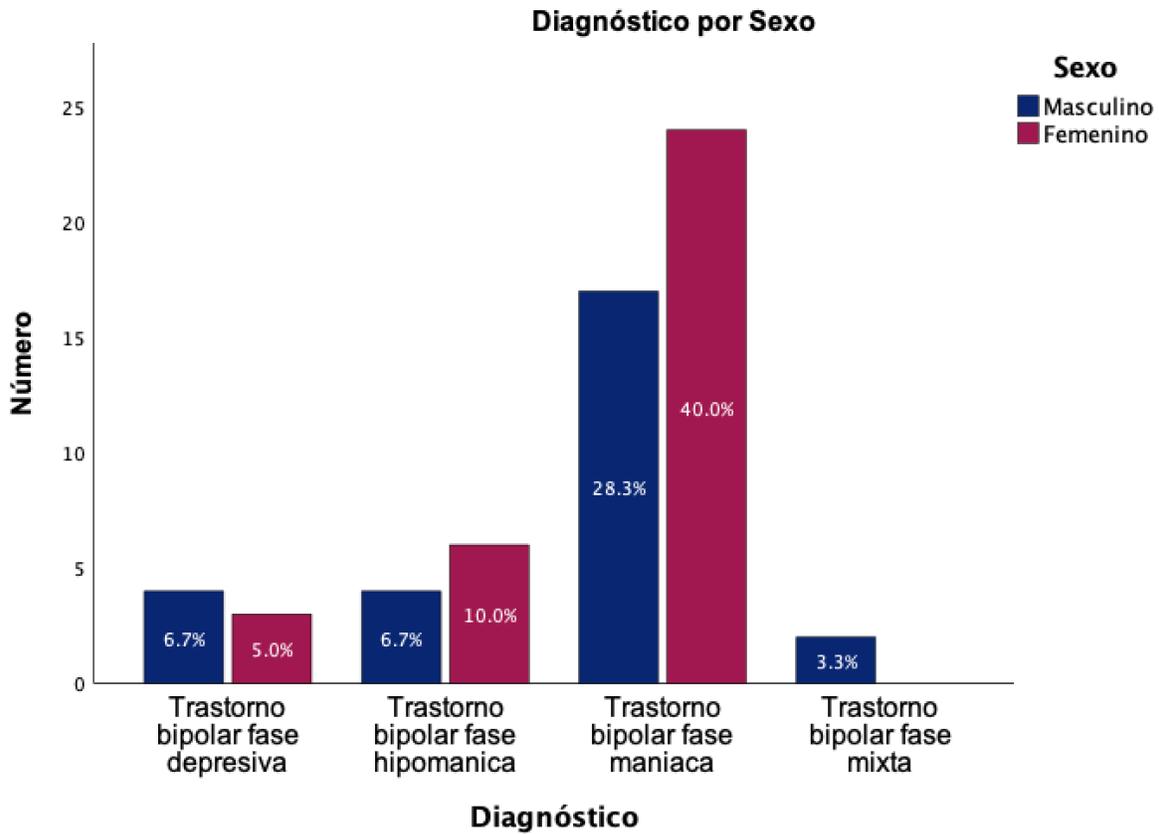
		Escolaridad	
		Frecuencia	Porcentaje
Válido	Primaria	1	1.7
	Secundaria	9	15.0
	Bachillerato	27	45.0
	Universitario	23	38.3
	Total	60	100.0

Fuente: Martínez Guardado MG. Trastornos de conducta alimentaria en patología bipolar, en el servicio de psiquiatría del hospital policlínico arce.

## **2. Diagnóstico**

Del total de la muestra el 68.3% (n=41) presentaron trastorno bipolar en fase maniaca, encontrándose mayor porcentaje en el sexo femenino en dicho diagnóstico con el 40% (n=24), mientras que en el sexo masculino presentó el 28.3% (n=17), seguido de trastorno bipolar en fase hipomaniaca con el 16.7% (n=10) del total de pacientes, el sexo femenino en dicho diagnóstico con el 10% (n=6), el sexo masculino presentó el 6.7% (n=4), mostrando menor porcentaje en trastorno bipolar en fase depresiva y fase mixta con el 11.7% (n=7) y 3.3% (n=2) respectivamente.

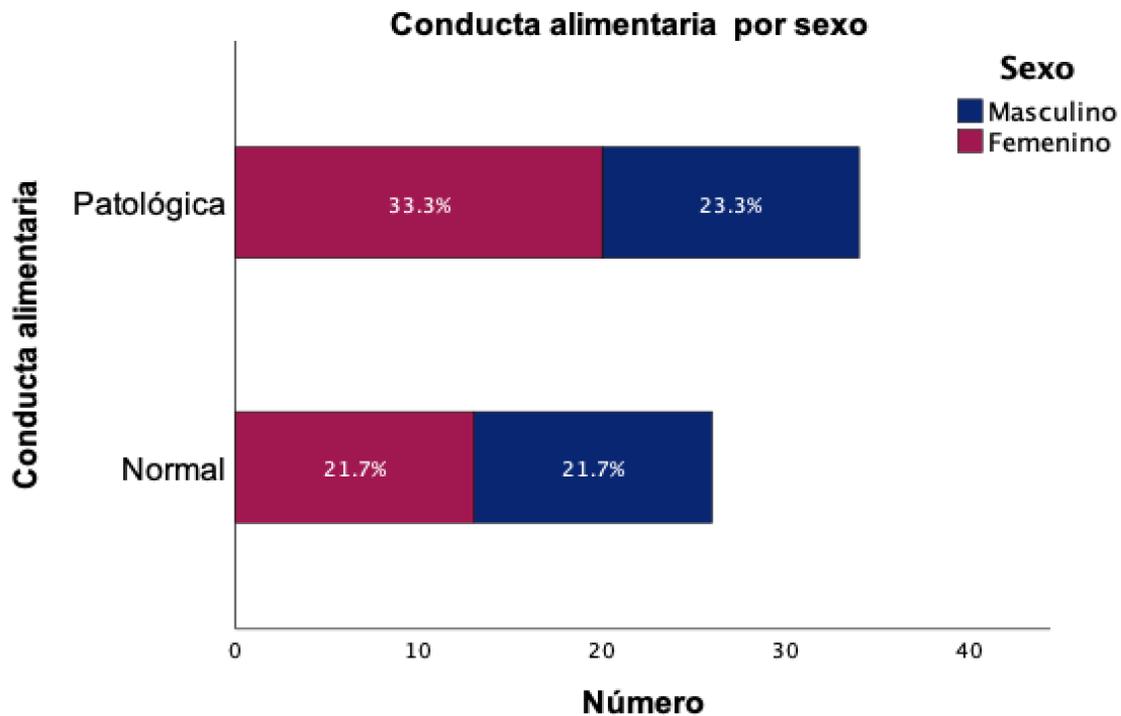
**Gráfico 1.** Distribución de diagnóstico según sexo.



Fuente: Martínez Guardado MG. Trastornos de conducta alimentaria en patología bipolar, en el servicio de psiquiatría del hospital policlínico arce.

En el **Gráfico 2** se evidencia que según el puntaje en la escala *Conducta Alimentaria en el Trastorno Bipolar (Bipolar Eating Disorder Scale, BEDS)* auto aplicada se reportó que de la muestra total el 56.7% (n=34) presentó conducta alimentaria patológica, con mayor porcentaje en el sexo femenino 33.3% (n=20), mientras que en el sexo masculino presentó el 23.3% (n=14). El 43.3% (n=26) del total de la muestra presentó conducta alimentaria normal.

