

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO  
FACULTAD DE MEDICINA**

**DEPARTAMENTO DE PSICOLOGÍA MÉDICA,  
PSIQUIATRÍA Y SALUD MENTAL**

**HOSPITAL PSIQUIÁTRICO  
FRAY BERNARDINO ALVAREZ**

**PRESENCIA DE ALTERACIONES DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA EN  
PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE TRASTORNO BIPOLAR ACTUALMENTE  
EN REMISIÓN**

**TESIS**

**QUE PARA OBTENER EL GRADO DE ESPECIALIDAD EN PSIQUIATRÍA  
PRESENTA :**

**EDGAR LANDEROS GALICIA**

**Asesor Teórico:** DR MARCO ANTONIO LÓPEZ BUTRÓN. **Asesor Metodológico:** DRA CLAUDIA FOUILLOUX MORALES.

**ABRIL DEL 2008**

**ÍNDICE**



Universidad Nacional  
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

**Biblioteca Central**



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

*CON AMOR A MI ESPOSA, POR TODO: MAGALY*

INTRODUCCIÓN	3
MARCO DE REFERENCIA	4
JUSTIFICACIÓN	9
PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN	9
OBJETIVO GENERAL	10
MATERIAL Y MÉTODOS	11
RESULTADOS	13
DISCUSIÓN	17
CONCLUSIONES	19
ANEXO	20
REFERENCIAS	21

## INTRODUCCIÓN

Los trastornos de la alimentación son patologías que incrementaron en mayor medida su incidencia en los últimos años. La mayoría de personas afectadas por estos trastornos son mujeres adolescentes, si bien cada vez es mayor la prevalencia en hombres y adultos. Es muy difícil precisar los datos epidemiológicos reales, pues en una gran mayoría de casos estos trastornos no son diagnosticados debido a que las pacientes raramente revelan o comunican sus síntomas a los profesionales de la salud y también es infrecuente que lo hagan en el ámbito familiar.

El trastorno bipolar presenta una elevada comorbilidad con otros trastornos psiquiátricos. Los trastornos de la conducta alimentaria son frecuentes entre los pacientes bipolares, pero a pesar de ello las publicaciones sobre el tema son escasas. La prevalencia-vida del trastorno bipolar entre los pacientes afectados de anorexia o bulimia oscila entre 4% y 6%, si bien algunos autores sitúan estas cifras por encima del 10%. Disponemos de pocos estudios llevados a cabo sobre patología alimentaria y trastorno bipolar a pesar de la frecuente comorbilidad que podemos observar en la clínica diaria. Es por ello que se ha planteado la realización de este protocolo, con el fin de evaluar la presencia de trastornos de la alimentación en una muestra de pacientes con TB. El fin es observar en población mexicana la presencia de trastorno e incidir en el manejo, para ello se secciono una muestra de 35 pacientes con TB a los cuales se les aplico el BEDS (Bipolar Eating Disorder Scale) una escala para evaluar trastornos de la alimentación en pacientes bipolares.

## ANTECEDENTES

### TRASTORNOS ALIMENTARIOS Y SU COMORBILIDAD CON TRASTORNOS AFECTIVOS.

Los pacientes con trastornos alimentarios poseen mayor incidencia de trastornos afectivos que la población general <sup>(1)</sup>, mostrando una mayor prevalencia de depresión mayor, tanto en la anorexia nerviosa como la bulimia. La frecuente asociación entre ambos cuadros está bien documentada <sup>(2)</sup>. La mayoría de los estudios en este tópico se ha focalizado en la correlación entre las patologías alimentarias y la depresión unipolar <sup>(3,4)</sup>, así como el trastorno bipolar, en particular, el tipo II, más habitual en pacientes bulímicas que tienen un trastorno más severo y crónico <sup>(5)</sup>.

La incidencia de una alteración afectiva entre anoréxicas oscila entre 52% <sup>(6)</sup> y 98% <sup>(7)</sup>, siendo la depresión el trastorno más común; en las pacientes bulímicas estas cifras fluctúan entre 52% y 83% y para depresión mayor entre 38% y 63%. La ocurrencia de trastorno afectivo bipolar II entre las anoréxicas se ha reportado desde un 9,7%, en un seguimiento a 10 años <sup>(8)</sup>, hasta 56% en pacientes hospitalizadas con desórdenes alimentarios que presentaban una sintomatología importante.

Por otra parte, se ha identificado un elevado rango de trastornos depresivos en familiares de pacientes con anorexia nerviosa y bulimia nerviosa, mayor que la observada en poblaciones control <sup>(9)</sup>. El trastorno bipolar suele hallarse en familiares de pacientes con anorexia purgativa y bulimia <sup>(10)</sup> se presume que existe una incidencia cruzada, no apreciándose aumento correspondiente del índice de trastornos alimentarios en los familiares de primer grado con trastornos depresivos, sugiriendo que estos desórdenes no comparten una misma patogénesis y que la transmisión de estos trastornos no va primordialmente ligada <sup>(11)</sup>.

En este momento la relación entre ambos desórdenes permanece poco clara. Se han evaluado varias hipótesis al respecto; algunas afirman que los trastornos alimentarios no son una variante de un trastorno afectivo, ni un equivalente depresivo <sup>(12)</sup>, sin embargo, estos supuestos han perdido consistencia. Vandereyken <sup>(13)</sup> propuso que la anorexia nerviosa y bulimia nerviosa pudieran ser una variante de algún trastorno afectivo y enfatizó que, a mayor sintomatología de ambas enfermedades, mayor era la patología depresiva. De hecho, muchos pacientes con desórdenes alimentarios refieren la presencia de "atracones" como un intento de mejorar su ánimo <sup>(14)</sup>. También se ha planteado la posibilidad de que factores ambientales y genéticos puedan conducir a un incremento de la vulnerabilidad para ambos desórdenes <sup>(15)</sup>. Se ha argumentado que las bases biológicas que subyacen a estos trastornos y que implican una disfunción adrenérgica y serotoninérgica, pueden ser compartidas. La inanición, a su vez, induce síntomas depresivos <sup>(16)</sup> que han sugerido similitudes en alteraciones serotoninérgicas entre depresión y trastornos alimentarios.

Existen escasos trabajos acerca de la incidencia de trastornos alimentarios en trastornos del estado de ánimo. En estudios en los que se ha determinado la relación temporal entre el trastorno alimentario y el trastorno depresivo, sólo en una pequeña minoría de casos se ha apreciado que la alteración del estado de ánimo precede al desorden alimentario <sup>(17)</sup>. Aproximadamente la mitad de las personas con anorexia nerviosa afectadas de trastorno depresivo mayor, lo experimentan poco antes de iniciarse la anorexia nerviosa <sup>(18)</sup>.

