



UNIVERSIDAD PERUANA  
**CAYETANO HEREDIA**

Facultad de  
**MEDICINA**

Prevalencia, características clínicas y factores asociados a la presencia de trastornos de la conducta alimentaria en pacientes hospitalizados en una institución psiquiátrica, 2021-2025

Prevalence, clinical characteristics, and factors associated with the presence of eating disorders in patients hospitalized in a psychiatric institution, 2021-2025

PROYECTO DE INVESTIGACIÓN PARA OPTAR POR EL  
TÍTULO DE SEGUNDA ESPECIALIDAD PROFESIONAL EN  
PSIQUIATRÍA

AUTOR

SOL ANGELA VALDEZ AVILA

ASESOR

JAVIER ESTEBAN SAAVEDRA CASTILLO

LIMA – PERÚ

2026



## DECLARACIÓN DE ORIGINALIDAD

La egresada:

| N° | APELLIDOS Y NOMBRES     |
|----|-------------------------|
| 1. | VALDEZ AVILA SOL ANGELA |

Perteneciente al programa de **SEGUNDA ESPECIALIDAD PROFESIONAL EN PSIQUIATRÍA**, autora del proyecto de investigación titulado: **Prevalencia, características clínicas y factores asociados a la presencia de trastornos de la conducta alimentaria en pacientes hospitalizados en una institución psiquiátrica, 2021-2025**, el cual ha sido elaborado y aprobado, para optar por el **TÍTULO DE SEGUNDA ESPECIALIDAD PROFESIONAL EN PSIQUIATRÍA**, bajo la modalidad de Proyecto de investigación.

En calidad de docente (s) asesor (es) de la Universidad Peruana Cayetano Heredia:

| N° | APELLIDOS Y NOMBRES DEL DOCENTE  | FACULTAD | NIVEL DE ASESORÍA |
|----|----------------------------------|----------|-------------------|
| 1. | SAAVEDRA CASTILLO JAVIER ESTEBAN | MEDICINA | Asesor            |
| 2. |                                  | MEDICINA | Co-asesor         |

Declaramos que el contenido del presente documento es original y que las citas y referencias a otros autores cumplen con las normas académicas establecidas. En ese sentido, hacemos constar que:

- El documento presenta un porcentaje de similitud de **17%**, según el reporte emitido por el software **Turnitin®** (identificador de entrega: **3593244181**; fecha de entrega: **12/06/2026**).
- Tras una revisión detallada del reporte y del contenido del trabajo en cuestión, no se han identificado indicios de plagio.
- Se certifica que el documento respeta los principios de integridad académica y cumple con los requisitos institucionales de originalidad.

Lugar y fecha: Lima, 25 de Junio de 2026

  
Firma del asesor  
N° DNI: 08219915  
ORCID:  
0000-0001-8403-5363

\_\_\_\_\_  
Firma del Co-asesor  
N° DNI: .....  
ORCID:  
.....

## 1. RESUMEN

**Introducción:** Los trastornos de la conducta alimentaria (TCA) son cuadros psiquiátricos graves, asociados a elevada morbilidad y a una importante demanda asistencial, pero existe escasa información local sobre los pacientes que requieren hospitalización psiquiátrica en el Instituto Nacional de Salud Mental “Honorio Delgado – Hideyo Noguchi” (INSM “HD-HN”). **Objetivo:** Estimar la prevalencia de TCA en pacientes hospitalizados en el INSM “HD-HN” entre 2021 y 2025 y describir sus características sociodemográficas y clínicas, comparando hospitalizaciones con y sin TCA. **Diseño del estudio:** Estudio observacional, retrospectivo, transversal analítico, de fuente secundaria, basado en registros de hospitalizaciones psiquiátricas del INSM “HD-HN” entre 2021 y 2025. **Población y muestra:** Hospitalizaciones registradas en la Base Institucional de Hospitalizaciones Psiquiátricas 2020–2025; se incluirán todos los episodios con diagnóstico de TCA identificados entre 2021 y 2025 y, para el grupo comparador, se seleccionará una muestra aleatoria simple de hospitalizaciones sin TCA. **Procedimiento y técnicas:** A partir del listado institucional se identificarán las hospitalizaciones elegibles y se revisarán historias clínicas físicas y/o electrónicas para completar una ficha con presencia de TCA y variables sociodemográficas y clínicas. **Análisis estadístico:** Se calculará la prevalencia de TCA con IC 95%, se aplicará estadística descriptiva, pruebas bivariadas y regresión logística binaria para identificar factores asociados a la presencia de TCA.

**Palabras clave:** Trastornos de la alimentación; Hospitalización; Factores sociodemográficos.

## 2. INTRODUCCIÓN

Los trastornos de la conducta alimentaria (TCA) se han ido reconociendo, en los últimos años, como uno de los problemas psiquiátricos más complejos con los que se enfrenta la práctica clínica (1, 2, 3). Se trata de cuadros en los que no solo hay alteraciones en la ingesta, sino un conjunto de conductas en torno a la comida y al cuerpo que se mantienen en el tiempo y que terminan afectando la salud física, el ánimo, las relaciones y el funcionamiento cotidiano (1, 4, 5). En la clasificación actual, se incluyen los diagnósticos de anorexia nerviosa, bulimia nerviosa, trastorno por atracón, trastorno evitativo/restrictivo de la ingesta (ARFID), pica, trastorno de rumiación y las categorías especificadas y no especificadas (1, 6), los cuales comparten ciertos rasgos, pero se expresan de manera distinta en cada paciente. En la práctica diaria es frecuente ver personas que no encajan de forma exacta en una categoría, o que van cambiando de un perfil a otro a lo largo de la evolución, lo que añade un nivel extra de dificultad al abordaje (1, 7, 8).

