



**FACULTAD DE MEDICINA HUMANA
SECCIÓN DE POSGRADO**

**PREVALENCIA DEL DÉFICIT DE ATENCIÓN E
HIPERACTIVIDAD EN EL TRASTORNO AFECTIVO BIPOLAR
HOSPITAL NACIONAL GUILLERMO ALMENARA IRIGOYEN**

2015-2017

PRESENTADO POR

LUCIA ESPERANZA AIRE VILCA

ASESORA

DORIS MEDINA ESCOBAR

PROYECTO DE INVESTIGACIÓN

**PARA OPTAR EL TÍTULO DE SEGUNDA ESPECIALIDAD EN
PSIQUIATRÍA**

LIMA – PERÚ

2018



Reconocimiento - Compartir igual

CC BY-SA

La autora permite a otros re-mezclar, modificar y desarrollar sobre esta obra incluso para propósitos comerciales, siempre que se reconozca la autoría y licencien las nuevas obras bajo idénticos términos.

<http://creativecommons.org/licenses/by-sa/4.0/>



FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

SECCIÓN DE POSGRADO

**PREVALENCIA DEL DÉFICIT DE ATENCIÓN E
HIPERACTIVIDAD EN EL TRASTORNO AFECTIVO BIPOLAR
HOSPITAL NACIONAL GUILLERMO ALMENARA IRIGOYEN
2015-2017**

**PROYECTO DE INVESTIGACIÓN
PARA OPTAR**

EL TÍTULO DE SEGUNDA ESPECIALIDAD EN PSIQUIATRÍA

PRESENTADO POR

LUCIA ESPERANZA AIRE VILCA

ASESOR

MGTR. DORIS MEDINA ESCOBAR

LIMA, PERÚ

2018

ÍNDICE

	Pág.
CAPÍTULO I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	2
1.1 Descripción de la situación problemática	2
1.2 Formulación del problema	4
1.3 Objetivos	4
1.3.1 Objetivo general	4
1.3.2 Objetivos específicos	4
1.4 Justificación	5
1.4.1. Importancia del estudio	5
1.4.2. Viabilidad del estudio	5
1.5 Limitaciones del estudio	6
CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO	7
2.1 Antecedentes	7
2.2 Bases teóricas	10
2.3 Definición de términos	18
CAPÍTULO III: HIPÓTESIS Y VARIABLES	20
3.1 Formulación de la hipótesis	20
3.2 Variables y su operacionalización	20
CAPÍTULO IV: METODOLOGÍA	21
4.1 Diseño metodológico: Tipo y diseño del estudio	21
4.2 Diseño muestral	21
4.3 Procedimientos de recolección de datos	22
4.4 Procesamiento y análisis de los datos	22
4.5 Aspectos éticos	23
CRONOGRAMA	24
FUENTES DE INFORMACIÓN	25
ANEXOS	
Anexo 01: Matriz de consistencia	
Anexo 02: Instrumento de recolección de datos	

CAPÍTULO I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1. Descripción de la realidad problemática

Al incluir todo el espectro bipolar, se evidencia que es un trastorno afectivo severo recurrente que afecta al 4,8% de la población según encuestas y trabajos realizados. El diagnóstico de esta enfermedad no es sencillo, de hecho con frecuencia, algunos profesionales de la salud mental cometen errores al emitirlo.

Los pacientes bipolares a menudo sufren además de distintas condiciones psiquiátricas, tales como ansiedad, trastornos por uso de sustancias entre otros; pero específicamente, estos pacientes han sido asociados con el trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH), especialmente en niños y en adolescentes.

El TDAH es a su vez reconocido como un patología neuropsiquiátrica muy común y está presente en alrededor de un 5% en los niños; y más del 50% de estos continuarán para cumplir criterios para el trastorno en la edad adulta. Las estimaciones de su prevalencia varían, dependiendo, en gran medida, de las técnicas de diagnóstico como cuestionarios o revistas, y de la edad y naturaleza de la población estudiada.

Su prevalencia en adultos con criterios de la DSM- IV es de 2,5 a 4,3 %; además esta enfermedad se ha asociado con una variedad de comorbilidades psiquiátricas como el trastorno depresivo mayor, el trastorno de ansiedad generalizada, trastornos de conducta, adicciones y trastorno bipolar.

Es una condición neuropsiquiátrica con etiología multifactorial y de inicio en la infancia caracterizado por la dificultad para poner atención, hiperactividad y/o impulsividad que puede persistir hasta la edad adulta, impactando diferentes áreas como la académica, laboral y social.

En cuanto a la comorbilidad entre trastorno por déficit de atención y el bipolar se han encontrado cifras altas de comorbilidad del primero, en niños diagnosticados con el segundo; cifras que van entre el 86% hasta un 98%; y otras más variables presentes en los adolescentes entre un 20% hasta un 69%.

Un estudio longitudinal en niños con déficit de atención e hiperactividad, quienes fueron seguidos en la edad adulta mostró que 17% de ellos fueron finalmente diagnosticados con trastorno afectivo bipolar, apoyando la estrecha relación entre ambas enfermedades. En muestras de adultos, los estudios clínicos muestran comorbilidad del déficit de atención e hiperactividad en pacientes bipolares de un 5% al 23%.

Algunos estudios encontraron que los pacientes bipolares con déficit de atención e hiperactividad comórbido tenían en mayor frecuencia episodios de alteración del humor, depresivos, hipomaníacos, maníacos e incluso mixtos.

Se ha visto, además, que estos pacientes presentan una edad más temprana de aparición de la enfermedad bipolar en varios estudios, así como más intentos suicidas. También muestran más comorbilidad con diagnósticos del eje I en comparación con los diagnósticos bipolares en pacientes sin déficit de atención e hiperactividad, incluyendo una mayor prevalencia de trastornos de ansiedad y abuso de sustancias.

Sin embargo, el diagnóstico preciso del déficit de atención e hiperactividad en pacientes adultos bipolares es un gran desafío para los médicos ya que ambos muestran una superposición de síntomas comunes.

Es cierto que todavía hay cierta confusión y posible desconocimiento por parte de los profesionales a la hora de realizar un correcto diagnóstico diferencial. Por ello, se ha tratado de esclarecer la relación, el antecedente y la comorbilidad entre ambas enfermedades, tanto desde el aspecto clínico como genético, como también se ha validado los diagnósticos y se ha tratado de definir los síntomas característicos.

1.2. Formulación del problema

¿Cuál es la prevalencia del déficit de atención e hiperactividad en el trastorno afectivo bipolar en el Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen Servicio de Psiquiatría 2015-2017?