McElroy y cols. <sup>(19)</sup> en un estudio detectaron que la mayoría de los pacientes bipolares tenía un trastorno comórbido, pero sólo en 5%, éste se trataba de una patología de la conducta alimentaria, asociada con una edad más temprana de inicio de los síntomas afectivos. La comorbilidad del eje I con trastornos alimentarios se asoció con una evolución más severa y cambios más rápidos en los episodios afectivos.

Los datos epidemiológicos indican que la depresión invernal es frecuentemente un trastorno bipolar tipo II <sup>(20)</sup>, coincidiendo también con la bulimia nerviosa que puede mostrar variaciones estacionales con un empeoramiento invernal de los síntomas. En el trastorno afectivo estacional, pueden ocurrir “atracones” aunque es menos frecuente la presencia de episodios purgativos <sup>(21)</sup>, conduciendo a una ganancia ponderal significativa en alrededor de 10% de los pacientes.

Otros investigadores, por el contrario, abogan a favor de que se trataría de formas atípicas de trastorno depresivo, con humor disfórico, hiperfagia y exacerbación de síntomas vegetativos <sup>(22)</sup>. Fava y cols <sup>(23)</sup> evaluaron con el *Eating Disorder Inventory* (EDI) <sup>(24)</sup>, la presencia de posible sintomatología de trastorno alimentario en pacientes con depresión mayor, antes y después del tratamiento (fluoxetina 20 mg/24 h). Todas las subescalas del cuestionario fueron estadísticamente significativas, demostrando la efectividad de la fluoxetina, sobre todo en las subescalas de bulimia, perfeccionismo, ineficacia y dificultad de las relaciones interpersonales. Los resultados sugieren que los síntomas característicos de desórdenes alimentarios están relacionados con la severidad de la sintomatología depresiva. Cuando aparecía una disminución de los síntomas de patología alimentaria gracias al tratamiento, se observaba una mejoría en el estado de ánimo de los pacientes.

Así como los trastornos de la conducta alimentaria presentan alteraciones del ánimo en su evolución natural, es razonable postular que los trastornos afectivos, a su vez, muestren variaciones del apetito y de los comportamientos alimentarios. En un estudio realizado en Valparaíso con 194 pacientes con trastornos de la alimentación, encontraron que las pacientes con comorbilidad con TB I y II (n=15) tenían mayor IMC y peso <sup>(25)</sup>. Las pacientes depresivas se mostraron más sanas en todos los indicadores de conducta patológica alimentaria comparadas con las pacientes con trastornos alimentarios. No obstante, al comparar las pacientes depresivas con las bipolares, las primeras presentan puntajes más elevados en todos los factores de psicopatología, apareciendo las bipolares, más sanas.

## TRASTORNO BIPOLAR Y SU COMORBILIDAD CON TRASTORNOS DE LA ALIMENTACIÓN.

La comorbilidad con otras patologías psiquiátricas es frecuente en los trastornos bipolares <sup>(26)</sup>, especialmente con trastorno por abuso y dependencia a sustancias y trastornos del espectro ansioso que podrían afectar hasta un 20% de los pacientes bipolares <sup>(27)</sup>, aunque algunos autores elevan dicha cifra al doble. Los trastornos de la conducta alimentaria son frecuentes entre los pacientes bipolares <sup>(28)</sup>, pero a pesar de ello las publicaciones sobre el tema son escasas. La prevalencia-vida del trastorno bipolar entre los pacientes afectados de anorexia o bulimia oscila entre el 4 y el 6%, si bien algunos autores sitúan estas cifras por encima del 10%. Los escasos estudios epidemiológicos realizados <sup>(29,30)</sup> confirman la asociación mórbida entre trastornos bipolares y alimentarios y, en particular, entre bulimia y trastorno bipolar tipo II <sup>(31)</sup>. Sin embargo, la mayoría de los problemas de conducta alimentaria presentes en pacientes bipolares no cumple (por sus características y gravedad) criterios para un trastorno específico de la conducta alimentaria. La influencia del patrón estacional en los trastornos afectivos, y especialmente en los trastornos bipolares <sup>(32)</sup> ha sido sobradamente demostrada <sup>(33)</sup>.

Las depresiones invernales (características sobre todo de los bipolares tipo II) suelen incluir entre sus síntomas el aumento de la ingesta y más específicamente el deseo intenso o craving por carbohidratos (presente sobre todo entre mujeres en un relación de 4:1). El craving por carbohidratos se ha asociado a un déficit serotoninérgico <sup>(34)</sup> y existen datos sobre una mejoría subjetiva del tono afectivo una vez finalizado el episodio de craving <sup>(35)</sup>. Los trastornos de la conducta alimentaria en las depresiones atípicas presentan un cierto grado de similitud fenomenológica con los síntomas bulímicos, en particular por la existencia de una pérdida de control sobre la conducta alimentaria.

Otra de las alteraciones de la conducta alimentaria observable en pacientes bipolares es el trastorno por atracón. Uno de los primeros estudios asociando ambas entidades ofrecía una alta prevalencia de trastorno por atracón entre los pacientes bipolares, muy superior a la del resto de la población <sup>(36)</sup>. El cuadro clínico de este trastorno se caracteriza por episodios recurrentes de atracones de comida con sensación subjetiva y manifestaciones en el comportamiento de falta de control sobre los mismos. Las manifestaciones de esa pérdida de control son comer muy deprisa hasta notar una desagradable sensación de plenitud, la ingesta de grandes cantidades de comida sin que exista la sensación de hambre y profundo malestar que sigue a cada atracón. Según el Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-IV) para establecer el diagnóstico de trastorno por atracón es necesario que los atracones provoquen malestar clínicamente significativo, insatisfacción durante y después de los episodios y preocupación por sus efectos a largo plazo sobre el peso y la imagen corporal.

En cuanto a su frecuencia, por término medio los atracones deben producirse al menos 2 días por semana durante un período mínimo de 6 meses. Observamos con mucha frecuencia una variación dentro del mismo cuadro que



es el atracón nocturno o “síndrome del comedor nocturno”, que se caracteriza por episodios durante los cuales el paciente come por la noche y presenta anorexia y restricciones alimentarias durante el día. Probablemente la restricción alimentaria diurna sea lo que desencadena el siguiente ciclo de sobrealimentación por la noche. En los pacientes bipolares los atracones suelen producirse con mayor frecuencia durante las fases depresivas, pero en muchos casos este patrón persiste durante la eutimia.