El curso de estos trastornos rara vez es lineal. Muchos pacientes pasan por fases de mejoría parcial, recaídas y cambios de síntomas que pueden prolongarse durante años (9, 10). La severidad no se reduce al peso que marca la balanza, sino que debe considerarse también el grado de rigidez cognitiva, la intensidad de la preocupación por el peso y la imagen corporal, el impacto en la vida social y académica, y la presencia de comorbilidades médicas y psiquiátricas (1, 3, 4). En los casos más extremos se observan alteraciones hidroelectrolíticas, complicaciones cardiovasculares, endocrinas, óseas y renales, entre otras, que pueden llegar a comprometer la vida del paciente (11, 12, 13, 14, 15, 16, 17). No es casual que,

cuando se comparan distintos diagnósticos psiquiátricos, los TCA aparezcan de forma consistente entre los que concentran mayor riesgo de mortalidad y discapacidad (3, 18).

Entre los factores clínicos que suelen marcar un punto crucial en la evolución del paciente están, en primer lugar, los vinculados al estado nutricional. Una rápida pérdida ponderal, la disminución del índice de masa corporal por debajo de ciertos umbrales, los signos de falla orgánica o la sospecha de síndrome de realimentación obligan a replantear el escenario terapéutico y, muchas veces, a considerar la hospitalización (11, 16). A esto se suman los trastornos psiquiátricos comórbidos (depresión, ansiedad, síntomas postraumáticos, rasgos de personalidad desadaptativos y consumo de sustancias), que en este grupo son la regla más que la excepción, y que complican la evaluación, interfieren con la adherencia y pueden agravar el pronóstico (4). El riesgo suicida (ya sea en forma de ideación persistente, planificación o intentos previos) es un elemento que el personal de salud no debe ignorar y que, por sí mismo, puede justificar un ingreso a un entorno cerrado (1, 4, 19, 20). En muchos casos, la hospitalización se indica después de tratamientos ambulatorios que no han tenido el efecto esperado o frente a un deterioro progresivo a pesar del tratamiento (19, 20, 21).

La indicación de hospitalización psiquiátrica para TCA, por lo tanto, suele reservarse para situaciones en las que el riesgo o la complejidad superan lo que se puede manejar con seguridad en consulta externa o en otros dispositivos asistenciales menos intensivos que la hospitalización (19). En la práctica, los motivos más frecuentes son la desnutrición severa, la presencia de complicaciones

médicas (como alteraciones electrolíticas severas, arritmias o síndrome de realimentación), el riesgo suicida elevado, la comorbilidad psiquiátrica descompensada y la imposibilidad de garantizar un entorno familiar o social mínimamente contenedor (1, 4, 11, 19, 21). El área en la cual se internan estos pacientes varía según la institución: algunos ingresan a servicios de hospitalización general de psiquiatría; otros a unidades más especializadas o a camas compartidas con pacientes con otros diagnósticos, lo que exige ajustes en la dinámica de la unidad de hospitalización y en el trabajo del equipo (19, 20, 21). La modalidad de ingreso (voluntaria o no voluntaria) suele reflejar el grado de conciencia de enfermedad y la capacidad del paciente para colaborar con su propio tratamiento, asociándose con frecuencia a tensiones con la familia y con el propio paciente (19, 21).

Este tipo de ingresos tiene un impacto directo en la organización y en la carga de trabajo de los servicios de salud mental. No es raro que las estancias sean más largas que en otros diagnósticos, sobre todo cuando hay que corregir una desnutrición marcada y, al mismo tiempo, trabajar aspectos psicoterapéuticos que no cambian de un día para otro (11, 19, 21, 22). También es común que algunos pacientes necesiten más de una hospitalización a lo largo de su evolución, ya sea porque recaen, porque no logran consolidar los cambios logrados durante el ingreso o porque persisten factores de riesgo en su entorno (19, 20, 21, 23). El modo en que se produce el alta (por mejoría relativa, por traslado a otros servicios, por decisión del propio paciente en contra de la recomendación médica, entre otras posibilidades) y la complejidad del abordaje intrahospitalario (que incluye la necesidad de supervisión permanente, la realización de interconsultas con otros

servicios y la coordinación con la familia y con redes externas) permiten dimensionar con mayor claridad el impacto real de los TCA en el funcionamiento de una institución psiquiátrica (11, 19, 20, 21).