1.3. Objetivos

1.3.1 Objetivo general

- Conocer la prevalencia del déficit de atención e hiperactividad en el trastorno afectivo bipolar en pacientes atendidos en el Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen en el Servicio de Psiquiatría 2015-2017.

1.3.2 Objetivos específicos

- Identificar si los pacientes con trastorno afectivo bipolar tuvieron en su infancia el diagnóstico de déficit de atención e hiperactividad.
- Precisar si los pacientes tuvieron desde su infancia los diagnósticos de déficit de atención e hiperactividad y de trastorno afectivo bipolar.
- Establecer si los pacientes con trastorno afectivo bipolar tienen déficit de atención e hiperactividad diagnosticado en la edad adulta.

1.4 Justificación de la investigación

El déficit de atención e hiperactividad y el trastorno bipolar son patologías del desarrollo neurológico altamente prevalentes, con una edad temprana de inicio, un curso crónico, y cuya persistencia en la edad adulta conduce a un deterioro significativo del funcionamiento educativo, vocacional e interpersonal, por ello la importancia de su estudio ya que al constituirse como una enfermedad crónica afecta no sólo a la persona enferma, sino a la familia y a la sociedad, creando un problema importante, no solo por sus costos en sí, sino considerando las pérdidas que genera como personas no totalmente aptas para desarrollar logros y productividad al máximo, evidenciándose un aumento de la morbilidad y la mortalidad en ellos. Además, ambas patologías a menudo se presentan en simultáneo e inclusive son asociadas con otras enfermedades psiquiátricas por lo que resulta más importante su estudio.

Ambos trastornos comparten más que síntomas que se superponen, como edades de inicio similares, comorbilidades, un curso crónico de enfermedad a lo largo de la vida con interrupción de la educación y la formación profesional, lo cual lleva a una pérdida importante de la calidad de vida de las personas.

Para ambas enfermedades, se han evidenciado errores en el diagnóstico por la complejidad de ambas, por los síntomas que comparten, o quizás por la forma de inicio de cada una; lo cual aumenta mucho más el interés de su estudio en nuestro medio y más aún en un hospital de referencia nacional, ya que sus condiciones tienen un impacto en la salud pública y aumentan el costo para la sociedad de manera significativa.

A diferencia de otras patologías médicas en las que quizás podamos realizar diagnósticos diferenciales empleando exámenes auxiliares; el trastorno bipolar y el de déficit de atención e hiperactividad son patologías en las que el uso de biomarcadores aún está en desarrollo como los marcadores genéticos, de imagen, conductuales, biológicos, entre otros; lo que obliga a los médicos psiquiatras en realizar un diagnóstico meramente clínico aprovechando los datos disponibles de la epidemiología, los antecedentes familiares, las características clínicas, la comorbilidad y el curso de la enfermedad.

Este trabajo de investigación es viable debido a que será realizado en un hospital de referencia lo cual permite tener gran cantidad y diversidad de pacientes, pudiendo tener una muestra muy cercana a la realidad, dando valores que serán muy importantes considerar en futuros estudios.

1.5 Limitaciones del estudio

Ya que se necesitará revisar historias clínicas una limitación podría ser que los registros son escritos a mano, lo cual podría llevar a errores de lectura e interpretación y disminuiría la confiabilidad de los datos recolectados de las historias clínicas estudiadas.

Otra limitación que podría ocurrir sería en el momento de la recolección de datos realizada por el investigador ya que este estaría expuesto al agotamiento lo que podría ocasionar errores al momento de la recolección y el posterior procesamiento y análisis; lo cual podría ser disminuido distribuyendo la cantidad de revisión de historias por turno laboral.

Una posible limitación es el tiempo, ya que al ser un trabajo de investigación descriptivo, el período que se empleará en la recolección de datos será importante, esto se puede disminuir si se adoptan medidas de precaución y con un tiempo anticipado para realizar el estudio.

Otra limitación es el corto lapso en el que se desarrolla la pesquisa, lo que no asegura que los resultados sean estadísticamente significativos y puedan ser extrapolados a poblaciones.

CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO

2.1 Antecedentes

Torres *et al.*; en un estudio prospectivo realizado en España a 163 pacientes ambulatorios eutímicos bipolares entre los años 2008 y 2013, estudiaron la prevalencia del déficit de atención e hiperactividad en pacientes adultos con trastorno bipolar e identificaron que muestran características clínicas diferenciales, pero no un curso más grave de este y que se necesitan mejores herramientas de detección para evitar el sobrediagnóstico del déficit de atención e hiperactividad comórbido en el paciente bipolar.¹

Kimm J.E. van Hulzen *et al.* realizaron un metanálisis con 4 609 pacientes con déficit de atención, 9 650 pacientes con trastorno bipolar y 21 363 controles, evidenciándose que la correlación genética entre ambas es sustancial, significativa y compatible con la existencia de su superposición genética, con potenciales mecanismos genéticos diferenciales implicados en la aparición temprana y posterior del trastorno bipolar.²

En Italia, Marco di Nicola *et al.*; en un estudio prospectivo, entre los años 2007 y 2011, donde se incluyeron a 106 pacientes con depresión mayor en remisión, 102 pacientes bipolares eutímicos y 120 controles sanos homogéneos, encontraron que la aparición del déficit de atención e hiperactividad en adultos con trastornos bipolares o trastorno depresivo mayor fue de 15,7 y 7,5%, respectivamente comparado con el 3,3% en controles sanos lo que apoyan la necesidad de evaluar los pacientes con trastornos del estado de ánimo en el contexto clínico para posibles coexistencias de patologías.³

En el estudio de Vitor Breda *et al.*; que fue prospectivo se evaluaron entre los años 2002 y 2012 a 449 pacientes adultos déficit de atención e hiperactividad y 143 sin este antecedente evidenciándose que ambos grupos tuvieron tasas más altas de varias comorbilidades como conductas oposicionistas desafiantes, uso de sustancias y trastornos bipolares.⁴

En el estudio de Bruno Etain *et al.*; se evaluó la escala de calificación de Wender Utah en 276 casos de trastorno bipolar en adultos y 228 controles sanos evidenciándose que los adultos bipolares que informaron niveles más

altos de síntomas de la infancia en esta escala presentaron una expresión más severa de este trastorno en términos de edad al inicio y comorbilidad; concluyendo que esta escala podría emplearse para detectar el déficit de atención e hiperactividad, y posiblemente para signos prodrómicos de inicio temprano en sujetos de alto riesgo.⁵