En estos últimos años se han realizado varios estudios encaminados a determinar la prevalencia de sobrepeso y obesidad entre los pacientes bipolares (<sup>37,38</sup>), encontrándose cifras muy elevadas de prevalencia de obesidad en el trastorno bipolar. Es evidente, por tanto, la necesidad de diseñar estrategias y programas específicos para el control de peso en los pacientes bipolares. Algunos de los factores potencialmente implicados en el sobrepeso en los pacientes bipolares son: la comorbilidad con el trastorno por atracón, la alteraciones de los hábitos alimentarios básicos, el hipotiroidismo subclínico en relación con el tratamiento con carbonato de litio, la inactividad y sedentarismo, etc, y entre ellos destaca la inducción de sobrepeso producida por algunos fármacos. Los antipsicóticos, tanto los típicos como los atípicos (en especial la olanzapina y la clozapina), son los fármacos que se asocian con más frecuencia con aumento de peso y apetito (<sup>39,40</sup>).

También es frecuente el sobrepeso asociado a valproato(<sup>41</sup>) y litio, especialmente durante los primeros 2 años de tratamiento(<sup>42</sup>).

Los estudios realizados sobre patología alimentaria y trastorno bipolar son más bien escasos, a pesar de la frecuente comorbilidad entre trastorno alimentario y trastorno bipolar, que los pocos estudios epidemiológicos realizados han confirmado, con cifras por encima del 10% (<sup>43</sup>). Los estudios epidemiológicos realizados (<sup>44,45</sup>) confirman la asociación comórbida entre trastornos bipolares y alimentarios y, en particular, entre bulimia y trastorno bipolar tipo II (<sup>46</sup>).

#### Bulimia nerviosa/ trastorno por atracones

La ocurrencia de bulimia nerviosa y depresión ha sido descrita (<sup>47</sup>); sin embargo, la asociación entre bulimia nerviosa y manía carece de evaluaciones sistemáticas. Algunos estudios han observado altas ratios de trastorno bipolar en pacientes con bulimia nerviosa y sus familiares (<sup>48</sup>) sugiriendo una asociación entre estos trastornos. Las ratios de bulimia comórbida en el trastorno bipolar se encuentran un rango de entre el 2 y el 15%, (<sup>49-51</sup>). En 61 pacientes con trastorno bipolar, Kruger y colaboradores encontraron que 8(13%) cumplían criterios para Trastorno por atracones, 15(25%) mostraban síndrome de trastorno por atracones parcial y un 10 (16%) reportaron atracones durante las noches además de durante el día. Las ratios reportadas en este estudio eran mucho mayores que las ratios encontradas en muestras comunitarias(<sup>52</sup>). Otro estudio sugería que la bulimia nerviosa se presentaba con más frecuencia en pacientes mixtos que en los maníacos puros (<sup>53</sup>). Sin embargo, se ha observado una ratio aumentada de trastorno bipolar, especialmente trastorno bipolar II, en diversos estudios epidemiológicos de pacientes con bulimia nerviosa (<sup>54</sup>). Hasta la fecha no existía ninguna forma de

cuantificar las alteraciones específicas de la conducta alimentaria que presentan los pacientes con trastorno bipolar.

En base a estos antecedentes se han diseñado instrumentos que ayuden a la detección y cuantificación de la patología de la ingesta en pacientes bipolares. Puesto que la mayor parte de los pacientes presentan quejas inespecíficas o formas atípicas o incompletas de trastorno alimentario, dicho instrumento debe abarcar un amplio abanico de problemas relacionados específicamente con lo que refieren los pacientes bipolares y resultar sencillo y factible.

Para ello Torrents y cols diseñaron la Bipolar Eating Disorder Scale (BEDS) <sup>(55)</sup>, breve y autplicada, que aporta una medida de la intensidad de los problemas alimentarios de los pacientes bipolares, del mismo modo que una escala para la ansiedad permite evaluar dicho síndrome en pacientes ocn un diagnóstico primario distinto de un trastorno de ansiedad. Por tanto, la BEDS debería permitir la cuantificación de la patología alimentaria en pacientes bipolares y el cribado o screening a través de un punto de corte establecido. La BEDS fue construida a partir de dos fuentes a) ítems de otras escalas de patología alimentaria ya existentes, adaptándolos a las preocupaciones planteadas por nuestros pacientes al respecto, en la práctica clínica diaria. Y b) un listado de síntomas referidos por una muestra amplia de pacientes bipolares (n=350) a los que se les preguntó acerca de dificultades en sus hábitos alimentarios.

## **JUSTIFICACIÓN:**

La investigación la considero de gran importancia dado que se dispone de pocos estudios llevados a cabo sobre patología alimentaria y TB a pesar de la frecuente comorbilidad que podemos observar en la clínica diaria.

Las alteraciones en la conducta alimentaria que presentan los pacientes bipolares provocan un aumento importante de peso que genera gran malestar psicológico (deterioro de la autoimagen y la autoestima), así como posibles complicaciones físicas en un futuro.

Es prioritario conocer la intensidad y la frecuencia de las diversas ACA en el TB: así su detección nos permitirá realizar una intervención individualizada para los pacientes bipolares. El estudio contribuirá en el contexto del TB a obtener información para optimizar el tratamiento de los pacientes de forma multidisciplinaria, de modo que intervengan criterios nutricionales, farmacológicos y psicológicos: de esta forma lograremos mayor cumplimiento del tratamiento y mantenimiento del peso a largo plazo. Además resulta valioso ya que no se encontró otro estudio parecido en población mexicana.

## **PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN:**

¿Cuál es la presencia de alteraciones de la conducta alimentaria en pacientes con Trastorno Bipolar actualmente en remisión?

## **OBJETIVO GENERAL:**

Determinar la presencia de alteraciones en la conducta alimentaria en un grupo de pacientes con trastorno bipolar actualmente en remisión del Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez.

## **OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

1. Describir las características de la muestra (edad, sexo, tratamiento farmacológico y último episodio).
2. Describir las puntuaciones obtenidas en el BEDS por ítem y el total.
3. Describir si existe asociación entre los casos con probable TCA y las variables clínicas y demográficas recolectadas.

## **MATERIAL Y MÉTODOS:**

### **Tipo de estudio:**

Transversal Descriptivo y Observacional

### **Población en estudio; selección y tamaño de la muestra:**

35 pacientes con diagnóstico de TB actualmente en remisión.