Además de estas consideraciones clínicas y asistenciales, en los últimos años se ha ido acumulando evidencia que muestra que los TCA no solo son más frecuentes de lo que se pensaba, sino que además tienen un impacto considerable en la salud y en la vida cotidiana de quienes los padecen (1, 3, 18, 24, 25, 26). Se han descrito prevalencias de TCA y de conductas alimentarias de riesgo tanto en la población en general como en adolescentes y jóvenes, con cifras de por vida en torno al 8% en mujeres y al 2% en hombres (25, 26), así como un incremento sostenido de la carga de enfermedad asociada a estos cuadros durante las últimas décadas (3, 18, 26). A ello se suma que los TCA se asocian a complicaciones médicas, a deterioro funcional y a un aumento del riesgo de mortalidad, lo que refuerza su importancia como problema de salud pública y la necesidad de contar con datos locales que permitan dimensionar mejor su magnitud (1, 3, 4, 11, 18).

En América Latina y en el Perú existen reportes en los que se informa de la presencia de TCA y de conductas alimentarias anómalas en adolescentes y jóvenes, en particular en contextos urbanos como Lima y Callao (27, 28). Estos trabajos suelen estar centrados en entornos escolares, universitarios o comunitarios y coinciden en señalar la influencia de factores socioculturales (como la presión por ideales de delgadez y la constante exposición a mensajes sobre el cuerpo en medios de comunicación y redes sociales), así como la frecuente asociación con síntomas depresivos, ansiosos y otras formas de malestar psicológico (4, 28, 29, 30, 31). No

obstante, la información disponible sobre pacientes con TCA hospitalizados es mucho más limitada (1, 2, 14), a pesar de que se trata de un grupo que suele presentar cuadros de mayor severidad clínica y mayor complejidad en el manejo (21, 32, 33).

Los casos que requieren hospitalización psiquiátrica tienden a concentrar varios factores de riesgo como desnutrición marcada o cambios bruscos de peso, comorbilidad psiquiátrica descompensada y riesgo suicida, entre otros (1, 4, 11, 19, 20, 24). En este nivel de atención, el manejo suele requerir la participación de equipos multidisciplinarios y un seguimiento estrecho de la evolución médica y psiquiátrica, lo que se traduce en estancias muchas veces más prolongadas y en una demanda importante de recursos humanos y materiales (1, 4, 11, 19, 20, 21, 24). También se han reportado rehospitalizaciones a lo largo del tiempo y cambios en la manera en que se consignan los diagnósticos y los ingresos hospitalarios; estos factores pueden distorsionar la percepción sobre el número real de pacientes con TCA que reciben atención y sobre las condiciones en las que son atendidos (19, 20, 21, 23).

En el caso del Instituto Nacional de Salud Mental “Honorio Delgado – Hideyo Noguchi” (INSM “HD-HN”), como institución de referencia a nivel nacional, se recibe un número significativo de pacientes con TCA que requieren hospitalización, procedentes de distintos contextos y con diferentes perfiles clínicos (32). Sin embargo, hasta ahora no se cuenta con un análisis sistemático y reciente que permita describir con detalle cómo son estos pacientes en términos clínicos y sociodemográficos, cuántos ingresos por TCA se concentran en el periodo reciente

y cuál es la duración de sus estancias hospitalarias (19, 20, 21, 32). Tampoco se han analizado de manera directa posibles problemas de subregistro o de variaciones en los diagnósticos consignados que pudieran estar influyendo en la verdadera carga asistencial asociada a los TCA en este nivel de atención (19, 20, 21, 32).

Esta falta de información reduce la posibilidad de planificar de forma realista los recursos necesarios para la atención de los TCA en hospitalización psiquiátrica, complica la comparación con lo reportado por otros centros y deja sin respuesta preguntas fundamentales sobre el peso que actualmente tienen estos trastornos dentro de la carga asistencial del INSM “HD-HN” (19, 20, 21, 32). Tener una idea más clara de quiénes son los pacientes que se hospitalizan por TCA, cómo se han distribuido sus ingresos en el periodo reciente y qué características clínicas y sociodemográficas presentan puede aportar información útil para mejorar la detección, el manejo y la organización de los servicios dirigidos a este grupo de pacientes (1, 4, 19, 20, 21, 24, 32). En este marco, la presente investigación se orienta a analizar las características clínicas y sociodemográficas de los pacientes hospitalizados por TCA en el INSM “HD-HN” entre los años 2021 y 2025, con el propósito de generar evidencia local que sirva de base para la toma de decisiones clínicas y de gestión en relación con los TCA en el contexto de la hospitalización psiquiátrica especializada (1, 4, 19, 20, 21, 24, 32).

El desarrollo de este estudio resulta relevante por varias razones. En primer lugar, en el ámbito teórico-epidemiológico, si bien la literatura internacional ha documentado ampliamente la carga de enfermedad asociada a los TCA, incluyendo su impacto en mortalidad, discapacidad y calidad de vida, la mayoría de estos

hallazgos proviene de estudios realizados en población general o en contextos ambulatorios, más que de series hospitalarias en escenarios comparables al peruano (3, 18, 24, 25, 26, 33, 26). En este sentido, un estudio que describa de forma sistemática las características clínicas y sociodemográficas de los pacientes hospitalizados por TCA en un instituto nacional de referencia contribuye a completar el panorama de estos trastornos en el país y facilita la comparación de la experiencia local con la reportada en otros centros especializados (1, 4, 11, 18, 19, 20, 21).