Giuliu Perugi *et al.*; realizaron una revisión sistemática de la literatura existente Mediante PubMed y Scopus encontrando que ambos trastornos están frecuentemente asociados tanto en niños como en adultos y su coexistencia parece conducir a un deterioro más severo y un peor resultado de estas condiciones; además la presencia frecuente de sustancias comórbidas y el abuso o dependencia del alcohol aumentaron la complejidad del cuadro clínico y dificultaron el proceso de diagnóstico y el manejo del tratamiento.⁶

En un estudio en Korea, Eun-Jeong Jooa *et al.*; investigaron retrospectivamente a 1305 pacientes divididos en subgrupos; observando que el grupo del trastorno bipolar tipo II obtuvo las puntuaciones totales más altas en la escala de WURS y que la impulsividad y la falta de atención asociada con el TDAH infantil se relacionaron más significativamente con el bipolar tipo II que con el tipo I; concluyendo que las características multifactoriales por déficit de atención e hiperactividad en la infancia se asocian con trastornos del estado de ánimo de la edad adulta.⁷

Elif Karaahmeta *et al.*; en Turquía realizaron un estudio prospectivo a 142 pacientes entre los años 2008 y 2009 encontrando que los pacientes con déficit de atención e hiperactividad presentan una comorbilidad frecuente con el trastorno bipolar; además que se asocia con la edad temprana de inicio del del segundo, a un mayor número de episodios maníacos durante su curso y más comorbilidad con los diagnósticos del eje I.⁸

Glenn L. Kitsune *et al.*; en un estudio prospectivo compararon 60 mujeres adultas con déficit de atención e hiperactividad, trastorno bipolar y controles; objetivando que el uso de medidas que capturan síntomas específicos del primer grupo y su cronicidad facilitan la delineación de ambas patologías en mujeres adultas.⁹

En Londres, G. Michelini *et al.*; compararon directamente el rendimiento cognitivo y las medidas potenciales relacionadas con eventos de una prueba de rendimiento continuo en 20 mujeres con déficit de atención e hiperactividad, 20 mujeres con trastorno bipolar compensado y 20 mujeres control; identificando alteraciones neurofisiológicas potencialmente específicas de trastornos (supervisión de conflictos) y traslapados (control inhibitorio y preparación potencialmente de respuesta) en mujeres con ambas enfermedades.¹⁰

En el estudio prospectivo de Nader *Perroud et al.*; entre los años 2010 y 2013, se estudió a 539 pacientes con trastornos del estado del ánimo viendo que el 20% de los sujetos con trastorno bipolar estaban sufriendo de déficit de atención e hiperactividad y cuya comorbilidad se asoció con peores resultados, posiblemente como resultado del estrés en el curso de la vida.¹¹

G. Perugi *et al.*; en un estudio retrospectivo a 96 pacientes ambulatorios pudieron observar que en aquellos con déficit de atención e hiperactividad el trastorno bipolar, se asocia con una mayor tasa de estados mixtos, más grave psicopatología y más deterioro de la función familiar, así como tasas más altas de comorbilidad, abuso de alcohol y abuso de polidrogas en comparación con los pacientes bipolares sin déficit de atención e hiperactividad para adultos.¹²

En el estudio de Carlson GA *et al.*; realizado en Nueva York, usando un tipo de estudio longitudinal con 75 niños como participantes del estudio en el que se examinaron los efectos del metilfenidato en los niños de 6 a 12 años de edad presumiblemente en riesgo de trastorno bipolar, concluyendo que los niños con TDAH con síntomas que sugieren manía infantil, no responden de forma diferente al metilfenidato que los niños sin tales síntomas, y no hay evidencia de que el metilfenidato precipite los trastornos bipolares de los adultos jóvenes en individuos susceptibles.¹³

Guilherme Polanczyk *et al.*; en un estudio retrospectivo en el cual analizó base de datos desde el año 1978 al año 2005, determinó la prevalencia del de atención en todo el mundo que fue de 5,29%; demostrando que los hallazgos sugieren que la ubicación geográfica desempeña un papel limitado en las razones de la gran variabilidad de las estimaciones de prevalencia del trastorno

en todo el mundo; en cambio, esta variabilidad parece explicarse principalmente por las características metodológicas de los estudios.¹⁴

Un estudio transversal con evaluación retrospectiva del déficit de atención e hiperactividad infantil fue realizado por Ryden E *et al.*; donde concluyen que pacientes bipolares con antecedentes de esta patología en la infancia, tienen un resultado clínico diferente al grupo bipolar puro, independientemente de si los síntomas del TDAH permanecieron en la edad adulta o no, sugiere que representa un fenotipo de inicio temprano distinto del trastorno bipolar.¹⁵

2.2 Bases teóricas

Ambas enfermedades son trastornos del desarrollo neurológico altamente prevalentes, con una edad temprana de inicio, un curso crónico y su persistencia en la edad adulta conduce a un deterioro significativo de la educación, el funcionamiento interpersonal y el aumento de la morbilidad y la mortalidad. Ambas a menudo se presentan como comorbilidad, y se asocian comúnmente con otras condiciones médicas y psiquiátricas.

Los pacientes bipolares presentan cambios anormales en el estado de ánimo, la energía, la actividad, el sueño y las funciones cognitivas durante los episodios de manía y depresión. Se asocia a menudo a ansiedad, trastornos de comportamiento y de personalidad, abuso de sustancias, altas tasas de suicidio y exceso de mortalidad.

El déficit de atención e hiperactividad se define por un inicio temprano; es decir diagnosticado antes de los 12 años de edad según el DSM-5; en el que incluyen un conjunto de síntomas persistentes de 6 meses o más, de desatención y / o hiperactividad e impulsividad, que no es consistente con el desarrollo, causando deterioro de la funcionabilidad en al menos dos ambientes, hogar y escuela.

Es la enfermedad psiquiátrica más común diagnosticada en niños, mayoritariamente en sujetos en edad escolar, y la mayoría (75%) son varones, y las tasas se han mantenido estables en el tiempo.¹⁶

Se ha encontrado una gran variabilidad en sus tasas en distintos estudios, como en los Estado Unidos, donde usan una serie de métodos como entrevistas de los padres, listas de control, informes de los profesores; y son aceptadas para su diagnóstico de la mano con el nivel de experiencia de los médicos haciendo que este varíe mucho, ya que los niños pueden ser referidos de médicos pediatras, neurólogos, psiquiatras, psicólogos, enfermeras; mientras que en Europa, sólo un especialista en psiquiatría infantil puede realizarlo.¹⁷

Además, el diagnóstico y la estadística de los criterios del Manual de Trastornos Mentales (DSM)³² permite la existencia de múltiples comorbilidades, así el déficit de atención e hiperactividad puede ser diagnosticado con otro diagnóstico como la ansiedad o la depresión, mientras que en la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10); el trastorno hiperactivo no permite diagnósticos comórbidos y existen diferencias en los criterios utilizados.