**Gráfico 2.** Distribución de conducta alimentaria en pacientes con trastorno bipolar por sexo.



Fuente: Martínez Guardado MG. Trastornos de conducta alimentaria en patología bipolar, en el servicio de psiquiatría del hospital policlínico arce

### ***3. Rasgos psicológicos y conductuales que presentan los pacientes con trastorno bipolar y conducta alimentaria patológica***

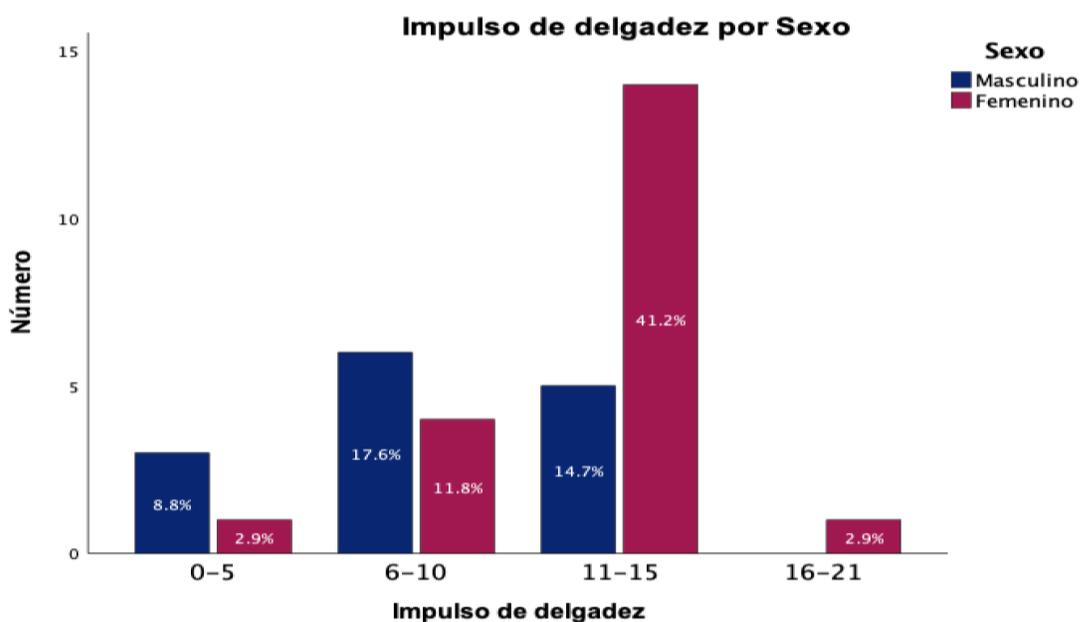
De los pacientes que fueron sometidos al *Inventario de Trastornos de la Alimentación (Eating Disorder Inventory, EDI)* (n=34), la mayor cantidad de pacientes estuvieron dentro del rango entre 11-15 puntos (n=19) en el rasgo de impulso a la delgadez, observándose que la mayor cantidad de ellos tenían diagnóstico de trastorno bipolar en fase maniaca (n=15). Además se observa en el **gráfico 3** que ese rango está presente en su mayoría en el sexo femenino 41.2% (n=14).

**Tabla 4.** Rasgo impulso de delgadez en trastorno bipolar.

	Diagnóstico	Diagnóstico				Total
		Trastorno bipolar fase depresiva	Trastorno bipolar fase hipomanica	Trastorno bipolar fase maniaca	Trastorno bipolar fase mixta	
Impulso de delgadez	0-5	0	2	2	0	4
	6-10	1	2	5	2	10
	11-15	3	1	15	0	19
	16-21	1	0	0	0	1
Total		5	5	22	2	34

Fuente: Martínez Guardado MG. Trastornos de conducta alimentaria en patología bipolar, en el servicio de psiquiatría del hospital policlínico arce.

**Gráfico 3.** Distribución del impulso de delgadez por sexo.



Fuente: Martínez Guardado MG. Trastornos de conducta alimentaria en patología bipolar, en el servicio de psiquiatría del hospital policlínico arce.

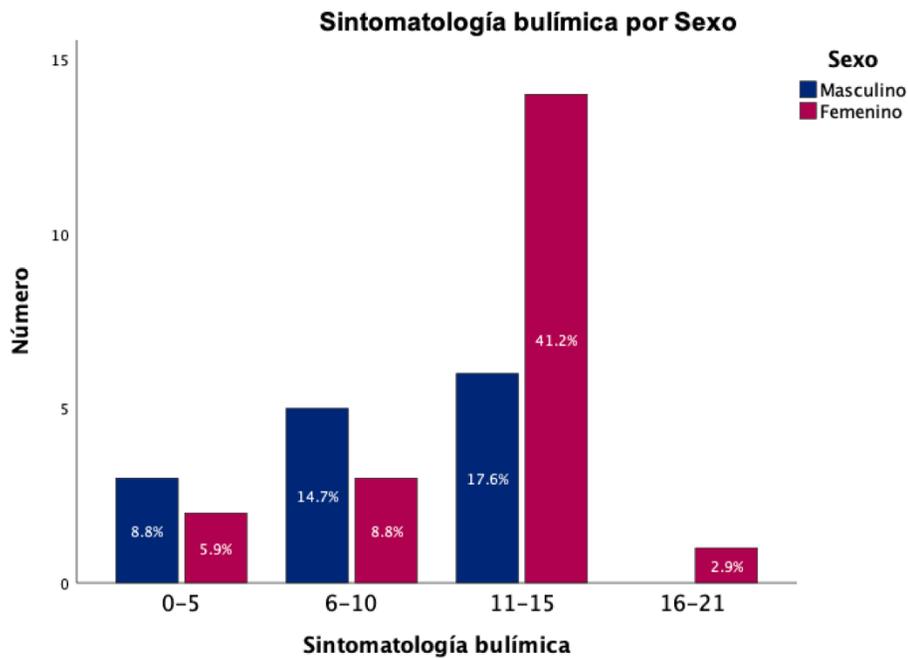
En cuanto a la sintomatología bulímica, se reportó que la mayoría de pacientes se encontraban dentro del rango 11-15 puntos (n=20), siendo los pacientes con trastorno bipolar en fase maniaca (n=16) los que más presentaban esta sintomatología. Además se observa en el **gráfico 4** que dicho esta presente en su mayoría en el sexo femenino 41.2% (n=14).

**Tabla 5.** Sintomatología bulímica en trastorno bipolar

		Diagnóstico				Total
		Trastorno bipolar fase depresiva	Trastorno bipolar fase hipomaníaca	Trastorno bipolar fase maniaca	Trastorno bipolar fase mixta	
Sintomatología bulímica	0-5	1	2	2	0	5
	6-10	3	2	3	0	8
	11-15	1	1	16	2	20
	16-21	0	0	1	0	1
Total		5	5	22	2	34

Fuente: Martínez Guardado MG. Trastornos de conducta alimentaria en patología bipolar, en el servicio de psiquiatría del hospital policlínico arce.

**Grafico 4.** Distribución sintomatología bulimica por sexo.



Fuente: Martínez Guardado MG. Trastornos de conducta alimentaria en patología bipolar, en el servicio de psiquiatría del hospital policlínico arce.