En el ámbito práctico y asistencial, contar con un perfil actualizado de los pacientes hospitalizados por TCA en el INSM “HD-HN” puede aportar información relevante para la planificación y organización de los servicios. La descripción sistemática de variables como la edad, el sexo, los diagnósticos específicos, el año de hospitalización y la duración de la estancia brinda elementos concretos para estimar la demanda de camas, dimensionar la complejidad del manejo clínico y orientar la asignación de recursos humanos y materiales destinados a este grupo de pacientes (19, 20, 21, 32). Asimismo, estos datos pueden contribuir a revisar los circuitos internos de atención y fortalecer la coordinación entre las distintas áreas involucradas en el tratamiento de los TCA en el contexto hospitalario.

Desde el punto de vista metodológico, el estudio plantea un uso estructurado de las historias clínicas y de los registros institucionales de hospitalización como principal fuente de datos. La delimitación previa de variables sociodemográficas y clínicas, organizadas en una matriz de datos, permite aprovechar de forma eficiente información ya disponible en la institución, sin someter a los pacientes a

procedimientos adicionales ni demandar grandes recursos logísticos (19, 20, 21, 32). Además, este enfoque puede constituir un referente para futuras investigaciones descriptivas o analíticas dentro del mismo instituto, no solo en TCA sino también en otros diagnósticos psiquiátricos, promoviendo un uso más organizado y constante de la información clínica orientada a la mejora continua de la práctica asistencial.

El estudio también se sustenta en una justificación social y formativa ligada al contexto en el que se desarrolla. Los TCA afectan de manera significativa a adolescentes y adultos jóvenes, poblaciones consideradas prioritarias en las políticas de salud y en diversos documentos técnicos nacionales e internacionales sobre salud mental y TCA (19, 28, 34). Contar con evidencia local acerca de los pacientes que requieren hospitalización en el INSM “HD-HN” puede ayudar a sensibilizar a los equipos asistenciales sobre la magnitud y las particularidades de esta problemática, facilitar la actualización de los protocolos internos y ofrecer una base objetiva para plantear mejoras en la red de atención dirigida a personas con TCA (1, 4, 19, 20, 21, 24, 32).

Desde el plano político y normativo, esta investigación se vincula con la Ley de Salud Mental N.º 30947 y su reglamentación (35), que enfatizan la detección temprana, el abordaje integral y la coordinación entre los distintos niveles y servicios de atención para el abordaje de los trastornos mentales en el Perú, incluyendo los TCA. Asimismo, se relaciona con las orientaciones técnicas del Ministerio de Salud para la atención integral de adolescentes y jóvenes, grupo en el

que los TCA adquieren especial relevancia, así como con los documentos técnicos que analizan la situación de la salud mental en esta población (28, 34).

Por último, en el ámbito asistencial, disponer de evidencia local permitirá sensibilizar a los equipos de salud de instituciones especializadas y hospitales generales sobre la magnitud de los TCA que requieren hospitalización, y contribuirá a orientar la actualización de protocolos, las rutas de derivación y el uso de los recursos destinados a este grupo de pacientes.

El presente estudio busca responder a la siguiente pregunta de investigación ¿Cuál es la prevalencia de hospitalizaciones con diagnóstico de TCA en el INSM “HD-HN” entre 2021 y 2025, cuáles son sus características clínicas y sociodemográficas, y qué variables se asocian a la presencia de TCA en comparación con hospitalizaciones sin dicho diagnóstico?

### **3. OBJETIVOS**

#### **Objetivo General**

- Estimar la prevalencia de hospitalizaciones con diagnóstico de TCA, describir sus características clínicas y sociodemográficas, e identificar variables asociadas a la presencia de TCA en pacientes hospitalizados en el INSM “HD-HN” entre el 1 de enero de 2021 y el 31 de diciembre de 2025.

#### **Objetivos específicos**

- Estimar la prevalencia de hospitalizaciones con diagnóstico de TCA respecto al total de hospitalizaciones psiquiátricas registradas en el INSM “HD-HN” durante el periodo 2021–2025.

- Describir las características sociodemográficas de las hospitalizaciones con diagnóstico de TCA, incluyendo edad, sexo y año de hospitalización.
- Describir las características clínicas de las hospitalizaciones con diagnóstico de TCA, incluyendo tipo específico de TCA, duración de hospitalización y
- Comparar las características sociodemográficas y clínicas entre hospitalizaciones con diagnóstico de TCA y hospitalizaciones sin diagnóstico de TCA.
- Identificar variables sociodemográficas y clínicas asociadas a la presencia de diagnóstico de TCA en pacientes hospitalizados en el INSM “HD-HN” durante el periodo 2021–2025.
- Estimar la magnitud de asociación cruda y ajustada entre las variables seleccionadas y la presencia de diagnóstico de TCA mediante modelos de regresión logística binaria.

#### **4. MATERIAL Y MÉTODO**

##### **a) Diseño del Estudio:**

Estudio observacional, retrospectivo, transversal analítico, de fuente secundaria, basado en registros de hospitalizaciones psiquiátricas del INSM “HD-HN” entre 2021 y 2025.