La CIE-10 requiere de la presencia de hiperactividad-impulsividad y falta de atención; criterios que deben cumplirse; y esto podría ser la causa principal de las mayores tasas registradas de déficit de atención e hiperactividad en Estados Unidos en comparación con el Reino Unido y en países occidentales.¹⁸

Ambas enfermedades representan una gran proporción de prescripciones en preescolares, tanto los estimulantes, antipsicóticos y estabilizadores del estado de ánimo.¹⁹

En la actualidad, carecemos de información sistemática no sólo sobre las causas de estos trastornos, sino también sobre las causas de su común sub diagnóstico, sobre diagnóstico y errores en el diagnóstico. Dado que estos dos diagnósticos clínicos no pueden basarse en ningún biomarcador y comparten muchas características en sus manifestaciones; el reconocimiento temprano, la diferenciación precisa y oportuna, apropiada son prioridades de la salud pública.

El enfoque en el diagnóstico diferencial entre los pacientes pediátricos y adolescentes es justificado por su aparición temprana y la necesidad de un

diagnóstico y tratamiento tempranos; he allí su mayor importancia para los clínicos, las políticas de salud pública, el tratamiento y la prevención.

En los estudios comunitarios, la prevalencia del déficit de atención e hiperactividad oscila entre el 1,7 y el 16% en los jóvenes en edad escolar y el 1-5% de los adultos y es la principal razón de salud mental, comportamiento o educación especial.²⁰

El déficit de atención e hiperactividad persiste hasta la edad adulta, con un tercio de los sujetos diagnosticados desde la infancia cumpliendo con los criterios completos como adultos, pero casi dos tercios informan deterioro continuo debido a sus síntomas.²¹

El trastorno bipolar tiene una prevalencia estimada de por vida del 2,1% en los adultos y un meta análisis reciente confirmó tasas de 1,8% en los niños.²²

Entre los adultos con trastorno bipolar, por lo menos dos terceras partes son informados con la aparición antes de la edad de 18 años, y a menudo se manifiestan temprano en el curso de la enfermedad con menos síntomas, más cortos o atenuados constituyendo un trastorno bipolar no especificado. El DSM-5 no aborda las diferencias de desarrollo en sus manifestaciones en las diferentes edades.²³

Ambos trastornos son más frecuentes en los varones, al menos el trastorno bipolar tipo-I y el déficit de atención con hiperactividad; ya que el déficit de atención e hiperactividad con inatención podría ser más común en las niñas.²⁴

Los jóvenes con trastorno bipolar tienden a padecer trastornos comórbidos, con tasas altas para trastornos de ansiedad (54%), TDAH (48%), conducta disruptiva (31%) y consumo de sustancias (31%).

El déficit de atención e hiperactividad y la comorbilidad de ansiedad en el trastorno bipolar pediátrico afecta negativamente la sintomatología, el funcionamiento cognitivo, clínico y global. Su comorbilidad en la etapa de adolescente y conducta disruptiva, trastornos de ansiedad, o consumo de

sustancias, aumentan significativamente las probabilidades de desarrollar más tarde un trastorno bipolar.

Además aumenta el riesgo de desarrollar abuso de sustancias en hombres, y en especial en mujeres, mientras que la exposición a estimulantes no parece aumentar el riesgo de consumo de sustancias a menos que haya una conducta disruptiva comórbida con el trastorno.²⁵

En muestras clínicas, los niños con déficit de atención e hiperactividad, se informa que tienen un mayor riesgo de comorbilidad con el trastorno bipolar. En informes más recientes, se ha evidenciado que las tasas de patología comórbida en muestras de niños bipolares y cohortes bipolares de alto riesgo, no son elevadas, excepto en descendientes de adultos con trastorno bipolar que no responden al litio.²⁶

La diferenciación clínica del déficit de atención e hiperactividad de episodios maníacos o mixtos del trastorno bipolar se ha basado en tres enfoques.

Un enfoque compara y contrasta los dos síndromes eliminando los síntomas que se superponen. El estado de ánimo exagerado, la grandiosidad, la hipersexualidad, la disminución de la necesidad de dormir, los pensamientos embrollados y todos los demás síntomas de manía, excepto la hiperenergía y la distraibilidad, fueron significativa y sustancialmente más frecuentes entre los pacientes con trastorno bipolar que los casos por déficit de atención e hiperactividad.

Entre los grupos del trastorno bipolar, el 55,0% experimentó delusiones de grandiosidad, el 26,7% tuvo un comportamiento suicida con presencia de plan y/o intención, y el 83,3% tuvo ciclos de cambio de humor rápido y ultra-rápido.

Sin embargo, basándose en síntomas no superpuestos, disminuye la probabilidad de contribuir al diagnóstico diferencial debido a su prevalencia relativamente baja. Por lo tanto, en todos los casos libres de conducta psicótica, suicida o hipersexual, la diferenciación clínica sigue siendo un desafío.²⁷

Un enfoque alternativo y complementario utilizó la aparición cronológica de los síntomas en un continuo desarrollo en los niños con diagnóstico clínico o estructurado de ambas patologías.

Este enfoque proporcionó alguna evidencia de trayectorias diferenciales e independientes de la psicopatología. Usando una encuesta de padres de 37 síntomas comunes de psicopatología infantil de los trastornos de inicio de la infancia del DSM-IV, Fergus estudió una muestra comunitaria de jóvenes con trastorno bipolar, varios diagnósticos psiquiátricos (incluyendo depresión mayor, déficit de atención e hiperactividad, conducta disruptiva, trastorno obsesivo compulsivo y síndrome de Tourette), o sin un diagnóstico psiquiátrico.²⁸

Los berrinches, la mala tolerancia a la frustración, la impulsividad, el aumento de la agresión, la disminución de la capacidad de atención, la hiperactividad y la irritabilidad, empezaron a distinguir a los niños bipolares de los de edades más tempranas (es decir, de edades de 1 a 6 años); los síntomas más típicos de la depresión, manía y psicosis de adultos, distinguió a los niños con un diagnóstico bipolar de los demás con edades mayores (entre las edades de 7 y 12).

El mismo grupo utilizó calificaciones anuales en retrospectiva de los síntomas en pacientes ambulatorios con ambas diagnósticos, para identificar los síntomas (o clusters) con probabilidad de poder discriminar entre los dos trastornos a una edad temprana.