### **Criterios de inclusión:**

- Pacientes masculinos y femeninos (incluidas mujeres embarazadas) que al momento de aplicarse la BEDS tengan el diagnóstico de TB actualmente en remisión (según la CIE-10: F31.7) y cuyas edades estén comprendidas entre 18 a 54 años, sin importar el tipo de tratamiento farmacológico que estén recibiendo ni la existencia de comorbilidad con otras enfermedades psiquiátricas o médicas no psiquiátricas.
- Pacientes que deseen participar en el estudio y acepten de conformidad responder los ítems de la BEDS, independientemente del nivel cultural y/o académico que posean.
- Pacientes que reciban consulta en el HPFBA en el período comprendido del 01/Octubre/2007 al 31/Marzo/2008

### **Criterios de exclusión:**

- Pacientes con diagnóstico de TB que, al momento de realizarse la BEDS, cumplan criterios distintos al subtipo en remisión.

### **VARIABLES Y ESCALAS DE MEDICIÓN:**

#### **VARIABLES**

**Alteración en la conducta alimentaria:** Los trastornos de la conducta alimentaria se caracterizan por las graves alteraciones que presentan estas pacientes en lo que a sus pautas de alimentación se refiere. La Alteración de la Conducta Alimentaria (ACA) será evaluada con la BEDS.

**Trastorno Bipolar:** Trastorno del ánimo crónico que se caracteriza por períodos de excitabilidad (manía) que alternan con períodos de [depresión](#). Definición operacional : Que cumpliera con los criterios diagnósticos del CIE-10 en base a la entrevista estructurada CIDI

## **Escalas de Medición:**

CIDI. (Composite Internacional Diagnostic Interview, por sus siglas en ingles) <sup>(56)</sup> es una entrevista diagnóstica estandarizada que se diseñó para evaluar posibles casos psiquiátricos, como el trastorno bipolar. Ha sido probada en estudios de campo en el ámbito internacional y se ha utilizado con buenos resultados en estudios epidemiológicos, clínicos y de investigación <sup>(57,58)</sup>. En México, la CIDI se ha usado en un buen número de estudios de población general de la Ciudad de México <sup>(59)</sup>, así como en otras ciudades <sup>(60)</sup>, en población de nivel social bajo <sup>(61)</sup> y población psiquiátrica <sup>(62)</sup>. La versión de la CIDI usada en este estudio fue la versión 1.0, que se basa en los criterios diagnósticos de la CIE-10 y del DSM-III-R. Para este estudio sólo se aplicaron el capítulo de Trastorno Bipolar, debido a que la investigación iba enfocada a tal trastorno.

BEDS (Bipolar Eating Disorder Scale o Escala para las Alteraciones de la Conducta Alimentaria en el Trastorno Bipolar) <sup>(63)</sup>.

La escala fué elaborada por Torrens y cols en Barcelona, siendo una escala auto-aplicable de tamizaje, realizada a partir de dos fuentes: puntos de otras escalas de patología alimentaria ya existentes, y un listado de síntomas referido por una amplia muestra de 350 pacientes pertenecientes al programa de trastornos bipolares del Hospital Clínico de Barcelona, a los que se les preguntó acerca de dificultades en sus hábitos alimentarios. A partir de allí se realizó una selección de los 10 ítems más significativos. El punto de corte se estima a partir de la mediana de una muestra de controles sanos (n = 55) más dos desviaciones estándar. La escala permite evaluar la intensidad y la frecuencia de las diferentes alteraciones de la conducta alimentaria en el trastorno bipolar. La BEDS incluye los 10 puntos relacionados con las ACA más comúnmente expresadas por pacientes con TB. Los puntos tienen 4 posibles respuestas (0 = nunca, 1 = algunas veces, 2 = a menudo, 3 = siempre). El total se obtiene sumando la puntuación de cada ítem, por lo tanto, la puntuación total puede ir de 0 a 30. Pacientes con puntuaciones >13 probablemente sufren ACA.

## **Métodos de recolección de datos:**

- Se les solicitó a los psiquiatras de consulta externa que derivaran a los pacientes con TB bipolar en remisión (posterior a que recibieran consulta) con el investigador principal. Fueron abordados en el servicio de consulta externa en los meses de diciembre a marzo del 2008. El diagnóstico de TB en remisión se basó en el referido por el médico tratante posterior a ser evaluado en la consulta clínica y corroborado por el investigador principal usando los criterios diagnósticos del CIE-10 obtenidos por medio del CIDI. Se usó un formato de la BEDS por cada paciente que cumplió los requisitos de inclusión al proyecto, hasta reunir un total de 35 sujetos, el tiempo de aplicación fue de 5 minutos en promedio.

- La BEDS es autoaplicable. Sin embargo, en este estudio, la BEDS fue aplicada por un entrevistador (el investigador principal), haciendo homogénea la recolección de los datos con pacientes analfabetos.

#### **Plan de análisis de los resultados:**

Los datos fueron codificados en una base de datos, el análisis estadístico incluyó de primera instancia: Descripción de la muestra en las variables clínicas y demográficas con porcentajes, frecuencias, promedios y rangos. Posteriormente se obtuvieron la frecuencia de alteraciones en la alimentación aplicando el punto de corte propuesto por los autores de la escala. Con ello se formaron dos grupos, pacientes con probable trastorno de alimentación y sin trastorno de la alimentación. Con estos dos grupos se realizó análisis de asociación para observar si existía alguna variable clínica, o demográfica de las evaluadas que se encontraran asociadas al probable trastorno. Para evaluar los parámetros de normalidad de la muestra se utilizó la prueba de Shapiro-Wilk con un valor alfa de 0.05 para las variables cuantitativas (edad y edad de inicio) resultando las dos con una distribución normal ( $p=.965$  ;  $p=.064$  respectivamente) por lo que se realizó T de student para la comparación de grupos y  $X^2$  para las variables cualitativas.

#### **Implicaciones Éticas:**

SIN RIESGO.

El protocolo fue evaluado por el comité de ética e investigación de la institución participante y aprobado. Al ser un estudio observacional no implica riesgo al paciente, aún así se les explicó ampliamente el objetivo de la investigación, así como explicarles a los pacientes con alto riesgo de tener un trastorno en la conducta alimentaria la necesidad de tratamiento y se les derivó con su médico tratante.

## RESULTADOS

Se obtuvo una muestra de 35 pacientes bipolares, de los cuales 28 (80%) fueron mujeres y 7 hombres (20%). La edad de los pacientes iba de los 18 a los 74 años, con un promedio de 41.4. La edad de inicio era en promedio los 29.2 (de 15 a 58); el cuadro de inicio fue: Cuadro depresivo 13 (37.1%), Hipomanía 2 (5.7%) y Manía 20 (57.1%).