##### **b) Población:**

La población de estudio estará conformada por todas las hospitalizaciones psiquiátricas registradas en el INSM “HD-HN” entre el 1 de enero de 2021 y el 31 de diciembre de 2025, independientemente del diagnóstico de ingreso o egreso. Para fines analíticos, las hospitalizaciones serán clasificadas en dos grupos:

- Grupo con TCA: hospitalizaciones en las que se consigne diagnóstico de TCA como diagnóstico principal o secundario de hospitalización.
- Grupo sin TCA: hospitalizaciones en las que no se consigne diagnóstico de TCA durante el episodio hospitalario.

#### Criterios de inclusión

- Pacientes hospitalizados en el Instituto Nacional de Salud Mental “Honorio Delgado-Hideyo Noguchi” entre enero de 2021 y diciembre del 2025.
- Pacientes de cualquier sexo y edad.
- Hospitalizaciones con historia clínica física y/o electrónica accesible para la verificación de las variables principales del estudio.

#### Criterios de exclusión

- Pacientes hospitalizados cuyas historias clínicas o datos no sean accesibles.
- Pacientes hospitalizados cuyas historias clínicas estén duplicadas o con errores administrativos en el registro.

#### **c) Muestra:**

Se incluirán todos los episodios de hospitalización con diagnóstico de TCA registrados durante el periodo 2021–2025. Para el grupo comparador, se seleccionará una muestra aleatoria simple de hospitalizaciones sin diagnóstico de TCA, procedente de la misma base institucional y del mismo periodo temporal, registrados en la Base Institucional de Hospitalizaciones Psiquiátricas correspondiente al periodo 2020–2025. Dicha base será solicitada a la Oficina de Estadística del instituto para su utilización en el presente estudio.

La relación entre hospitalizaciones sin TCA y hospitalizaciones con TCA podrá establecerse en una proporción de 2:1 o 3:1, de acuerdo con el número final de casos con TCA identificados y la factibilidad de revisión de historias clínicas. Esta estrategia permitirá preservar todos los casos de interés y contar con un grupo comparador suficiente para los análisis bivariados y multivariados.

El tamaño muestral se definirá a partir del número total de hospitalizaciones con diagnóstico de TCA identificadas en el periodo de estudio. Dado que se espera que los TCA representen una proporción relativamente baja del total de hospitalizaciones psiquiátricas, se incluirán todos los casos con TCA disponibles.

Para el grupo comparador, se seleccionarán hospitalizaciones sin diagnóstico de TCA en una relación mínima de 2:1 respecto al número de hospitalizaciones con TCA, pudiendo ampliarse a 3:1 si la disponibilidad de registros y la factibilidad operativa lo permiten.

La selección de la muestra se realizará en dos fases. En primer lugar, se filtrará la Base Institucional de Hospitalizaciones Psiquiátricas 2020-2025 para identificar todas las hospitalizaciones con diagnóstico principal o secundario de TCA. En segundo lugar, a partir del listado de hospitalizaciones sin diagnóstico de TCA, se seleccionará una muestra aleatoria simple mediante generación de números aleatorios en Excel o SPSS. Los registros serán ordenados según el número aleatorio asignado y se seleccionarán de manera secuencial hasta alcanzar el tamaño requerido.

Asimismo, para el análisis multivariado se considerará el criterio metodológico de contar con un número suficiente de eventos por variable incluida en el modelo. Por

ello, el número de variables independientes en la regresión logística será limitado de acuerdo con el número final de hospitalizaciones con TCA identificadas. En caso de que el número de eventos sea reducido, el análisis multivariado se restringirá a variables de alta relevancia clínica y epidemiológica, como edad, sexo y año de hospitalización.

**d) Definición operacional de variables:**

La variable dependiente será la presencia del diagnóstico de TCA, consignado como diagnóstico principal o secundario durante la hospitalización, según los criterios del DSM-5. Las variables independientes a considerar serán la edad, el sexo, el tipo de TCA, el año de la hospitalización y la duración de la hospitalización. Asimismo, se considerarán, de acuerdo con la disponibilidad de información en la historia clínica, variables clínicas adicionales como comorbilidad depresiva, comorbilidad ansiosa, consumo de sustancias, riesgo suicida, rehospitalización, modalidad de ingreso y condición de alta. Todas las variables se obtendrán a partir de la Base Institucional de Hospitalizaciones Psiquiátricas 2020–2025 y/o de las historias clínicas físicas o electrónicas, según la disponibilidad de información para cada hospitalización. La descripción de las variables se encuentra en la Tabla de Operacionalización de Variables (Anexo N°1).

**a) Procedimientos y técnicas:**

En una primera etapa, se solicitará a la Oficina de Estadística del Instituto Nacional de Salud Mental “Honorio Delgado–Hideyo Noguchi” el acceso a la Base Institucional de Hospitalizaciones Psiquiátricas correspondiente al periodo 2020–2025. A partir de dicha base se elaborará un listado maestro de todas las

hospitalizaciones registradas durante el periodo de estudio. Este listado será depurado para identificar registros duplicados, inconsistencias administrativas, errores en fechas de ingreso o alta y registros que no cumplan los criterios de elegibilidad.