Los períodos breves y prolongados de estado de ánimo elevado diferenciaron el trastorno bipolar de los casos de déficit de atención e hiperactividad, desde los tres años, aumentando en los primeros 10 años de calificaciones.²⁹

Además, la irritabilidad severa, la disminución del sueño y los comportamientos sexuales inapropiados (pero no pensamientos en tropel o síntomas depresivos) fueron discriminadores tempranos; la tristeza, los cambios en el apetito y la ideación suicida fueron útiles en la discriminación de ambos trastornos sólo alrededor de la edad de 7 años.

Los terrores nocturnos, las molestias en la cama y las quejas físicas eran más frecuentes en el trastorno bipolar que en casos de déficit de atención e hiperactividad. La hiperactividad, la impulsividad y el corto tiempo de atención no eran propensos a poder discriminarse entre los grupos, ni tampoco los síntomas de ansiedad, trastorno obsesivo compulsivo o tolerancia a la frustración.

En el tercer enfoque, se compararon las puntuaciones de Child Behavior Checklist (CBCI) en niños con BD o TDAH para evaluar la capacidad de CBCI para diferenciar las dos condiciones.

Se ha encontrado que un proxy para el trastorno bipolar con una elevación de las subescalas de ansiedad / depresión, comportamiento agresivo y problemas de atención (a menudo denominado perfil de desregulación de CBCI) diferencian con precisión el trastorno bipolar y el déficit de atención e hiperactividad , pero otros estudios encontraron que este proxy no era específico para trastorno bipolar, a pesar de que los sujetos con esta patología eran más propensos que el TDAH a tener un perfil de desregulación de CBCI.³⁰

Los trastornos bipolares se pueden conceptualizar en tres entidades distintas: trastorno bipolar I, que consiste en episodios de ciclismo de manía con episodios depresivos; trastorno bipolar II, que consiste en episodios de ciclismo de hipomanía con episodios depresivos; y trastorno ciclotímico, que consiste en hipomanía y episodios de depresión menos graves. Muy pocos pacientes tienen solo episodios maníacos.

Aproximadamente el 10-15% de los adolescentes con el diagnóstico de depresión mayor recurrente desarrollarán más tarde trastorno bipolar I. Los episodios mixtos son más frecuentes en adolescentes y adultos jóvenes que en adultos mayores. La primera aparición de un episodio maníaco después de la edad de 50 años debe alertar al clínico sobre la posibilidad de que el episodio se deba a una afección médica general o al uso de sustancias.

A menudo se diagnostica erróneamente en adolescentes por ejemplo, como TDAH. En ellos con su inicio temprano, tienen más probabilidades de presentar

síntomas psicóticos y de tener un peor pronóstico en términos de los resultados de por vida.

A pesar de los intentos intensos de establecer su base etiológica o fisiopatológica, se desconoce la causa precisa del trastorno bipolar, existe consenso en que múltiples factores etiológicos -genéticos, bioquímicos y socioambientales- pueden interactuar de formas complejas. Tiene además una relación genética bastante fuerte, dos tercios o más de los pacientes están relacionados con los familiares. Estudios de certificación han demostrado vinculación en varios loci, más consistentemente a 18 p / qy 21q, con otros demostrados también (5p, 6p, 10q, 12q, 16p, 22p).

Aunque los factores estresantes psicosociales pueden ocasionalmente preceder al inicio del trastorno bipolar, no hay una asociación clara entre los eventos de la vida y la aparición de episodios maníacos o hipomaníacos. De hecho, dada la naturaleza disruptiva del ciclo del estado de ánimo, es más probable que el trastorno bipolar induzca eventos negativos de la vida. Por ejemplo, el mal juicio durante un episodio maníaco puede exponer a las personas a un mayor riesgo de trauma, abuso sexual o deudas.

Los pacientes bipolares son inicialmente sociales, extrovertidos, seguros de sí mismos y comunicativos, y pueden ser difíciles de interrumpir. Su discurso está lleno de juegos de palabras, bromas e irrelevancias. Los pacientes suelen ser hipersexual, promiscuo, desinhibido y seductor; pueden presentarse en un salón de emergencias vestidos con ropa colorida, extravagante e inapropiada. A medida que el episodio maníaco se intensifica, su habla se vuelve fuerte, intrusiva, rápida y difícil de seguir, y pueden volverse irritables, agresivas y amenazantes.

Los pacientes maníacos se distraen fácilmente, sus procesos de pensamiento son difíciles de seguir debido a que son acelerados y presentan fuga de ideas. Parecen tener un flujo desenfrenado y acelerado de pensamientos e ideas, que a menudo no están relacionados. Los pacientes pueden tener una autoconfianza excesiva y preocuparse por temas políticos, personales, religiosos y sexuales. Pueden exhibir un aumento inapropiado en la autoestima y pueden tener creencias grandiosas (por ejemplo, de brillantez, éxito, riqueza,

etc.). Su juicio se ve perjudicado de manera significativa, lo que resulta en la compra de juergas, indiscreciones sexuales e inversiones comerciales imprudentes. Las características psicóticas como la paranoia, los delirios y las alucinaciones a veces están presentes, no muy diferentes de los que se observan en pacientes con esquizofrenia.

Tienen un riesgo sustancial de suicidio, con una tasa de mortalidad estimada en 2-3 veces mayor que la de la población general, lo cual puede ser disminuido con un tratamiento apropiado y regular.

Los trastornos del eje I y del eje II asociados con síntomas hipomaníacos o maníacos deben incluirse en el diagnóstico diferencial de los trastornos bipolares. En primer lugar, las características psicóticas asociadas con la esquizofrenia o el trastorno esquizoafectivo a menudo son indistinguibles de las asociadas con la manía aguda. En segundo lugar, los episodios depresivos mayores pueden estar asociados de manera prominente con el estado de ánimo irritable y, por lo tanto, pueden ser difíciles de distinguir de un episodio bipolar mixto. En tercer lugar, en niños y adolescentes, el TDAH y la manía se caracterizan por la hiperactividad, el comportamiento impulsivo, el mal juicio y el rendimiento académico, y la negación psicológica. En cuarto lugar, los pacientes con ciertos trastornos de la personalidad (por ejemplo, trastornos de personalidad limítrofes o histriónicos) pueden exhibir impulsividad, inestabilidad afectiva e ideas paranoides, al igual que los pacientes maníacos.³¹

La mayoría de los niños con TDAH tienen un tipo combinado con síntomas de falta de atención e hiperactividad e impulsividad. Las niñas tienen una mayor prevalencia del subtipo de falta de atención; los niños tienen una mayor prevalencia del subtipo hiperactivo. Aunque los síntomas comienzan en la infancia temprana, pueden disminuir entre los 10 y los 25 años. La hiperactividad disminuye más rápidamente, y la impulsividad y falta de atención a menudo persisten en la adolescencia y la edad adulta.