El diagnóstico en el momento de la evaluación era de trastorno bipolar en remisión, la última exacerbación de la sintomatología fue: Depresión 7 (20%), Manía 23 (65.7%) y Episodio Mixto 5 (14.3%).

Reportaron comorbilidad con dependencia a etanol un paciente (2.9%), un paciente con Diabetes Mellitus 2 (2.9%), dos con Hipotiroidismo (5.7%) y 2 con Hipertensión (5.7%). El resto de los pacientes no refirieron otra comorbilidad.

El estado civil se distribuyó de la siguiente manera: Casados 11 (31.4%), separados 7 (20%), solteros 13 (37.1%), en unión libre 1 (2.9%) y viudas 3 (8.6%). En cuanto a escolaridad ocho tenían la primaria estudiada (22.9%), diez la secundaria (28.6%), preparatoria seis (17.1%) licenciatura cinco (14.3%) y carrera técnica cinco (14.3%), uno no tenía ninguna escolaridad (2.9%).

El tratamiento farmacológico se describe en el siguiente cuadro.

Cuadro 1. Distribución del tratamiento farmacológico de la muestra



ANTICOMICIAL	Frecuencia	Porcentaje
NINGUNO	2	5.7
CARBAMAZEPINA	3	8.6
DIFENILHIDATOINA	1	2.9
LITIO	4	11.4
VALPROATO	25	71.4
ANTIPSICÓTICO		
NINGUNO	15	42.9
ARIPIPRAZOL	1	2.9
HALOPERIDOL	5	14.3
OLANZAPINA	3	8.6
PERFENAZINA	1	2.9
RISPERIDONA	6	17.1
TRIFLUOPERAZINA	4	11.4
BENZODIAZEPINA		
NINGUNO	22	62.9
CLONAZEPAM	11	31.4
LORAZPEAM	2	5.7
OTROS		
NINGUNO	25	71.4
BIPERIDEN	4	11.4
FLUOXETINA	1	2.9
LEVOMEPRMAZINA	4	11.4
RANITIDINA	1	2.9

El resultado de la escala BESD muestra que existen 15 probables casos de trastornos de la conducta alimentaria (42.9%) usando el punto de corte propuesto. El puntaje obtenido en el BESD iba desde los 0 puntos hasta 23, con un promedio de 12.02.

La distribución de los puntajes obtenidos por cada ítem en la muestra fue la siguiente:

Cuadro 2. Distribución de las calificaciones obtenidas y el promedio obtenido por cada ítem en la muestra.

ÍTEM	0	1	2	3	PROMEDIO
------	---	---	---	---	----------

1	13	7	11	4	1.17
2	6	9	16	4	1.51
3	12	11	11	1	1.02
4	10	14	10	1	1.05
5	16	9	8	2	.88
6	8	9	11	7	1.4
7	16	12	4	3	.82
8	8	11	15	1	1.3
9	12	8	12	3	1.1
10	10	14	11	1	1.08

Se realizó un análisis de asociación por cada ítem y las variables clínicas y demográficas, observándose que de manera significativa la presencia de una comorbilidad estaba asociado a la percepción de una mayor ingesta de dulces (ítem 8) ( $p=.028$ ), el iniciar el padecimiento con un cuadro depresivo estaba a su vez asociado con dificultad para tener un horario en las comidas (ítem 1) ( $p=.024$ ), levantarse en la noche para comer ( $p=.029$ ) y sentir cambios en el apetito al sentirse eufórico (ítem 6) y muy cercano a la significancia la sensación de comer en exceso asociado a cuadro de inicio con un episodio depresivo ( $p=.051$ ).

La escolaridad primaria estaba asociada con mayor ingesta de dulces (ítem 8) ( $p=.000$ ); la presencia de uso de antipsicótico con dificultad para detenerse al comer (ítem 4) ( $p=.008$ ), comer cuando se está deprimido ( $p=.005$ ), picar entre comidas ( $p=.000$ ) y muy cercano a la significancia el uso de antipsicótico asociado a comer con exceso ( $p=.053$ ).

Tendió a la significancia el ser mujer con comer cuando se está deprimido ( $p=.064$ ) y si se siente eufórico cambiar el apetito ( $p=.074$ ).

Se realizó un análisis de asociación para observar si los probables casos de trastornos de la conducta alimentaria se asociaban con el tratamiento o las variables demográficas. Para la edad de inicio y la edad actual se realizó la prueba de T de student y  $X^2$ , usando como factor la presencia de probable TCA. Solo resultaron significativos la edad y el cuadro de inicio (Cuadro 3).

Cuadro 3. Asociación y comparación de pacientes con probable TCA y sin TCA.

VARIABLE	SIN TCA	CON TCA	SIGNIFICANCIA
F	17	11	.430
M	3	4	
<b>Edad</b>	<b>Prom. 46.05 (DS=16.5)</b>	<b>Prom. 35.2 (DS=8.3)</b>	<b>.027</b>
Edad de inicio	30.95 (DS=11.1)	27.06 (DS=8.04)	.261
Ultimo episodio			.407
Depresión	3	4	
Manía	15	8	
Mixto	2	3	

Comorbilidad			
Ninguna	14	15	.246
Dependencia etanol	1	0	
DM	1	0	
Hipotiroidismo	2	0	
Hipertensión	2	9	
<b>Cuadro de inicio</b>			<b>.005</b>
<b>Depresión</b>	<b>4</b>	<b>9</b>	
<b>Hipomanía</b>	<b>0</b>	<b>2</b>	
<b>Manía</b>	<b>16</b>	<b>4</b>	
Estado civil			.452
Casado	6	5	
Separado	3	4	
Soltero	7	6	
Unión libre	1	0	
Viuda	3	0	
Escolaridad			.206
Carrera técnica	3	2	
Licenciatura	5	0	
Ninguna	1	0	
Preparatoria	2	4	
Primaria	3	5	
Secundaria	6	4	
Modulador			.732
Ninguno	1	1	
Carbamacepina	1	2	
Difenilhidantonia	1	0	
Litio	3	1	
Valproato	14	11	
Ninguno	8	7	.461
Aripipraol	1	0	
Haloperidol	2	3	
Olanzapina	1	2	
Perfenazina	0	1	
Risperidona	5	1	
Trifluoperazina	3	1	
Ninguno	11	11	.451
Clonacepam	8	3	
Lorazepam	1	1	
Ninguno	13	12	.245
Biperiden	4	0	
Fluoxetina	0	1	
Levomepromazina	2	2	
Ranitidina	1	0	