Posteriormente, las hospitalizaciones serán clasificadas según la presencia o ausencia de diagnóstico de TCA. Para ello, se revisará el diagnóstico consignado en la base institucional y, cuando sea necesario, se verificará la información en la historia clínica física y/o electrónica. Se considerará hospitalización con TCA a aquella en la que el diagnóstico de TCA figure como diagnóstico principal o secundario durante el episodio hospitalario.

En una siguiente fase, se procederá a la revisión de las historias clínicas de las hospitalizaciones incluidas en el estudio. La información será extraída mediante una ficha de recolección de datos previamente diseñada (Anexo N°2), en donde se consignará la presencia de diagnóstico de TCA según criterios DSM-5, así como las variables sociodemográficas y clínicas definidas para el estudio (edad, sexo, año de hospitalización, tipo de TCA, duración de la hospitalización, comorbilidad depresiva, comorbilidad ansiosa, consumo de sustancias, riesgo suicida, rehospitalización, modalidad de ingreso y condición de alta).

La recolección de datos estará a cargo de la investigadora principal. Antes del inicio de la recolección definitiva, se realizará una prueba piloto de la ficha en un número reducido de historias clínicas, con el fin de verificar la claridad de las variables, la disponibilidad de la información y la consistencia del registro. Los ajustes necesarios serán incorporados antes de la revisión completa de las historias clínicas.

Los datos extraídos serán ingresados inicialmente en una base de datos en Microsoft Excel 2019, utilizando códigos numéricos anónimos para cada hospitalización. Posteriormente, la base será depurada y exportada al programa IBM SPSS Statistics versión 25 para el análisis correspondiente, conforme al plan descrito en la sección respectiva.

**b) Aspectos éticos:**

El estudio se desarrollará a partir de información secundaria proveniente de la Base Institucional de Hospitalizaciones Psiquiátricas 2020–2025 y de historias clínicas físicas y/o electrónicas de pacientes hospitalizados en el INSM “HD–HN”. No se realizará intervención alguna ni se modificará la atención habitual brindada a los pacientes.

Se considera una investigación de riesgo mínimo, debido a que se basa en la revisión de registros clínicos. El principal riesgo potencial está relacionado con la confidencialidad de la información, por lo que se implementarán medidas específicas para proteger los datos y resguardar la identidad de los participantes.

Durante todo el proceso se protegerá la confidencialidad de la información. La base analítica no incluirá nombres, documento de identidad, números de historia clínica ni otros identificadores personales. Cada registro será codificado mediante un número asignado por la investigadora principal, y el archivo que contenga la correspondencia entre los códigos y los números de historia clínica será conservado en un archivo protegido con contraseña, con acceso restringido, y no será utilizado para el análisis estadístico ni compartido con terceros.

El protocolo será presentado al Comité de Ética en Investigación del INSM “HD-HN” para su evaluación y aprobación antes del inicio de la recolección de datos. Asimismo, se solicitará la exoneración del consentimiento informado individual, dado el carácter retrospectivo del estudio y el uso exclusivo de registros clínicos. El acceso a la base institucional y a las historias clínicas se realizará únicamente después de contar con la autorización correspondiente del Comité de Ética y de la Dirección de la institución.

El manejo de la información se realizará conforme a los principios establecidos en la Declaración de Helsinki y a la normativa nacional vigente en materia de investigación en seres humanos y protección de datos personales en salud. La información obtenida será utilizada exclusivamente con fines académicos y científicos, respetando los principios de confidencialidad, beneficencia y no maleficencia, y los resultados se reportarán en conjunto, sin individualizar casos que puedan comprometer el anonimato de los participantes.

**c) Plan de análisis:**

Los datos recolectados serán registrados inicialmente en una base de datos en Microsoft Excel 2019 y posteriormente serán exportados a IBM SPSS Statistics versión 25 para su análisis. El análisis estadístico se realizará en tres niveles: descriptivo, bivariado y multivariado.

Análisis descriptivo

En primer lugar, se describirá la población total de hospitalizaciones registradas durante el periodo 2021-2025 y se estimará la prevalencia de hospitalizaciones con

diagnóstico de TCA respecto a dicho total, antes de la selección de la muestra comparadora sin TCA. La prevalencia se calculará mediante la siguiente fórmula:  $\text{Prevalencia de hospitalizaciones con TCA} = \frac{\text{número de hospitalizaciones con diagnóstico de TCA}}{\text{número total de hospitalizaciones incluidas en el periodo}} \times 100$ ; y se expresará en porcentaje y estará acompañada de su respectivo intervalo de confianza al 95%, utilizando el método exacto para proporciones.

Asimismo, se describirán las características sociodemográficas y clínicas de los pacientes hospitalizados con TCA (edad, sexo, año de hospitalización, duración de la hospitalización, tipo de TCA y otras variables clínicas disponibles). Las variables cualitativas se presentarán mediante frecuencias absolutas y relativas. Las variables cuantitativas se describirán mediante media y desviación estándar si presentan distribución aproximadamente normal, o mediana y rango intercuartílico si presentan distribución no normal. La normalidad de las variables cuantitativas se evaluará mediante inspección gráfica y pruebas de normalidad, considerando el tamaño muestral y la distribución observada.