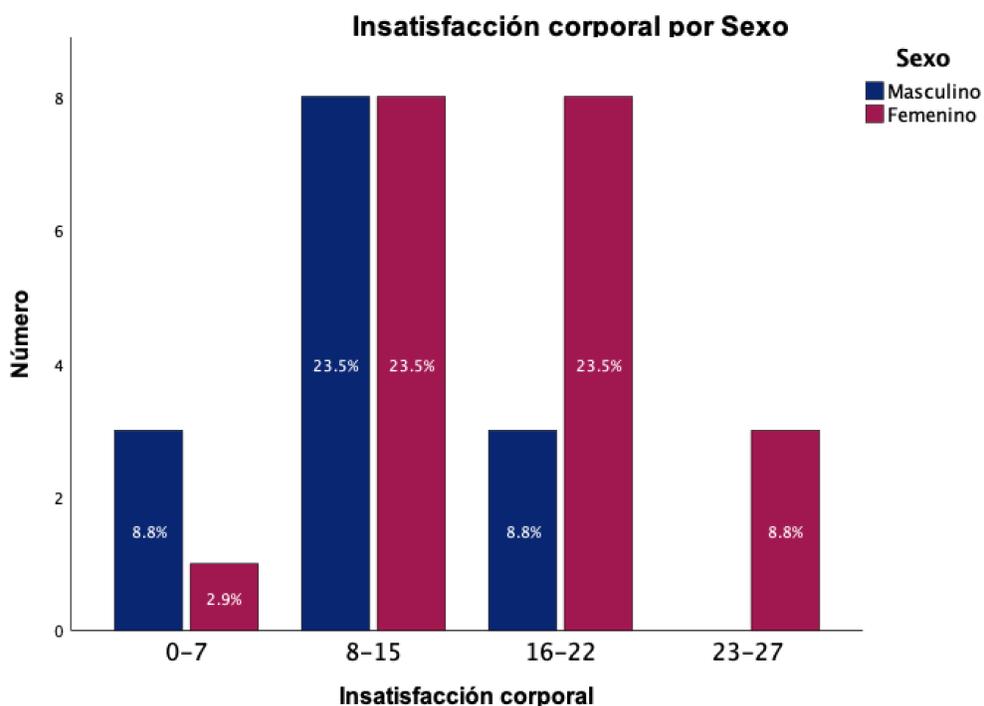
En cuanto a la insatisfacción corporal, se reportó que la mayoría de pacientes se encontraban dentro del rango 8-15 puntos (n=16), siendo los pacientes con trastorno bipolar en fase maniaca (n=10) los que más presentaban este rasgo. Además se observa en el **gráfico 5** que dicho rasgo está presente en su mayoría en el sexo femenino 23.5% (n=8).

**Tabla 6.** Insatisfacción corporal en trastorno bipolar.

		Diagnóstico				Total
		Trastorno bipolar fase depresiva	Trastorno bipolar fase hipomaníaca	Trastorno bipolar fase maniaca	Trastorno bipolar fase mixta	
Insatisfacción corporal	0-7	0	2	2	0	4
	8-15	1	3	10	2	16
	16-22	3	0	8	0	11
	23-27	1	0	2	0	3
Total		5	5	22	2	34

Fuente: Martínez Guardado MG. Trastornos de conducta alimentaria en patología bipolar, en el servicio de psiquiatría del hospital policlínico arce.

**Grafico 5.** Distribución de rasgo de insatisfacción corporal por sexo.



Fuente: Martínez Guardado MG. Trastornos de conducta alimentaria en patología bipolar, en el servicio de psiquiatría del hospital policlínico arce.

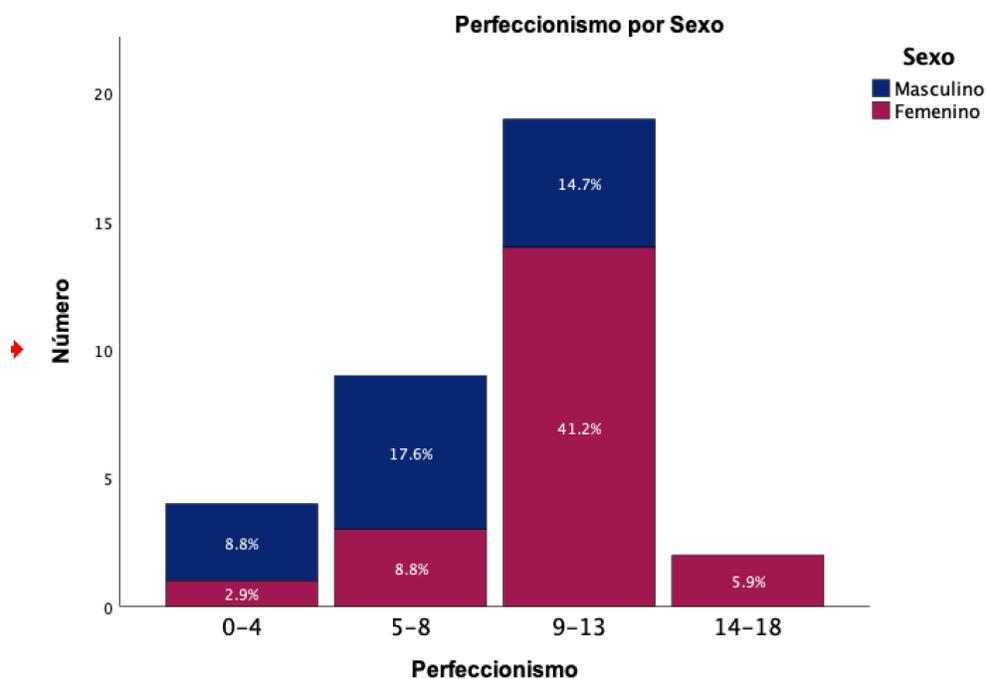
De los pacientes que fueron sometidos al *Inventario de Trastornos de la Alimentación (Eating Disorder Inventory, EDI)* (n=34), la mayor cantidad de pacientes estuvieron dentro del rango entre 9-13 puntos (n=14) para el rasgo de perfeccionismo observándose que la mayor cantidad de ellos tenían diagnóstico de trastorno bipolar en fase maniaca (n=14). . Además se observa en el **gráfico 6** que dicho rasgo esta presente en su mayoría en el sexo femenino 41.2.5% (n=14).

**Tabla 7.** Perfeccionismo en trastorno bipolar.

		Diagnóstico				Total
		Trastorno bipolar fase depresiva	Trastorno bipolar fase hipomanica	Trastorno bipolar fase maniaca	Trastorno bipolar fase mixta	
Perfeccionismo	0-4	0	2	2	0	4
	5-8	0	3	4	2	9
	9-13	5	0	14	0	19
	14-18	0	0	2	0	2
Total		5	5	22	2	34

Fuente: Martínez Guardado MG. Trastornos de conducta alimentaria en patología bipolar, en el servicio de psiquiatría del hospital policlínico arce

**Grafico 6.** Distribución de rasgo perfeccionismo por sexo.



Fuente: Martínez Guardado MG. Trastornos de conducta alimentaria en patología bipolar, en el servicio de psiquiatría del hospital policlínico arce.