## DISCUSIÓN

En general el trastorno bipolar se caracteriza por una gran comorbilidad con otro tipo de trastornos, en especial abuso de sustancia, sin embargo como mencionábamos existen escasos trabajos acerca de la incidencia de trastornos alimentarios en trastornos del estado de ánimo. En nuestro estudio encontramos una prevalencia de probables casos de trastorno de la conducta alimentaria en alimentación en un 42.9% de la población, debemos tomar en cuenta que el BEDS es un instrumento de tamizaje, por lo que su especificidad es baja. De ahí que los probables casos superan por mucho la presencia de comorbilidad referida por McElroy y cols <sup>(19)</sup> de un 5%. Si bien se encontró asociación con una edad más temprana de inicio en los síntomas, en nuestro caso no replicamos este hallazgo, ya que no existieron diferencias estadísticamente significativas entre la edad de inicio en los pacientes con probable TCA y sin TCA, ahora bien, debemos tomar en cuenta que existía una diferencia numérica, siendo casi tres años menor en promedio la edad de inicio de los pacientes con TCA, es probable que si aumentáramos la muestra, esta diferencia alcanzaría la significancia, siendo necesario su realización en estudios posteriores. Esto podría explicar nuestra falta de diferencia entre los dos grupos.

Ahora, también se refiere que las pacientes con TCA tenían episodios más severos a través del tiempo, desafortunadamente no evaluamos la severidad de los periodos o en el momento actual, por lo que no podemos realizar ninguna comparación.

Los resultados sugieren que los síntomas característicos de desórdenes alimentarios están relacionados con la severidad de la sintomatología depresiva. Cuando aparecía una disminución de los síntomas de patología alimentaria gracias al tratamiento, se observaba una mejoría en el estado anímico de dichos pacientes <sup>(23)</sup>. En nuestro caso encontramos que presencia de TCA se encontraba asociada a un inicio de padecimiento de depresión, coincidiendo con la literatura.

Sin embargo, la mayoría de los problemas de conducta alimentaria presentes en pacientes bipolares no cumple (por sus características y gravedad) criterios para un trastorno específico de la conducta alimentaria. La influencia del patrón estacional en los trastornos afectivos, y especialmente en los trastornos bipolares <sup>(32)</sup>, ha sido sobradamente demostrada <sup>(33)</sup>.

En general se considera que las mujeres tienen una mayor presencia de TCA así como "craving" por carbohidratos (4:1), <sup>(20, 21)</sup>, aún a pesar de esto no encontramos diferencias significativas en el TCA y el sexo, esto puede ser atribuido a un sesgo de selección, ya que 80% fueron mujeres, por lo que será necesario realizar un estudio con una muestra más amplia y sin estos sesgos, aunque tendió a la significancia el comer cuando se sientes tristes. Aún así, llama la atención de que aproximadamente la mitad de los hombres eran probables que tuvieran un TCA, lo que podría sugerir que el trastorno bipolar hace a los hombres más susceptibles de tener un TCA. Pero es necesario

realizar más investigación al respecto también con evaluaciones más sensibles y específicas para el diagnóstico.

Otra de las alteraciones de la conducta alimentaria observable en pacientes bipolares es el trastorno por atracón. Uno de los primeros estudios asociando ambas entidades ofrecía una alta prevalencia de trastorno por atracón entre los pacientes bipolares, muy superior a la del resto de la población <sup>(52)</sup>, desafortunadamente el instrumento usado no puede discernir entre trastornos específicos pero nos da una guía útil, ya que en general los pacientes que habían debutado con un cuadro depresivo referían mayor dificultad para contenerse y detenerse al comer, comer por las noches que podría sugerir un cuadro de comedor nocturno y cambiar el apetito al sentirse eufórico, apoyando la hipótesis de que los cuadros depresivos tienen mayor susceptibilidad a desarrollar TCA.

La obesidad en los pacientes bipolares puede ser secundario a: la comorbilidad con el trastorno por atracón, la alteraciones de los hábitos alimentarios básicos, el hipotiroidismo subclínico en relación con el tratamiento con carbonato de litio, la inactividad y sedentarismo, etc, y entre ellos destaca la inducción de sobrepeso producida por algunos fármacos. Los antipsicóticos, tanto los típicos como los atípicos (en especial la olanzapina y la clozapina), son los fármacos que se asocian con más frecuencia con aumento de peso y apetito <sup>(39,40)</sup> aún a pesar de esto, en nuestra muestra no encontramos ninguna asociación significativa con la presencia de hipotiroidismo pero si con el uso de antipsicótico, así los pacientes comen en exceso, se les dificulta detener para comer aunque estén llenos y tienden a picar, pero será necesario evaluar variables somato métricas para observar si coincide con lo que refiere la literatura.

Es necesario realizar una evaluación más amplia de cada paciente, incluir variables clínicas, severidad de la sintomatología así como una evaluación de peso y talla para obtener conclusiones mucho más válidas, aún así, el estudio resulta valioso dada la poca información de trastornos de la conducta alimentaria en pacientes bipolares y como una aproximación al fenómeno.

## **CONCLUSIONES**

En una muestra de pacientes bipolares se encontró una presencia de 42.9% de probables trastornos de la alimentación.

La muestra de pacientes obtenida (n=35) se caracterizó por ser en su mayor parte mujeres, con un promedio de edad cercano a los 30 años y cuyo último cuadro de exacerbación en la mayor parte fue manía, la mayor parte tenían como parte de su tratamiento farmacológico modulador afectivo.

La puntuación promedio en el BEDS fue de 12.02, y el ítem con una puntuación en promedio mayor fue el 2 con 1.51. El resto de las puntuaciones obtenidas por cada ítem tuvieron un rango de .82 y 1.4.

De la muestra obtenida, no existieron diferencias significativas entre el sexo, los pacientes que debutaron el trastorno con un cuadro depresivo tenían una mayor puntuación en la escala BEDS. Los pacientes en tratamiento con antipsicótico tenían mayor dificultad para detenerse de comer aunque estuvieran satisfechos, tendencia a picar y comer en la noche.