Se puede combinar con otras afecciones psiquiátricas, como el trastorno del estado de ánimo en aproximadamente el 20% de los pacientes, trastornos de conducta en el 20% y trastorno de oposición desafiante en hasta el 40%. Hasta el 25% de éstos niños atendidos en una clínica de referencia tienen tics o

síndrome de Tourette. Por el contrario, más del 50% de las personas con síndrome de Tourette también tienen TDAH.

Tiene un componente genético sustancial. Se han identificado varios genes candidatos, pero solo explican una pequeña parte de la varianza, aunque hay pruebas sólidas de que es un trastorno que involucra múltiples genes. También se asocia con una variedad de trastornos genéticos, incluidos el síndrome de X frágil, el síndrome de Williams, el síndrome de Angelman, el síndrome XXY (síndrome de Klinefelter) y el síndrome de Turner. El síndrome de alcoholismo fetal (FAS) también está fuertemente asociado. El trauma del SNC, las infecciones del SNC, la prematurez y un curso neonatal difícil con lesión cerebral también pueden asociarse con el TDAH posterior. Los problemas metabólicos como el hipertiroidismo a veces la pueden causar. Estas causas orgánicas deben considerarse en la evaluación de cualquier niño que presente problemas de atención, hiperactividad o impulsividad. En particular, puede haber falta de atención con la apnea obstructiva del sueño. Sin embargo, en la mayoría de los niños la causa permanece desconocida.³³

El DSM-5 describe tres subtipos: hiperactivo-impulsivo, inatento y combinado. Para clasificarse según uno u otro de estos subtipos, el niño debe exhibir seis o más de los síntomas expuestos según este manual.³²

2.3 Definición de términos

El trastorno bipolar en la etapa adulta: Se caracteriza por oscilaciones impredecibles en el estado de ánimo desde la manía (o hipomanía) hasta la depresión. Algunos pacientes sufren solo ataques recurrentes de manía, que en su forma pura se asocia con una mayor actividad psicomotora; excesiva extroversión social; disminución de la necesidad de dormir; impulsividad y deterioro en el juicio; y un estado de ánimo expansivo, grandioso y algunas veces irritable.

Trastorno bipolar en la etapa infanto juvenil es infrecuente en la en esta etapa y la muchas veces diagnosticada tardíamente; aproximadamente un tercio de ellos que han sido diagnosticados de depresión podrían padecer los

síntomas incipientes de un futuro trastorno bipolar según la Academia Americana de Psiquiatría del Niño y del Adolescente.

Los criterios diagnósticos utilizados en adultos no son tan eficientes ni válidos en la edad infanto juvenil ya que no se da tanta importancia en aspectos conductuales de este grupo etario constituyendo características claves para excluir el diagnóstico en los adultos. Se podría decir que no hay una diferenciación completa entre ambas, podría incluso decirse que es una continuación de la enfermedad.

Trastorno por déficit de atención e hiperactividad en la etapa infanto juvenil: Es un trastorno del neurodesarrollo común, se asocia con una tríada de síntomas: impulsividad, falta de atención e hiperactividad. El DSM-5 describe tres subtipos: hiperactivo-impulsivo, inatento y combinado. Los criterios abordarán los síntomas a lo largo de la vida, los síntomas que causan el trastorno debe estar presente antes de los 12 años de edad en lugar de los 7 años, y algunos síntomas deberán estar presentes en más de un entorno. En general, existen desafíos significativos en el funcionamiento académico y las interacciones sociales.

Trastorno por déficit de atención e hiperactividad en la etapa adulta: En población adulta se dispone de menos datos epidemiológicos, encontrado prevalencias entre el 4% y el 5%. Los adultos que acuden a consulta muchas veces son tratados de patologías como ansiedad, depresión trastorno de abusos de sustancias, cuando realmente en el fondo estas patologías son cuadros comorbidos de un TDAH de adulto no diagnosticado.

En el rendimiento académico tienden a lograr una menor formación académica. Muestran dificultades en el control de impulsos y la inatención generando problemas en el campo laboral cambiando muchas veces de empleo cometiendo muchos más errores y descuidos que afectan el desarrollo adecuado de su trabajo. Se han evidenciado alteraciones en la habilidad de conducción, asumiendo más riesgos, mostrándose temerarios presentando más accidentes. Se han descrito mayores dificultades en las relaciones personales y de pareja; así como también más trastornos psiquiátricos comórbidos y consumo de sustancias nocivas.³²

CAPÍTULO III: HIPÓTESIS Y VARIABLES

3.1 Formulación de la hipótesis

No cuenta con hipótesis por ser un estudio descriptivo.

3.2 Variables y su operacionalización

Variable	Definición	Tipo por su naturaleza	Indicador	Escala de medición	Categorías	Valores de las categorías	Medio de verificación
Déficit de atención e hiperactividad en la etapa infanto juvenil	Trastorno neuropsiquiátrico diagnosticado antes de los 18 años	Cualitativa	Antecedente diagnóstico	Nominal	Presente/Ausente	-	Historia Clínica
Déficit de atención e hiperactividad en la etapa adulta	Trastorno neuropsiquiátrico diagnosticado a los ó después de los 18 años	Cualitativa	Antecedente diagnóstico	Nominal	Presente/Ausente	-	Historia Clínica
Trastorno Bipolar en la etapa infanto juvenil	Trastorno afectivo diagnosticado antes de los 18 años	Cualitativa	Antecedente diagnóstico	Nominal	Presente/Ausente	-	Historia Clínica
Trastorno Bipolar en la etapa adulta	Trastorno afectivo diagnosticado a los ó después de los 18 años	Cualitativa	Antecedente diagnóstico	Nominal	Presente/Ausente	-	Historia Clínica
Edad		Cuantitativa	Fecha de nacimiento	De Razón	Años	> 18	Historia Clínica
Género		Cualitativa	Caracteres sexuales secundarios	Nominal	Varón/Mujer	-	Historia Clínica
Grado de instrucción		Cualitativa	Último año de instrucción aprobado	Ordinal	Iletrado Primaria Secundaria Técnico superior Superior	-	Historia Clínica

CAPÍTULO IV: METODOLOGÍA

4.1 Diseño metodológico

El presente estudio corresponde a un diseño cuantitativo, observacional, descriptivo, transversal, retrospectivo.