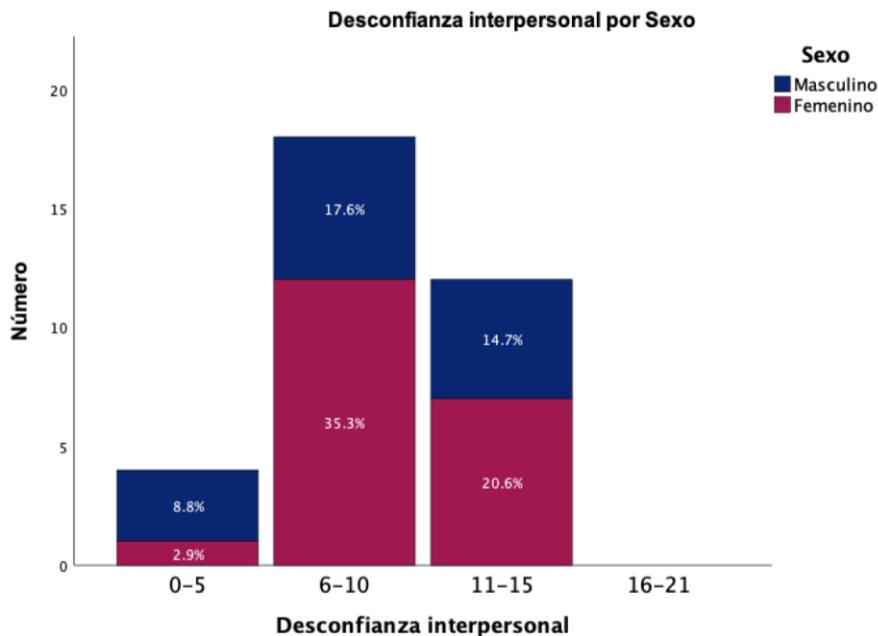
En cuanto a la desconfianza interpersonal, se reportó que la mayoría de pacientes se encontraban dentro del rango 6-10 puntos (n=18), siendo los pacientes con trastorno bipolar en fase maniaca (n=11) los que más presentaban este rasgo. Además se observa en el **gráfico 7** que dicho rasgo esta presente en su mayoría en el sexo femenino 35.3% (n=12).

**Tabla 8.** Desconfianza interpersonal en trastorno bipolar.

		Diagnóstico				Total
		Trastorno bipolar fase depresiva	Trastorno bipolar fase hipomanica	Trastorno bipolar fase maniaca	Trastorno bipolar fase mixta	
Desconfianza interpersonal	0-5	0	2	2	0	4
	6-10	5	2	11	0	18
	11-15	0	1	9	2	12
Total		5	5	22	2	34

Fuente: Martínez Guardado MG. Trastornos de conducta alimentaria en patología bipolar, en el servicio de psiquiatría del hospital policlínico arce

**Gráfico 7.** Distribución de rasgo sobre desconfianza interpersonal por sexo.



Fuente: Martínez Guardado MG. Trastornos de conducta alimentaria en patología bipolar, en el servicio de psiquiatría del hospital policlínico arce.

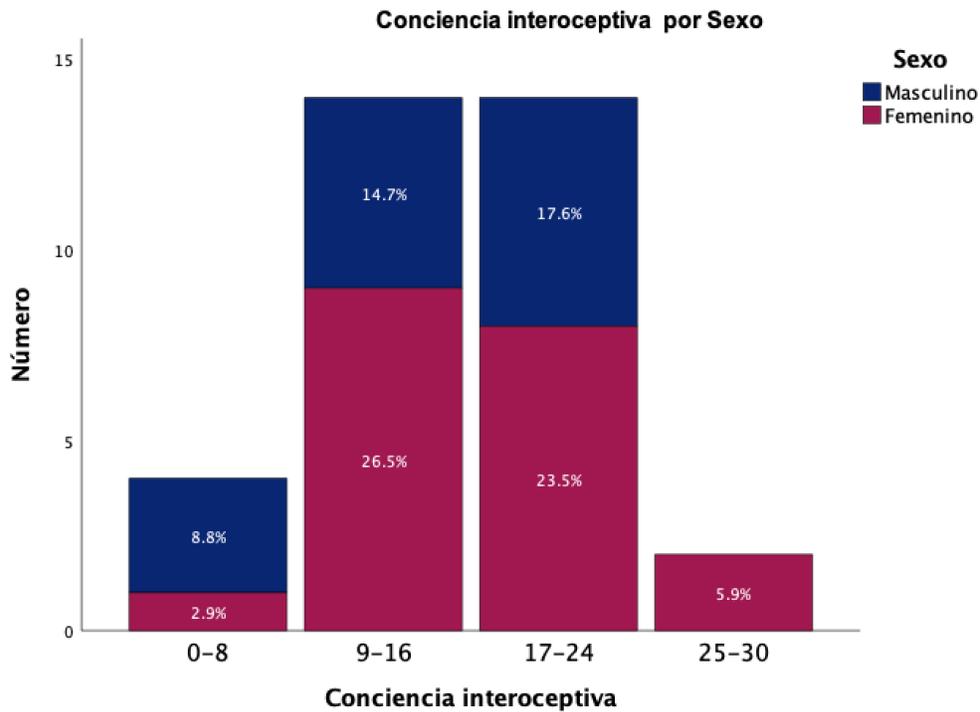
En cuanto a la conciencia interoceptiva, se reportó que los pacientes se encontraban en igual número dentro del rango 9-16 puntos (n=14) y 17-24 (n=14) siendo los pacientes con trastorno bipolar en fase maniaca (n=11) y (n=7) respectivamente los que más presentaban este rasgo. Además se observa en el **gráfico 8** que dicho rasgo está presente en su mayoría en el sexo femenino 26.5% (n=9).

**Tabla 9.** Conciencia interoceptiva en trastorno bipolar.

		Diagnóstico				Total
		Trastorno bipolar fase depresiva	Trastorno bipolar fase hipomaníaca	Trastorno bipolar fase maniaca	Trastorno bipolar fase mixta	
Conciencia interoceptiva	0-8	0	2	2	0	4
	9-16	1	2	11	0	14
	17-24	4	1	7	2	14
	25-30	0	0	2	0	2
<b>Total</b>		5	5	22	2	34

Fuente: Martínez Guardado MG. Trastornos de conducta alimentaria en patología bipolar, en el servicio de psiquiatría del hospital policlínico arce

**Grafico 8.** Distribución de rasgo sobre conciencia interoceptiva por sexo.



Fuente: Martínez Guardado MG. Trastornos de conducta alimentaria en patología bipolar, en el servicio de psiquiatría del hospital policlínico arce.