**ANEXOS:**

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

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Herzog DB, Keller MB, Sacks NR, Yeh CJ, Lavori PW. Psychiatric comorbidity in treatment-seeking and bulimics. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatr* 1992; 31: 810-8.
2. Swift WJ, Andrews D, Barklage NE. The relationship between affective disorder and eating disorders: A review of the literature. *Am J Psychiatry* 1986; 143: 290-9
3. Greenberg BR, Harvey PD. Affective lability versus depression as determinants of binge eating. *Addict Behav* 1987; 12: 357-61.
4. Hudson JI, Pope HG. Affective spectrum disorder: Does antidepressant response identify a family of disorders with a common pathophysiology? *Am J Psychiatry* 1991; 148: 548.
5. Simpson SG, Al-Muffi R, Anderson AE, DeE Paulo JR. Bipolar II affective disorders in eating disordered inpatients. *J Nerv Ment Dis* 1992; 180: 719.
6. Halmi KA, Eckert E, Marchi P, Sampugnaro V, Apple R, Cohen J. Comorbidity of psychiatric diagnoses in anorexia nervosa. *Arch Gen Psychiatry* 1991; 48: 712-8.
7. Herzog D, Nussbaum K, Marmor A. Comorbidity and outcome in eating disorders. *Psychiatr Clin North Am* 1996; 19: 843-59
8. Halmi KA, Eckert E, Marchi P, Sampugnaro V, Apple R, Cohen J. Comorbidity of psychiatric diagnoses in anorexia nervosa. *Arch Gen Psychiatry* 1991; 48: 712-8.
9. Lilienfeld L, Kaye WH, Greeno C, Merikangas K, Plotnicov K, Pollice C et al. A controlled family study of anorexia nervosa and bulimia nervosa: Psychiatric disorders in first-degree relatives and effects of proband comorbidity. *Arch Gen Psychiatry* 1998; 55: 603-10.
10. Kasset JA, Gerson ES, Maxwell ME, Guroff J, Kazuba D, Smith A et al. Psychiatric disorders in the first-degree relatives of probands with bulimia nervosa. *Am J Psychiatry* 1989; 146: 1468-71.
11. Strober M, Lampert C, Morrell W, Burroughs J, Jacobs C. A controlled family study in anorexia nervosa: Evidence of familial aggregation and lack of shared transmission with affective disorders. *Int J Eat Disord* 1990; 9: 239-53
12. Vandereycken W. Are anorexia nervosa and bulimia variants of affective disorders? *Acta Psychiatrica Belgica* 1987; 87: 267-80
13. Hudson JI, Pope HG. Affective spectrum disorder: Does antidepressant response identify a family of disorders with a common pathophysiology? *Am J Psychiatry* 1991; 148: 548.
14. Kaye WH, Gwirtsman HE, George DT, Weiss SR, Jimerson DC. Relationships of mood alterations to bingeing behavior in bulimia. *Br J Psychiatry* 1986; 149: 479-85.
15. Katz JL, Kuperberg A, Pollack CP, Walsh BT, Zumoff B, Weiner H. Is there a relationship between eating disorder and affective disorder? New evidence from sleep recordings. *Am J Psychiatry* 1984; 141: 753-9.
16. Jimerson DC, Lesem MD, Kaye WH, Hegg AP, Brewerton TD. Eating disorders and depression: Is there a serotonin connection? *Biol Psychiatry* 1990; 28: 443-54



17. Cooper PJ, Fairburn CG. The depression symptoms of bulimia nervosa. *Br J Psychiatry* 1986; 148: 268-74.
18. Laessle RG, Kirtl S, Fichter MM, Wittchen HU, Pirke KM. Major affective disorder in anorexia nervosa and bulimia: A descriptive diagnostic study. *Psychiatry* 1987; 151: 785-9.
19. McElroy S, Altshuler L, Suppes T, Keck P, Frye M, Denicoff K et al. Axis I Psychiatric comorbidity and its relationship to historical illness variables in 288 patients with bipolar disorder. *Am J Psychiatry* 2001; 158: 420-6.
20. Gruber NP, Dilsaver SC. Bulimia and anorexia nervosa in winter depression: Lifetime rates in a clinical sample. *J Psychiatr Neurosc* 1996; 21: 9-12.
21. Berman K, Lam RW, Goldner EM. Eating attitudes in seasonal affective disorder and bulimia nervosa. *J Affect Disord* 1993; 29: 219-25.
22. Liebowitz MR, Quitkin F, Steward JW. Phenelzine and imipramine in atypical depression. *Psychopharmacological Bull* 1981; 17: 159-61.
23. Fava M, Abraham M, Clancy-Colecchi K, Pava JA, Matthews J, Rosenbaum JF. Eating disorder symptomatology in major depression. *J Nerv Ment Dis* 1997; 185: 140-4.
24. Garner D, Olmstead M, Polivy J. Development and validation of a multidimensional eating disorder inventory for anorexia nervosa and bulimia. *Int J Eat Disord* 1983; 2: 15-34.
25. Trastornos de la conducta alimentaria y trastornos afectivos: Un estudio comparativo *Rev Méd Chile* 2005; 133: 1407-1414
26. Kessler RC, McGonable J, Zhao S, Nelson CB, Hughes M, Eschleman S. Lifetime and 12 month prevalence of DSM-III-R psychiatric disorder in the United States. Results from the National Comorbidity Survey. *Arch Gen Psychiatry* 1994; 51:8-19
27. Akiskal HS. El espectro clínico predominante de los trastornos bipolares. En: Vieta E, Gastó C. editores. *Trastornos bipolares*. Barcelona: Springer-Verlag, 1997; 194-212
28. McElroy SL, Altshuler LL, Suppes T, Keck PE, Frye MA, Denicoff KD. Axis 1 psychiatric comorbidity and this relationship to historical illness variables in 288 patients with bipolar disorder. *Am J Psychiatry* 2001; 158: 420-6
29. Kaye W, Weltzin TE, Hsu LGK, Bulik C, McConaha C, Sobkiewicz T. Patients with anorexia nervosa have elevated scores on Yale-Brow Obsessive Scale. *Int J Eat Disord* 1992; 12:57-62
30. Simpson SG, Al-mufti R, Andersen AE, DePaulo JR. Bipolar II affective disorder in eating disorder inpatients. *J Nerv Ment Dis* 1992; 180: 719-22
31. Vieta E, Colom F, Martínez-Arán A, Benabarre A, Reinares M, Gastó C. Bipolar II disorder and comorbidity. *Compr Psychiatry* 2000; 41:339-43
32. Goodwin FK, Jamison KR. *Manic-depressive illness*. New York: Oxford University Press, 1990.
33. Montejo J, Ayuso..Gutierrez JL. Estacionalidad del trastorno bipolar. En : Vieta E, Gastó C, editores. *Trastornos bipolares*. Barcelona : Springer-Vergal 1997; 291-311
34. Wehr TA, Rosenthal NE. Seasonality and affective illness. *Am J Psychiatry* 1989; 146:829-39.