4.2 Diseño Muestral

a) Población universo:

Pacientes mayores de 18 años con diagnóstico definido de Trastorno Bipolar atendidos en el servicio de Psiquiatría de adultos en el Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen.

b) Población de estudio:

Pacientes mayores de 18 años con diagnóstico definido de Trastorno Bipolar atendidos en el servicio de Psiquiatría de adultos en el Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen en el periodo 2015-2017.

c) Tamaño de la población de estudio:

Tamaño Muestral:

Se estudiará una muestra cuyo tamaño se determinó mediante la fórmula de muestreo para proporciones en poblaciones finitas no conocidas:

$$n = \frac{Z\alpha^2 \cdot p \cdot q}{E^2}$$

Donde:

n = tamaño de la muestra

$Z\alpha$ = coeficiente de confiabilidad para una precisión del 95% = 1.96

p = proporción esperada 5.29% .¹⁴

q = 1 – p

E = error absoluto = 5% para estudios de ciencias de la salud = 0.05

Por tanto: n = 76.98 ≈ 77 casos

d) Muestreo o selección de la muestra

Muestreo no probabilístico a juicio del investigador.

e) Criterios de selección

e.1) Criterios de inclusión:

- Pacientes de ambos sexos.
- Pacientes mayores de 18 años.
- Pacientes con diagnóstico definido de trastorno bipolar.

e.2) Criterios de exclusión:

- Pacientes con diagnóstico de discapacidad intelectual
- Pacientes con diagnósticos asociados al consumo de sustancias adictivas.

4.3 Técnicas e instrumentos de recolección de datos

Se obtendrán los datos requeridos para el estudio de forma directa a través de la revisión de historias clínicas, las cuales serán solicitadas en el área de archivos del Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen.

a) Instrumento

El presente estudio utilizará como instrumento de recolección de datos un cuestionario auto administrado (*ver anexo*).

b) Procedimiento de recolección:

- Se solicitará la autorización aprobaciones requeridas a la dirección del hospital y a la jefatura del servicio de Psiquiatría Adultos del Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen para la recolección de datos.
- Se obtendrán los datos de las historias clínicas de pacientes con diagnóstico de trastorno bipolar que fueron atendidas en el servicio de

Psiquiatría Adulto del Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen en el periodo 2015-2017 buscando la prevalencia del diagnóstico de trastorno por déficit de atención e hiperactividad en estos pacientes.

- Se hará uso de una ficha de recolección de datos respectiva diseñada para cumplir con los objetivos.
- Los datos registrados en las fichas de recolección serán luego codificados y sumados para obtener una distribución percentil y establecer la prevalencia del diagnóstico de trastorno por déficit de atención e hiperactividad en pacientes con trastorno bipolar.

4.4 Procesamiento y análisis de la información

- Los datos serán codificados y tabulados en bases de datos electrónicas para su análisis e interpretación.
- Se empleará estadística descriptiva proporciones, razones, tasas, frecuencias, porcentajes, tablas de doble entrada y gráficos.
- Se empleará clasificación automática en la hoja de cálculo electrónica (Excel 2013).
- El recuento de los datos será electrónico, en base a la matriz diseñada en la hoja de cálculo.
- Los datos que se recopilarán de la ficha de recolección de datos serán editados en un archivo del paquete estadístico SPSS-20.0 para su procesamiento correspondiente.

4.5 Aspectos éticos

El proyecto de investigación será presentado al Comité de Ética Médica e Investigación del Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen y del programa de Medicina Humana de la Universidad San Martín de Porres; guardando la confidencialidad de los datos obtenidos de las historias clínicas así como sus respectivos resultados y conclusiones.

CRONOGRAMA

	Enero 2018				Mayo 2018				Julio 2018				Octubre 2018				Diciembre 2018			
Semanas	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
1. Elección del tema																				
2. Revisión bibliográfica																				
3. Aprobación del proyecto																				
4. Ejecución																				
5. Análisis e interpretación																				
6. Informe final																				

FUENTES DE INFORMACIÓN

1. Torres I. Bipolar disorder with comorbid attention-deficit and hyperactivity disorder. Main clinical features and clues for an accurate diagnosis. *Acta Psychiatrica Scandinavica*. 2015 Abril; 132(5).
2. Klein. Bipolar Disorder Working Group. *Biological Psychiatry*. 2016 Octubre.
3. Di Nicola M. 1. Adult attention-deficit/hyperactivity disorder in major depressed and bipolar subjects: role of personality traits and clinical implications. *European Archives of Psychiatry & Clinical Neuroscience*. 2014 Agosto; 264(5).
4. Breda V. 1. Does collateral retrospective information about childhood attentiondeficit/ hyperactivity disorder symptoms assist in the diagnosis of attentiondeficit/ hyperactivity disorder in adults? Findings from a large clinical sample. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*. 2015 Noviembre;(1-9).
5. Etain B. 1. Association between childhood dimensions of attention déficit hyperactivity disorder and adulthood clinical severity of bipolar disorders. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*. 2016 Abril.
6. Perugi G, Vannucchi G. The use of stimulants and atomoxetine in adults with comorbid ADHD and bipolar disorder. *Journal Expert Opinion on Pharmacotherapy*. 2015 Septiembre; 16(14).
7. Jooa EJ, Young Leea K. 1. Childhood attention deficit hyperactivity disorder features in adult mood disorders. *Comprehensive psychiatry*. 2011 Junio; 53(3).
8. Karaahmeta E, Konukb N. 1. The comorbidity of adult attention-deficit/hyperactivity disorder in bipolar disorder patients. *Eur Arch Psychiatry Clin Neuroscience*. 2008 Octubre; 258(7).
9. Kitsune L, Kuntsi. Delineating ADHDandbipolardisorder:Acomparisonofclinical profiles inadultwomen. *Journal of Affective Disorders*. 2016 Marzo; 192(106).
10. Michelini , Kitsune L. 1. Disorder-specific and shared neurophysiological impairments of attention and inhibition in women with attention-deficit/hyperactivity disorder and women with bipolar disorder. *Psychological Medicine*. 2015 Noviembre; 46(3).
11. Perroud N, Cordera P. Comorbidity between attention deficit hyperactivity disorder(ADHD) and bipolar disorder in a specialized mood disorder sout patient clinic. *Journal of Affective Disorders..* 2014 Octubre; 168(6).
12. Perugi G, Ceraudo G. 1. Attention Deficit/Hyperactivity Disorder symptoms in Italian bipolar adult patients: A preliminary report. *Journal of Affective Disorders*. 2013 Julio; 149(3).