#### Análisis bivariado

Los análisis comparativos bivariados y el modelo de regresión logística se realizarán utilizando todas las hospitalizaciones con TCA y la muestra aleatoria de hospitalizaciones sin TCA seleccionada del mismo periodo. En el análisis bivariado se compararán las características sociodemográficas y clínicas entre los grupos de hospitalizaciones con y sin TCA, con el objetivo de explorar variables potencialmente asociadas a la presencia de TCA.

Para comparar proporciones de variables cualitativas se empleará la prueba de Chi-cuadrado de Pearson y, cuando las frecuencias esperadas sean menores de 5 en más del 20% de las celdas, se utilizará la prueba exacta de Fisher. Para comparar variables cuantitativas entre ambos grupos se utilizará la prueba t de Student para muestras independientes si se cumple el supuesto de normalidad y homogeneidad de varianzas; en caso contrario, se aplicará la prueba no paramétrica de Mann-Whitney U. Se estimarán odds ratios (OR) crudos con sus respectivos intervalos de confianza al 95% para cuantificar la fuerza de asociación entre cada variable y la presencia de TCA.

#### Análisis multivariado

Se construirá un modelo de regresión logística binaria múltiple, donde la variable dependiente será la presencia de TCA durante la hospitalización (sí/no). Como variables independientes candidatas se considerarán aquellas que muestren asociación estadísticamente significativa en el análisis bivariado ( $p < 0,05$ ) y/o que tengan relevancia clínica según la literatura previa. Asimismo, para el análisis multivariado se considerará el criterio metodológico de contar con un número suficiente de eventos por variable incluida en el modelo. Por ello, el número de variables independientes en la regresión logística será limitado de acuerdo con el número final de hospitalizaciones con TCA identificadas. En caso de que el número de eventos sea reducido, el análisis multivariado se restringirá a variables de alta relevancia clínica y epidemiológica, como edad, sexo y año de hospitalización. Se evaluará la colinealidad entre variables independientes mediante el factor de inflación de la varianza (VIF) y se seleccionará el modelo final considerando criterios de parsimonia y ajuste global (estadístico de verosimilitud, pseudo  $R^2$ ).

Los resultados del modelo se reportarán como odds ratios ajustados con sus respectivos intervalos de confianza al 95% y valores p.

#### Manejo de datos faltantes

Se realizará una exploración de la presencia y patrón de datos faltantes en las variables de interés. En el caso de variables con un porcentaje bajo de datos faltantes (por ejemplo, < 5%), se procederá a un análisis por casos completos para los análisis bivariados y multivariados. Si se identificara un porcentaje mayor de datos faltantes en alguna variable clave, se evaluará su mecanismo (al azar o no al azar) y se considerará, de ser pertinente, la realización de análisis de sensibilidad, describiendo explícitamente en el informe final el impacto potencial de esta limitación.

### **5. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

1. Treasure J, Duarte TA, Schmidt U. Eating disorders. Lancet. 2020;395(10227):899-911. doi:10.1016/S0140-6736(20)30059-3.
2. Solmi M, Gallicchio D, Collantoni E, et al. Psychiatric and medical comorbidities of eating disorders: findings from a rapid review of the literature. Curr Opin Psychiatry. 2022;35(6):403-414.
3. van Hoeken D, Hoek HW. Review of the burden of eating disorders: mortality, disability, costs, quality of life, and family burden. Curr Opin Psychiatry. 2020;33(6):521-7. doi:10.1097/YCO.0000000000000641.
4. Hambleton A, Pepin G, Le A, Maloney D, Aouad P, Barakat S, et al. Psychiatric and medical comorbidities of eating disorders: findings from a rapid review of the literature. J Eat Disord. 2022;10(1):132. doi:10.1186/s40337-022-00654-2.
5. Katzman DK, Norris ML. Eating disorders. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2023. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK567717/>
6. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 5th ed, text rev. Arlington (VA): American Psychiatric Publishing; 2022.