35. Lieberman HR, Wurtman JJ, Chef B. Changes in mood after carbohydrate consumption among obese individuals. *Am J Clin Nutrition* 1986; 44:772-8
36. Kruger S, Shugar G, Cooke RG. Comorbidity of binge eating disorder and the partial binge eating syndrome with bipolar disorder. *Int J Eat Disord* 1996; 19\_45-52
37. Fagiolini A, Frank E, Houck MSH, Mallinger AG, Swartz HA, Buysse DJ. Prevalence of obesity and weight change during the treatment in patients with bipolar I disorder. *J Clin Psychiatry* 2002; 63 :528-33.
38. Elmslie JL, Silverstone JT, Mann JI, Williams SM, Romans SE. Prevalence of overweight and obesity in bipolar patients. *J Clin Psychiatry* 2000; 61: 179-84.
39. Kinon BJ, Basson BR, Gilmore JA, Tollefson GD. Long-term olanzapine treatment: weight change and weight related health factors in schizophrenia. *J Clin Psychiatry* 2001; 62:92-100.
40. Casey DE, Zorn SH. The Pharmacology of weight gain with a review of the literature. *J Clin Psychiatry* 2001; 62 (Suppl 7): 22-31.
41. Chengappa KN, Chalassani I, Brar JS, Parepally H, Houck P, Levine J. Changes in body weight and body mass index among psychiatric patients receiving lithium, valproate or topiramate: an open-label, nonrandomized chart review. *Clin Ther* 2002; 24:1576-84
42. Aronson AD. Lithium and weight gain. *Br J Psychiatry* 1996; 169:251-2.
43. Torrent C, Vieta E, Crespo JA, Gonzalez-Pinto A, Del Valle J, Olivares JM, Rodriguez A, De Arce C, Sanchez-Planell
44. L, Colom F. Una escala autoaplicada para las alteraciones de la conducta alimentaria en el trastorno bipolar: Bipolar Eating Disorder Scale (BEDS) de Barcelona. *Actas Esp Psiquiatr* 2004;32(3):127-131.
45. Kaye W, Weltzin TE, Hsu LKG, Bulik C, McConaha C, Sobkiewicz T. Patients with anorexia nervosa have elevated scores on Yale-Brown Obsessive Scale. *Int J Eat Disord* 1992;12:57-62
46. Simpson SG, al-Mufti R, Andersen AE, DePaulo JR Jr. Bipolar II affective disorder in eating disorder inpatients. *J Nerv Ment Dis* 1992;180:719-22.
47. Vieta E, Colom F, Martinez-Aran A, Benabarre A, Reinares M, Gasto C. Bipolar II disorder and comorbidity. *Compr Psychiatry* 2000;41:339-43.
48. Hudson JI, Pope HG Jr, Yurgelun-Todd D, Jonas JM, Frankenburg FR. A controlled study of lifetime prevalence of affective and other psychiatric disorders in bulimic outpatients. *Am J Psychiatry* 1987;144(10):1283- 7.
49. Kasset JA, Gershon ES, Maxwell ME, Guroff JJ, Kazuba DM, Smith AL, Brandt HA, Jimerson DC. Psychiatric disorders in the first-degree relatives of probands with bulimia nervosa. *Am J Psychiatry* 1989;146 (11):1468-71.
50. Strakowski SM, Tohen M, Stoll AL, Faedda GL, Mayer PV, Kolbrener ML, Goodwin DC. Comorbidity in psychosis at first hospitalization. *Am J Psychiatry* 1993; 150(5):752-7.
51. Black DW, Hulbert J, Nasrallah A. The effect of somatic treatment and comorbidity on immediate outcome in manic patients. *Compr Psychiatry* 1989;30(1):74- 9.
52. McElroy SL, Hudson JI, Pope H Jr, Keck PE Jr, Aizley HG. The DSM-III-R impulse control disorders not elsewhere classified: clinical

- characteristics and relationship to other psychiatric disorders. *Am J Psychiatry* 1992; 149(3):318-27.
53. Kruger S, Shugar G, Cooke RG. Comorbidity of binge eating disorder and the partial binge eating syndrome with bipolar disorder. *Int J Eat Disord* 1996;19(1):45-52.
  54. McElroy SL, Altshuler LL, Suppes T, Keck PE Jr, Frye MA, Denicoff KD, Nolen WA, y cols. Axis I psychiatric comorbidity and its relationship to historical illness variables in 288 patients with bipolar disorder. *Am J Psychiatry*. 2001;158(3):420-6.
  55. Mury M, Verdoux H, Bourgeois M. Comorbidity of bipolar and eating disorders. Epidemiologic and therapeutic aspects. *Encephale* 1995;21(5):545-53
  56. Torrente C, Vieta JA, Crespo JA, Gonzapez-Pinto A, y cols. Una escala autoaplicada para las alteraciones de la alimentación en el trastorno bipolar : Bipolar Eating Disorder Scale (BEDS) *Actas Esp Psiquiatr* 2004; 32 (3):127-131.
  57. Robins LN, Wittchen HU, Helzer JE y cols. The composite International Diagnostic Interview: An epidemiologic instrument suitable for the use in different cultures. *Arch Gen Psychiatry* 1998; 45: 1069-1977
  58. Wittchen Hu, Robins LN, Sartorius N y cols. Cross-cultural feasibility and sources of variance of the Composite International Diagnostic Interview (CIDI). *Br J Psychiatr* 1991; 159: 645-653
  59. World Health Organization: CIDI-CORE Computer Manual for Data Entry and Diagnostic Programs for the COMposite Internacional Diagnostic Interview (CIDI) (Version 1.0 Rev. 4 1990). WHO 1990.
  60. Caraveo J. La prevalencia de los trastornos psiquiátricos en la población mexicana. Estado actual y perspectivas. *Salud Mental* 1996; 19S :8-13
  61. Díaz LR, Osornio A, Díaz A y cols. La salud Mental en el munición de Queretáro: Estudio epidemiológico de la población marginada. Querétetaro. México. Sociedad de Salud Mental del Estado de Querétaro, 1994.
  62. Medina-Mora ME, Berenzons S, Lopez EK y cols. El uso de los servicios de salud por los pacientes con trastornos mentales: resultados de una encuesta en una población de escasos recursos. *Salud Mental* 1997 20 (Supl 2): 32-38.
  63. Salcedo V, Valencia M, Díaz LR, Medina-Mora MA, Juarez F. Funcionamiento psicosocial en pacientes esquizofrénicos de acuerdo a su consumo de alcohol. *Salud mental* 2005; 8 (4): 40-49.
  64. Torrent CF. Una escala autoaplicada para las alteraciones de la conducta alimentaria en el trastorno bipolar: Bipolar Eating Disorder Scale (BEDS) de Barcelona *Actas Españolas de Psiquiatría* 2004; 32 (3):127-131