13. Carlson GA G, Loney J, Salisbury H. Stimulant treatment in young boys with symptoms suggesting childhood mania: a report from a longitudinal study. *Journal of Child and Adolescents Psychopharmacology*. 2000 Fall;10(3):175-84. 2000 Agosto; 10(3).
14. Polanczyk , Silva de Lima M. The Worldwide Prevalence of ADHD: A Systematic Review and Metaregression Analysis. *American Journal of Psychiatry*. 2007 Junio; 164(6).
15. Ryd E, Thase E. A history of childhood attention-deficit hyperactivity disorder (ADHD) impacts clinical outcome in adult bipolar patients regardless of current ADHD. *Acta Psychiatr Scand*.. 2009 Septiembre; 120(3).
16. Feldman H, Reiff M. Clinical practice. Attention deficit hyperactivity disorder in children and adolescents. *New England Journal of Medicine*. 2014 Febrero; 370(9).
17. Singh I. Beyond polemics: science and ethics of ADHD. *Nat Rev Neuroscience*. 2008 Diciembre; 12(9).
18. Lee S. Predictive validity of DSM-IV and ICD-10 criteria for ADHD and hyperkinetic disorder. *J Child Psychol Psychiatry*. 2008 Enero ; 49(1).
19. Moreno C, Laje C, Blanco G. National trends in the outpatient diagnosis and treatment of bipolar disorder in youth. *Arch Gen Psychiatry*. 2007. *Arch Gen Psychiatry*. 2007 Septiembre; 64(9).
20. Goldman LS L, Genel M. Diagnosis and treatment of attention-deficit/hyperactivity disorder in children and adolescents. Council on Scientific Affairs. American Medical Association. *JAMA*. 1998 Abril; 279(8).
21. Baroni A A. Neuroanatomic and cognitive abnormalities in attention-deficit/hyperactivity disorder in the era of 'high definition' neuroimaging. *Curr Opin Neurobiol*. 2015. *Curr Opin Neurobiol*. 2015.
22. Van Meter A, Moreira A. Meta-analysis of epidemiologic studies of pediatric bipolar disorder.. *Journal Clinica Psychiatry*.. 2011 Septiembre; 72(9).
23. Birmaher B, Axelson B. Four-year longitudinal course of children and adolescents with bipolar spectrum disorders: the Course and Outcome of Bipolar Youth (COBY) study.. *American Journal of Psychiatry*.. 2009 Julio; 166(7).
24. Klein RG R, Mannuzza S. Clinical and functional outcome of childhood attention-deficit/hyperactivity disorder 33 years later.. *Arch Gen Psychiatry*. 2012 Diciembre; 69(12).
25. Frías A, Palma C. Comorbidity in pediatric bipolar disorder: prevalence, clinical impact, etiology and treatment.. *Journal of Affective Disorders*. 2015 Marzo; 20(7).

26. Duffy A. The nature of the association between childhood ADHD and the development of bipolar disorder: a review of prospective high-risk studies.. *Am J Psychiatry*.. 2012 Diciembre; 169(12).
27. Geller B, Williams B. Prepubertal and early adolescent bipolarity differentiate from ADHD by manic symptoms, grandiose delusions, ultra-rapid or ultradian cycling.. *Journal of Affective Disorders*. 1998.
28. Fergus E, Miller R. Is there progression from irritability/dyscontrol to major depressive and manic symptoms? A retrospective community survey of parents of bipolar children. *Journal of Affective Disorders*. 2003.
29. Merikangas KR K, Akiskal HS H. Lifetime and 12-month prevalence of bipolar spectrum disorder in the National Comorbidity Survey replication.. *Arch Gen Psychiatry*. 2007 Mayo; 64(5).
30. Geller B B, Tillman R, Craney J. Four-year prospective outcome and natural history of mania in children with a prepubertal and early adolescent bipolar disorder phenotype.. *Arch Gen Psychiatry*. 2004 Mayo; 61(5).
31. Michael H. Ebert PTLBNJFL. *CURRENT Diagnosis & Treatment: Psychiatry*. 2nd ed. Ebert MH, editor. United States of America: The McGraw-Hill Companies; 2008.
32. *Psiquiatría AAd. Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales*.. 5th ed. Washington, DC: Editorial Médica Panamericana; 2013.
33. William W. Hay J,MJLRRDMJA. *CURRENT Diagnosis & Treatment Pediatrics*. Twenty-Third Edition ed. Andrew Moyer CN, editor. United States of America: McGraw-Hill Education; 2016.

ANEXOS

Anexo 1: Matriz de consistencia

Título de la investigación	Pregunta de investigación	Objetivos de la investigación	Hipótesis	Tipo y diseño de estudio	Población de estudio y procesamiento de datos	Instrumento de recolección
PREVALENCIA DEL DÉFICIT DE ATENCIÓN E HIPERACTIVIDAD EN EL AFECTIVO BIPOLAR HOSPITAL NACIONAL GUILLERMO ALMENARA IRIGOYEN 2015-2017	¿Cuál es la prevalencia del déficit de atención e hiperactividad en el trastorno afectivo bipolar en el Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen Servicio de Psiquiatría 2015-2017?	<ul style="list-style-type: none"> •Identificar si los pacientes con trastorno afectivo bipolar tuvieron en su infancia el diagnóstico de déficit de atención e hiperactividad. •Precisar si los pacientes tuvieron desde su infancia los diagnósticos de déficit de atención e hiperactividad y de trastorno afectivo bipolar. •Establecer si los 	No cuenta con hipótesis por ser un estudio descriptivo.	Diseño cuantitativo, observacional, descriptivo, transversal, retrospectivo.	<p>Tamaño muestral de 77 casos a estudiar. tratándose de un muestreo no probabilístico a juicio del investigador.</p> <p>Los datos que se recopilarán de la ficha de recolección de datos serán editados en un archivo del paquete estadístico SPSS-20.0 para su procesamiento correspondiente.</p>	instrumento de recolección de datos un cuestionario autoadministrado

		pacientes con trastorno afectivo bipolar tienen déficit de atención e hiperactivid ad diagnostica do en la edad adultas.				
--	--	---	--	--	--	--

Anexo 2: Instrumento de recolección de datos

FICHA

Paciente N.º _____

Fecha:

Edad: _____ Sexo: _____

- 1. Diagnóstico de trastorno por déficit de atención e hiperactividad.**
 - a. Sí
 - b. No

- 2. Diagnóstico de trastorno por déficit de atención e hiperactividad en la etapa infanto juvenil.**
 - a. Sí
 - b. No

- 3. Diagnóstico trastorno por déficit de atención e hiperactividad en la etapa adulta**
 - a. Sí
 - b. No

- 4. Diagnóstico de trastorno bipolar en la etapa infanto juvenil**
 - a. Sí
 - b. No

- 5. Diagnóstico de trastorno bipolar en la etapa adulta**
 - a. Sí
 - b. No