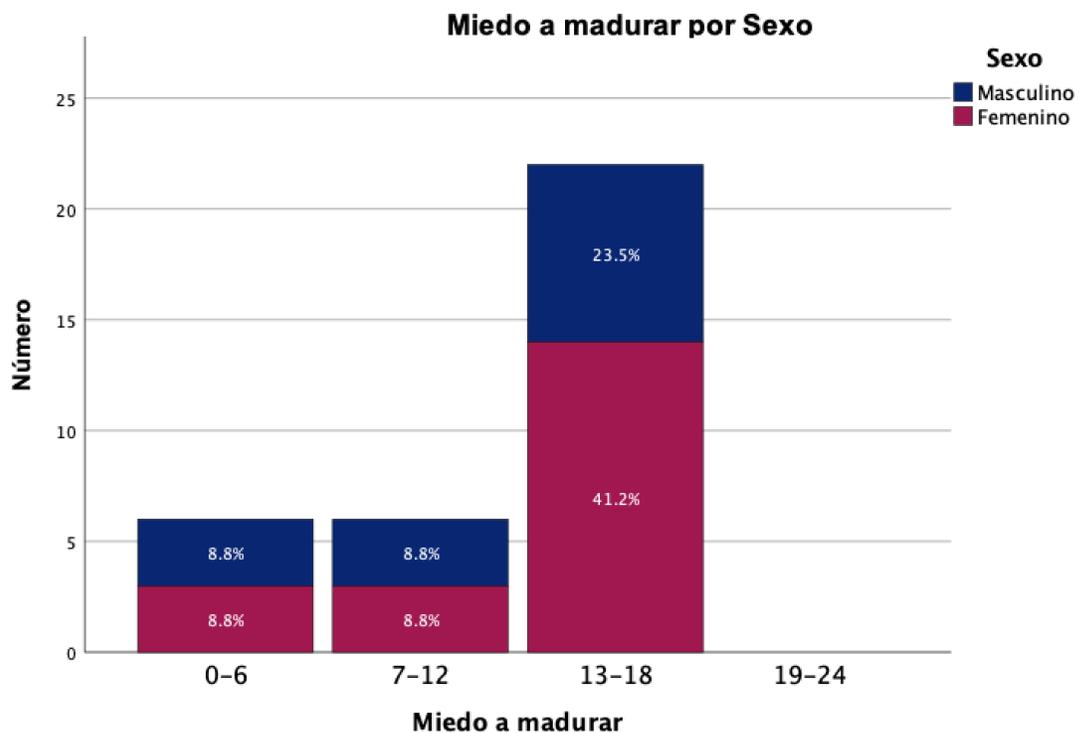
En cuanto al miedo a madurar, se reportó que la mayoría de pacientes se encontraban dentro del rango 13-18 puntos ( $n=22$ ), siendo este el rango más alto, del cual los pacientes con trastorno bipolar en fase maniaca ( $n=14$ ) fueron los que más presentaban dicho rasgo. Además se observa en el **gráfico 9** que dicho rasgo está presente en su mayoría en el sexo femenino 41.2% ( $n=14$ ).

**Tabla 10.** Miedo a madurar en trastorno bipolar.

		Diagnóstico				Total
		Trastorno bipolar fase depresiva	Trastorno bipolar fase hipomanica	Trastorno bipolar fase maniaca	Trastorno bipolar fase mixta	
Miedo a madurar	0-6	0	2	4	0	6
	7-12	0	2	4	0	6
	13-18	5	1	14	2	22
Total		5	5	22	2	34

Fuente: Martínez Guardado MG. Trastornos de conducta alimentaria en patología bipolar, en el servicio de psiquiatría del hospital policlínico arce.

**Grafico 9.** Distribución de rasgo sobre miedo a madurar por sexo.



Fuente: Martínez Guardado MG. Trastornos de conducta alimentaria en patología bipolar, en el servicio de psiquiatría del hospital policlínico arce.

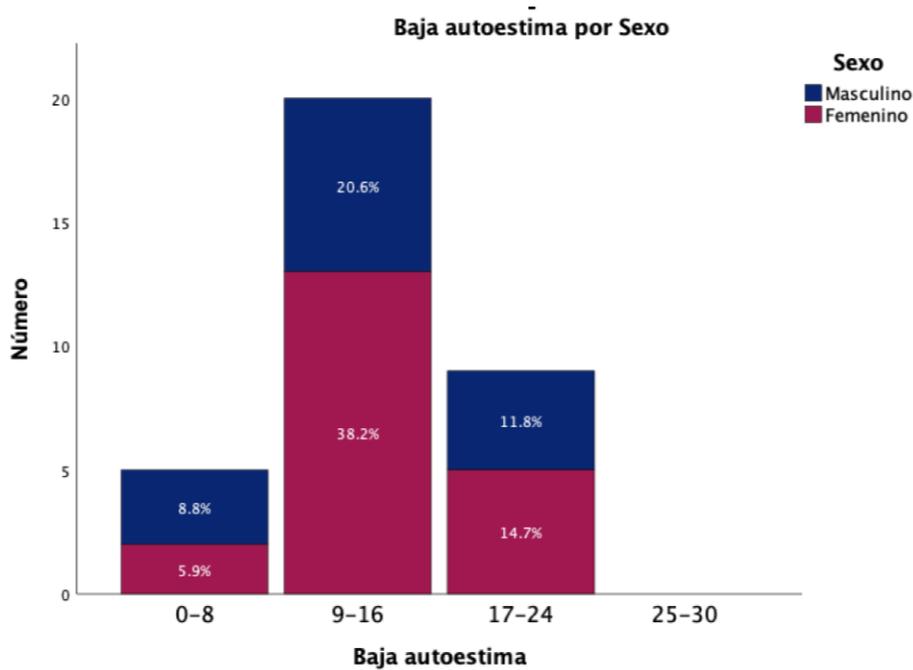
En cuanto a la baja autoestima, se reportó que la mayoría de pacientes se encontraban dentro del rango 9-16 puntos (n=20), siendo los pacientes con trastorno bipolar en fase maniaca (n=15) los que más presentaban este rasgo. Además se observa en el **gráfico 10** que dicho rasgo está presente en su mayoría en el sexo femenino 38.2% (n=13).

**Tabla 11.** Baja autoestima en trastorno bipolar.

		Diagnóstico				Total
		Trastorno bipolar fase depresiva	Trastorno bipolar fase hipomaníaca	Trastorno bipolar fase maniaca	Trastorno bipolar fase mixta	
Baja autoestima	0-8	1	2	2	0	5
	9-16	3	2	15	0	20
	17-24	1	1	5	2	9
Total		5	5	22	2	34

Fuente: Martínez Guardado MG. Trastornos de conducta alimentaria en patología bipolar, en el servicio de psiquiatría del hospital policlínico arce.

**Gráfico 10.** Distribución de rasgo sobre baja autoestima por sexo.



Fuente: Martínez Guardado MG. Trastornos de conducta alimentaria en patología bipolar, en el servicio de psiquiatría del hospital policlínico arce.

## V. Discusión

El estudio pretendía detectar la presencia de trastornos de conducta alimentaria en pacientes con trastorno bipolar, además de reconocer los diferentes rasgos psicológicos y conductuales presentes en esta comorbilidad, todos los objetivos fueron cumplidos.

La mayoría de pacientes estudiados presentó conducta alimentaria patológica, esto concuerda con la literatura internacional que reporta la presencia comórbida de trastornos de conducta alimentaria en pacientes con trastorno bipolar es elevada, Las tasas de prevalencia de los TCA en los TB son muy diferentes según los estudios de los últimos años, desde un 5,3% hasta un 31% (2).

En cuanto al perfil sociodemográfico de los pacientes con trastorno bipolar se encontró que la mayoría fueron adultos entre los 21 a 30, años con predominancia en el sexo femenino que concuerda con las tendencias observadas que dicha patología tiene lugar entre la adolescencia tardía y la adultez joven, alrededor de los 25 años (1). Respecto al estado civil los pacientes se encontraban e su mayoría solteros, lo cual coincide con datos de estudios internacionales donde se realiza una correlación negativa con el número de participantes masculinos y con los participantes que tienen pareja. (4,5)

Se observó que la mayoría de los pacientes que realizó la *Escala para las Alteraciones de la Conducta Alimentaria en el Trastorno Bipolar (Bipolar Eating Disorder Scale, BEDS)* presentó conducta alimentaria patológica este dato coincide con estudios actuales donde se encontró que, entre pacientes con trastorno bipolar, los desórdenes alimenticios eran comunes, y se asociaron con el género femenino, además se ha estudiado el comportamiento nutricional entre adolescentes y adultos jóvenes con trastorno bipolar en comparación con aquellos sin antecedentes de trastorno psiquiátrico mayor.

Los hábitos dietéticos en pacientes con trastorno bipolar tienen comportamientos nutricionales más deficientes, y esta diferencia está relacionada con la alimentación inducida por el estrés, ansiedad, tristeza, hiperactividad (5,6).

En cuanto a la presencia de trastornos de conducta alimentaria y fase de trastorno bipolar se reportó que la mayoría de pacientes se encontraban en fase maniaca, Existe diferencia en este caso, a lo publicado en estudios internacionales donde se observa que el riesgo de padecer trastornos de conducta alimentaria fue significativamente mayor en los individuos con hipomanía o trastorno depresivo mayor que en la muestra general, pero no en las personas con manía. (4)

Aquellos pacientes que presentaron conducta alimentaria patológica y se sometieron al *Inventario de trastornos de la alimentación* presentaron puntuaciones altas en cada escala, las cuales no tienen puntos de corte, a mayor puntuación mayor presencia del rasgo, dicho inventario no pretende proporcionar un diagnóstico de trastorno de conducta alimentaria, sino ofrecer una medida de los rasgos psicológicos y de las agrupaciones de síntomas relevantes, evaluación de dominios psicológicos relevantes para comprensión y tratamiento de trastornos de conducta alimentaria, proporcionar puntuaciones independientes que pueden ayudar a obtener el perfil clínico de los pacientes, los perfiles se pueden emplear para planificar el tratamiento, identificar áreas específicas de intervención y valorar la respuesta al tratamiento. (8)

## VI. Conclusiones

1. Existe prevalencia de trastornos de conducta alimentaria en la población con trastorno bipolar que se ingresan en el servicio de Hospitalización Psiquiatría del Hospital Policlínico Arce
2. El perfil sociodemográfico del paciente con trastorno bipolar, es una persona, de sexo femenino, entre los 21- 30 años, soltero/a o casado/a, que predominantemente el nivel de educación es bachillerato.
3. Conducta alimentaria patológica como comorbilidad psiquiátrica en el paciente con trastorno bipolar.
4. Es más frecuente en el sexo femenino la presencia de esta asociación entre trastornos de conducta alimentaria y trastorno bipolar.
5. Pacientes con trastorno bipolar en fase maniaca presentan en su mayoría conductas alimentarias patológicas.
6. El impulso a la delgadez, sintomatología bulímica, perfeccionismo y miedo a madurar fueron los rasgos que presentaron la mayor puntuación en los pacientes con conductas alimentarias patológicas con predominancia en el sexo femenino.

## VII. Recomendaciones

- Tamizar a los pacientes con trastorno bipolar a través de la aplicación de la *Escala para las Alteraciones de la Conducta Alimentaria en el Trastorno Bipolar (Bipolar Eating Disorder Scale, BEDS)* para identificar tempranamente el desarrollo de trastornos de conducta alimentaria, con el fin de garantizar un tratamiento multidisciplinario, elección minuciosa de tratamiento que pueda mejorar la calidad de vida del paciente, evolución y la detección de recaídas.
- Proyecto “Creación de grupo para pacientes con trastornos de conducta alimentaria”, para proveer psicoeducación, apoyo e implementar actividades de prevención de recaídas.
- Referir a nutrición y medicina interna a pacientes que cursen con ambas patologías, con el fin de brindar un manejo multidisciplinario.

## VIII. Referencias

1. Martínez O, Montalván O, Betancourt Y. Trastorno Bipolar. Consideraciones clínicas y epidemiológicas. Revista Médica Electrónica, 2019; 41(2), 467-482.  
Disponible en:  
<https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=88142>
2. Álvarez D, Rojas L. Comorbilidad entre el trastorno bipolar y los trastornos de la conducta alimentaria. Revista de psiquiatría y salud mental. 2015;8(4):232-24. doi:10.1016/j.rpsm.2014.12.001  
Disponible en:  
<https://www.elsevier.es/es-revista-revista-psiquiatria-salud-mental--286-articulo-comorbilidad-entre-el-trastorno-bipolar-S1888989115000257>
3. McElroy SL, Crow S, Blom TJ, Biernacka JM, Winham SJ, Geske J, et. al. Prevalence and correlates of DSM-5 eating disorders in patients with bipolar disorder. Journal of Affective Disorders. 2015; 191:216–221. doi: 10.1016/j.jad.2015.11.010  
Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26682490/>
4. Bermudez O, Devlin M, Dooley-Hash S, Guarda A, Katzman D, Madden S, et al. Trastornos de la conducta alimentaria. Guía de cuidados médicos. 3ra edición. Reporte AED. 2016.  
Disponible en:  
[https://higherlogicdownload.s3.amazonaws.com/AEDWEB/27a3b69a-8aae-45b2-a04c-2a078d02145d/UploadedImages/AED\\_Medical\\_Care\\_Guidelines\\_SPANISH\\_04\\_09\\_18.pdf](https://higherlogicdownload.s3.amazonaws.com/AEDWEB/27a3b69a-8aae-45b2-a04c-2a078d02145d/UploadedImages/AED_Medical_Care_Guidelines_SPANISH_04_09_18.pdf)

5. Balzafiore DR, Rasgon NL, Yuen LD, Shah S, Kim H, Goffin KC, et. Al Lifetime eating disorder comorbidity associated with delayed depressive recovery in bipolar disorder. International Journal of Bipolar disorders 2017; 5:25. doi 10.1186/s40345-017-0094-4  
Disponible en: <https://europepmc.org/article/pmc/5554118>
6. Martin K, Woo J, Timmins V, Collins J, Islam A, Newton D, et. al. Binge eating and emotional eating behaviors among adolescents and young adults with bipolar disorder. Journal of Affective Disorders. 2016; 195. doi: 10.1016/j.jad.2016.02.030  
Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26890288/>
7. McDonald, C, Rossell S, Phillipou A. The comorbidity of eating disorders in bipolar disorder and associated clinical correlates characterised by emotion dysregulation and impulsivity: A systematic review. Journal of Affective Disorders.2019;259:228–243. doi:10.1016/j.jad.2019.08.070  
Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31446385/>
8. Garcia J, Portilla M, Bascarán M, Sáiz P, Bousoño M Banco de instrumentos básicos para la práctica de la psiquiatría clínica. 2da edición. 2002  
Disponible en:  
[https://www.academia.edu/20277438/Banco\\_de\\_instrumentos\\_basicos\\_para\\_la\\_practica\\_de\\_la\\_psiquiatria\\_clinica](https://www.academia.edu/20277438/Banco_de_instrumentos_basicos_para_la_practica_de_la_psiquiatria_clinica)

9. Guarín M. Trastorno bipolar en pacientes con trastorno del comportamiento alimentario; Revista avances en psiquiatría 2006, vol. 6.

Disponible en:

[https://www.researchgate.net/profile/Maritza-Guarin/publication/281275760\\_VARIABLES\\_ASOCIADAS\\_CON\\_RESPUESTA\\_POBRE\\_A\\_ESTABILIZADORES\\_DEL\\_ANIMO\\_EN\\_PACIENTES\\_CON\\_TRASTORNO\\_BIPOLAR\\_Y\\_TRASTORNOS\\_DEL\\_COMPORTAMIENTO\\_ALIMENTARIO/links/55de2faf08ae79830bb5866f/VARIABLES-ASOCIADAS-CON-RESPUESTA-POBRE-A-ESTABILIZADORES-DEL-ANIMO-EN-PACIENTES-CON-TRASTORNO-BIPOLAR-Y-TRASTORNOS-DEL-COMPORTAMIENTO-ALIMENTARIO.pdf](https://www.researchgate.net/profile/Maritza-Guarin/publication/281275760_VARIABLES_ASOCIADAS_CON_RESPUESTA_POBRE_A_ESTABILIZADORES_DEL_ANIMO_EN_PACIENTES_CON_TRASTORNO_BIPOLAR_Y_TRASTORNOS_DEL_COMPORTAMIENTO_ALIMENTARIO/links/55de2faf08ae79830bb5866f/VARIABLES-ASOCIADAS-CON-RESPUESTA-POBRE-A-ESTABILIZADORES-DEL-ANIMO-EN-PACIENTES-CON-TRASTORNO-BIPOLAR-Y-TRASTORNOS-DEL-COMPORTAMIENTO-ALIMENTARIO.pdf)

10. Romo-Nava F, Blom TJ, Guerdjikova A, Winham SJ, Cuellar-Barboza AB, McElroy S. L. Evening Chronotype, Disordered Eating Behavior, and Poor Dietary Habits in Bipolar Disorder. Acta Psychiatrica Scandinavica. 2020; 42(1):58-65. doi:10.1111/acps.13179

Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32335894/>

## IX. Anexos

### Anexo 1



### Consentimiento informado

Mi nombre es María Gracia Martínez Guardado, médico residente de segundo año de la especialidad de Psiquiatría y Salud mental de la Universidad de El Salvador. Me dirijo a usted ya que me encuentro realizando la investigación con el título **“Trastornos de conducta alimentaria en patología bipolar, en el Servicio de Psiquiatría del Hospital Policlínico Arce”**.

Se le invita cordialmente a participar de esta investigación. No tiene que decidir hoy si participar o no en esta investigación. Antes de decidirse, puede hablar con alguien que se sienta cómodo sobre la investigación.

Puede que haya algunas palabras que no entienda. Por favor, si tiene alguna duda puede hacerlo saber y se le brindara las explicaciones del caso.

El propósito de la investigación es **evidenciar la asociación entre los trastornos de conducta alimentaria y enfermedad Bipolar** ya que esta es una de las enfermedades por las que más se consulta en el área de de Psiquiatría y salud mental. El averiguar si existe dicha correlación ayudará a la prevención de descompensaciones y complicaciones medicas.

Por lo que se está invitando a todos los adultos, de ambos sexos con Trastorno Bipolar que se encuentran ingresados en el servicio de Hospitalización psiquiatría del Hospital Policlínico Arce.

Este estudio incluirá solamente el llenado de cuestionarios para evaluar alteraciones en la conducta alimentaria

Su participación en esta investigación es totalmente voluntaria. Usted puede elegir participar o no hacerlo. Tanto si elige participar o no, continuarán todos los servicios que recibe normalmente en el servicio de hospitalización y nada cambiará. Usted puede cambiar de idea más tarde y dejar de participar aún cuando haya aceptado antes.

Dicha investigación se llevará a cabo de la siguiente manera:

- Se revisará diariamente de (7:00 am- 8:00 am) la base de datos de ingresos para identificar pacientes con enfermedad bipolar.
- Se realizará el abordaje del participante en horario de 2:00 pm – 3:00 pm, ya que no interfiere con tiempos de comida, actividades de terapia ocupacional o evaluación por parte de psiquiatras, si en dado caso no se encuentra por toma de procedimientos u otra actividad, se regresará el día siguiente para que pueda ser parte de dicha investigación.
- Se explicará el llenado del cuestionario para las Alteraciones de la Conducta Alimentaria en el Trastorno Bipolar, el cual debe ser llenado por el participante, posteriormente se destinarán 10 minutos para la evaluación de dicho cuestionario por parte del investigador.
- Sí se verifica con el cuestionario previa que paciente presenta alteración de conducta alimentaria se pasará al siguiente cuestionario que deberá ser llenado por el participante : Inventario de Trastornos de la Alimentación el cual ayuda para saber cual de las alteraciones en la conducta alimentaria esta presente (aumento de consumo de alimentos, privación, disminución del consumo de alimentos o mecanismos de compensación al comer grandes cantidades, entre ellos vomitar, ejercicio excesivo, toma de laxantes etc.)
- Posteriormente se reportarán los resultados a su médico psiquiatra a cargo para que de un seguimiento a dichos hallazgos.

La investigación durará 6 meses en total.

Durante ese tiempo, será necesario la realización de los cuestionarios antes descritos mientras se encuentre hospitalizado, en una única ocasión por 1 hora.

Dicho estudio no es invasivo, no presenta efectos secundarios, no se utilizarán fármacos y no tendrá compensación económica. Posteriormente los datos serán ingresados a una base en Excel, se realizará su respectivo análisis para determinar la existencia de los trastornos de la conducta alimentaria en pacientes con trastorno bipolar, posteriormente se presentará y publicará dicho estudio.

Los beneficios de participar en el estudio son contar con información actualizada sobre la asociación de trastorno bipolar y alteraciones de conducta alimentaria, en el Instituto Salvadoreño del Seguro Social, que apoyen en la evaluación y en las intervenciones que se realizarán en aras de prevenir complicaciones médicas que la coexistencia de ambas patologías pueda originar.

Puede que no halla beneficio para usted, pero es probable que su participación nos ayude a encontrar una respuesta sobre esta asociación. Puede que no haya beneficio para la sociedad en el presente estado de la investigación, pero es probable que generaciones futuras se beneficien.

Hay que aclarar que los datos personales serán protegidos y utilizados únicamente con fines de formación y desarrollo profesional para la investigación del centro.

No se compartirá la identidad de aquellos que participen en la investigación. La información que se recoja en este proyecto de investigación se mantendrá confidencial.

Cualquier información acerca de usted tendrá un número en vez de su nombre. Solo el investigador sabrá cual es su número y se mantendrá la información en un lugar seguro. No será compartida ni entregada a nadie.

El paciente está en la total disposición de participar o no en dicha investigación, además de renunciar a ésta si lo desea y en cualquier momento sin consecuencia alguna.

Si tiene cualquier pregunta puede hacerlas ahora o más tarde, incluso después de haberse iniciado el estudio.

## FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO

Nombre de paciente:

Yo, \_\_\_\_\_ con número de identificación: \_\_\_\_\_, he sido informado sobre el estudio antes mencionado, he comprendido las explicaciones en él facilitadas acerca del propósito y desarrollo del estudio clínico sobre *Trastornos de conducta alimentaria en patología bipolar, en el Servicio de Psiquiatría del Hospital Policlínico Arce* y podido resolver todas las dudas y preguntas que he planteado al respecto.

Sé que puede que no haya beneficios para mi persona y que no se me recompensará económicamente.

Se me ha proporcionado el nombre del investigador que puede ser fácilmente contactado si es necesario.

También comprendo que, en cualquier momento y sin necesidad de dar ninguna explicación o que ello repercuta en mis cuidados médicos, puedo revocar mi participación.

He sido informado de que mis datos personales serán protegidos y utilizados únicamente con fines de formación y desarrollo profesional para la investigación del centro.

Tomando todo ello en consideración y en tales condiciones, consiento libre y voluntariamente participar en el estudio y que los datos que se deriven de mi participación sean utilizados para la consecución de los objetivos del estudio en cuestión.

En \_\_\_\_\_, a \_\_\_\_\_, de 20\_\_\_\_.

Firma o huella de paciente responsable:

## Anexo 2

<b>Número correlativo de paciente:</b>				
<b>Variable</b>				
1. Edad:				
2. Sexo:				
Masculino=1			Femenino=2	
3. Estado civil				
Soltero=1	Acompañado=2	Casado=3	Divorciado=4	Viudo=5
4. Escolaridad				
Analfabeto=1	Primaria=2	Secundaria=3	Bachillerato=4	Universidad=5
5. Diagnostico				
Trastorno bipolar en fase depresiva=1	Trastorno bipolar en fase hipomaniaca=2	Trastorno bipolar en fase maniaca=3	Trastorno bipolar en fase mixta =4	

### Anexo 3

## 5.16. Escala para las Alteraciones de la Conducta Alimentaria en el Trastorno Bipolar (Bipolar Eating Disorder Scale, BEDS)

Paciente _____		Fecha ____/____/____		
Sexo ____ Edad ____ Diagnóstico _____				
<b>BARCELONA BIPOLAR EATING DISORDER SCALE</b>				
	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>
1. ¿Tiene dificultad en seguir los horarios de las diferentes comidas de forma regular sin saltarse ninguna?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. ¿Cree que su estado de ánimo le influye en tener más o menos apetito?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. ¿Alguna vez se ha levantado durante la noche con la necesidad de comer?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. ¿Le cuesta parar de comer siempre que se lo propone, aunque esté lleno?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Cuando se siente deprimido/a, ¿tiene tendencia a comer más?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Si se encuentra eufórico/a, ¿le cambia el apetito?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. ¿A veces realiza atracones de comida, con la sensación de no poder parar de comer?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. ¿Diría que tiene tendencia a comer cosas dulces?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. ¿Considera que habitualmente tiene demasiado apetito y come en exceso?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. ¿Tiene tendencia a picar entre comidas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
0. Nunca 1. A veces 2. A menudo 3. Siempre	<b>Puntuación total</b>			<input type="text"/>

## Anexo 4



### 8.1.1. Inventario de Trastornos de la Alimentación (Eating Disorder Inventory, EDI)

1

	N	R	AV	AM	H	S
1. Como dulces e hidratos de carbono (pan, patatas, etc.) sin sentirme nervioso/a	<input type="checkbox"/>					
2. Pienso que mi estómago es demasiado grande	<input type="checkbox"/>					
3. Me gustaría que pudiera volver a la seguridad de la infancia	<input type="checkbox"/>					
4. Como cuando estoy disgustado/a	<input type="checkbox"/>					
5. Me atraco de comida	<input type="checkbox"/>					
6. Me gustaría ser más joven	<input type="checkbox"/>					
7. Pienso en seguir una dieta	<input type="checkbox"/>					
8. Me asusto cuando mis sensaciones/sentimientos son demasiado intensos	<input type="checkbox"/>					
9. Pienso que mis muslos son demasiado anchos	<input type="checkbox"/>					
10. Me siento ineficaz como persona	<input type="checkbox"/>					
11. Me siento extremadamente culpable después de haber comido en exceso	<input type="checkbox"/>					
12. Pienso que mi estómago tiene el tamaño adecuado	<input type="checkbox"/>					
13. Mi familia sólo valora como buenos aquellos rendimientos o resultados que están por encima de lo habitual	<input type="checkbox"/>					
14. El tiempo más feliz de la vida es cuando se es un niño	<input type="checkbox"/>					
15. Soy una persona que demuestra abiertamente sus sentimientos	<input type="checkbox"/>					
16. Me aterroriza ganar peso	<input type="checkbox"/>					
17. Confío en los demás	<input type="checkbox"/>					
18. Me siento solo/a en el mundo	<input type="checkbox"/>					
19. Me siento satisfecho/a con la forma de mi cuerpo	<input type="checkbox"/>					
20. Generalmente siento que las cosas de mi vida están bajo mi control	<input type="checkbox"/>					
21. Me siento confundido/a ante las emociones que siento	<input type="checkbox"/>					
22. Prefiero ser adulto que niño	<input type="checkbox"/>					
23. Me comunico fácilmente con los demás	<input type="checkbox"/>					
24. Me gustaría ser otra persona	<input type="checkbox"/>					
25. Exagero o aumento la importancia del peso	<input type="checkbox"/>					
26. Puedo identificar claramente las emociones que siento	<input type="checkbox"/>					
27. Me siento inadaptado/a	<input type="checkbox"/>					
28. Cuando me estoy atracando de comida siento que no puedo parar de hacerlo	<input type="checkbox"/>					
29. Cuando era niño/a intentaba por todos los medios evitar estar de acuerdo con mis padres y maestros	<input type="checkbox"/>					
30. Tengo amistades íntimas	<input type="checkbox"/>					
31. Me gusta la forma de mis nalgas	<input type="checkbox"/>					
32. Me preocupa el deseo de estar más delgado/a	<input type="checkbox"/>					
33. No sé lo que está pasando dentro de mí	<input type="checkbox"/>					
34. Tengo dificultad para expresar mis emociones hacia los demás	<input type="checkbox"/>					
35. Las exigencias del adulto son demasiado grandes	<input type="checkbox"/>					

N, nunca; R, raramente; AV, algunas veces; AM, a menudo; H, habitualmente; S, siempre.

	N	R	AV	AM	H	S
36. Me molesta ser menos que el/la mejor en las actividades que hago						
37. Me siento seguro/a de mí mismo/a						
38. Pienso en atracarme de comida						
39. Me siento feliz de no ser nunca más un niño/a						
40. No me doy cuenta de si tengo hambre o no						
41. Tengo una pobre opinión de mí mismo/a						
42. Pienso que puedo alcanzar mis metas						
43. Mis padres han esperado cosas excelentes de mí						
44. Estoy preocupado/a de que mis sentimientos se escapen a mi control						
45. Pienso que mis caderas son demasiado anchas						
46. Como moderadamente cuando estoy con gente y me atraco cuando estoy solo/a						
47. Después de haber comido poco me siento hinchado/a						
48. Pienso que las personas son más felices cuando son niños/as						
49. Si gano algo de peso, me preocupa el que pueda seguir aumentando						
50. Pienso que soy una persona útil						
51. Cuando estoy disgustado/a no sé si estoy triste, atemorizado/a o enojado/a						
52. Creo que las cosas las debo hacer perfectamente, o si no, no hacerlas						
53. Pienso en intentar vomitar con el fin de perder peso						
54. Necesito mantener a las personas a cierta distancia pues me siento incómodo/a si alguien intenta acercarse o entablar amistad						
55. Pienso que mis muslos tienen el tamaño adecuado						
56. Me siento interiormente vacío/a						
57. Puedo hablar sobre mis sentimientos y mis pensamientos personales						
58. El convertirme en adulto ha sido lo mejor de mi vida						
59. Creo que mis nalgas son demasiado anchas						
60. Tengo sentimientos/sensaciones que no puedo identificar claramente						
61. Como o bebo a escondidas						
62. Pienso que mis caderas tienen el tamaño adecuado						
63. Mis metas son excesivamente altas						
64. Cuando estoy disgustado/a, me preocupa el que pueda empezar a comer						

N, nunca; R, raramente; AV, algunas veces; AM, a menudo; H, habitualmente; S, siempre