7. Eddy KT, Dorer DJ, Franko DL, Tahlilani K, Thompson-Brenner H, Herzog DB. Diagnostic crossover in anorexia nervosa and bulimia nervosa: implications for DSM V. *Am J Psychiatry*. 2008;165(2):245-250.
8. Milos G, Spindler A, Schnyder U, Fairburn CG. Instability of eating disorder diagnoses: prospective study. *Br J Psychiatry*. 2005;187:573-578.
9. Sala M, Keshishian A, Song S, Moskowitz R, Bulik CM, Roos CR, Levinson CA. Predictors of relapse in eating disorders: a meta-analysis. *J Psychiatr Res*. 2023;158:281–299. doi:10.1016/j.jpsychires.2023.01.002.
10. Solmi M, Monaco F, Højlund M, Monteleone AM, Trott M, Firth J, et al. Outcomes in people with eating disorders: a transdiagnostic and disorder-specific systematic review, meta-analysis and multivariable meta-regression analysis. *World Psychiatry*. 2024;23(1):124–138. doi:10.1002/wps.21182.
11. Baenas I, Etxandi M, Fernández-Aranda F. Medical complications in anorexia and bulimia nervosa. *Med Clin (Barc)*. 2024;162(2):67-72. doi:10.1016/j.medcli.2023.07.028.
12. Mehler PS, Rylander M. Bulimia nervosa – medical complications. *J Eat Disord*. 2015;3:12. doi:10.1186/s40337-015-0044-4.
13. Strumia R. Skin signs in anorexia nervosa. *Dermatoendocrinol*. 2009;1(5):268-70. doi:10.4161/derm.1.5.10193.
14. Nitsch A, Dlugosz H, Gibson D, Mehler PS. Medical complications of bulimia nervosa. *Cleve Clin J Med*. 2021;88(6):333-43. doi:10.3949/ccjm.88a.20168.
15. Guijo Blanco B, Blázquez Aguirre A, Barrio Castellanos R. Aspectos endocrinológicos en la anorexia nerviosa. *Pediatr Integral*. 2025;29(5):356-64. doi:10.63149/j.pedint.56.
16. Mosuka EM, Murugan A, Thakral A, Ngomo MC, Budh DP, Irugu DVK, et al. Clinical outcomes of refeeding syndrome: a systematic review of high vs low-calorie diets for the treatment of anorexia nervosa and related eating disorders in children and adolescents. *Cureus*. 2023;15(5):e39313. doi:10.7759/cureus.39313.
17. Puckett L, Grayeb D, Katri V, Mehler PS. Renal and electrolyte complications in eating disorders: a comprehensive review. *J Eat Disord*. 2023;11(1):30. doi:10.1186/s40337-023-00751-w.
18. Santomauro DF, Melen S, Mitchison D, Vos T, Whiteford H, Ferrari AJ. The hidden burden of eating disorders: an extension of estimates from the Global Burden of Disease Study 2019. *Lancet Psychiatry*. 2021;8(4):320-8. doi:10.1016/S2215-0366(21)00040-7.

19. National Institute for Health and Care Excellence (NICE). Eating disorders: recognition and treatment. NICE guideline NG69. London: NICE; 2017 [actualizada revisión 2024; incluye recomendaciones para tratamiento ambulatorio y hospitalario]. Disponible en: <https://www.nice.org.uk/guidance/ng69>.
20. Panero M, Bevione F, Sottosanti I, Longo P, Lavallo R, Toppino F, et al. The clinical and psychopathological profile of inpatients with eating disorders: comparing vomiting, laxative abuse, and combined purging behaviors. *Healthcare* (Basel). 2024;12(18):1858. doi:10.3390/healthcare12181858.
21. Toppino F, Martini M, Longo P, Caldas I, Delsedime N, Lavallo R, et al. Inpatient treatments for adults with anorexia nervosa: a systematic review of literature. *Eat Weight Disord*. 2024;29(5). doi:10.1007/s40519-024-01665-5.
22. Kan C, Hawkings Y-R, Cribben H, Treasure J. Length of stay for anorexia nervosa: systematic review and meta-analysis. *Eur Eat Disord Rev*. 2021;29(3):371-392. doi:10.1002/erv.2820.
23. Dalle Grave R, Sartirana M, Calugi S, El Ghoch M, Conti M, Doll HA, et al. Rehospitalization and “revolving door” in anorexia nervosa. *Front Psychiatry*. 2021;12:694223. doi:10.3389/fpsyt.2021.694223.
24. Liu X, Liu L, Yu H, Yang X, Liu Z, Yu Z, et al. Global, regional, and national burdens of eating disorders from 1990 to 2021 and projection to 2035. *Front Nutr*. 2025;12:1595390. doi:10.3389/fnut.2025.1595390.
25. Qian J, Wu Y, Liu F, Zhu Y, Jin H, Zhang H, et al. An update on the prevalence of eating disorders in the general population: a systematic review and meta-analysis. *Eat Weight Disord*. 2022;27(2):415-28. doi:10.1007/s40519-021-01162-z.
26. Galmiche M, Déchelotte P, Lambert G, Tavalacci MP. Prevalence of eating disorders over the 2000–2018 period: a systematic literature review. *Am J Clin Nutr*. 2019;109(5):1402-13. doi:10.1093/ajcn/nqy342.
27. Kolar DR, Rodriguez DM, Chams MM, Hoek HW. Epidemiology of eating disorders in Latin America: a systematic review and meta-analysis. *Curr Opin Psychiatry*. 2016;29(6):363-71. doi:10.1097/YCO.0000000000000279.
28. Ministerio de Salud del Perú. Documento Técnico: Situación de salud de los adolescentes y jóvenes en el Perú. 1a ed. Lima: MINSA; 2017. p.71
29. Dane A, El Omrani O, Kumar N, Touyz S. The social media diet: A scoping review to investigate the association between social media, body image and

eating disorders among young people. PLOS Glob Public Health. 2023;3(3):e0001091. doi:10.1371/journal.pgph.0001091.

30. Oliveira PR, Silva MAI, Oliveira WA, Komatsu AV, Silva RR, Rosário R, et al. Associations between bullying and risk for eating disorders in adolescents. Rev Bras Enferm. 2023;76(5):e20220643. doi:10.1590/0034-7167-2022-0643.
31. Canals J, Arija-Val V. Factores de riesgo y estrategias de prevención en los trastornos de la conducta alimentaria. Nutr Hosp. 2022;39(Spe2):16-26. doi:10.20960/nh.04174.
32. Instituto Nacional de Salud Mental “Honorio Delgado – Hideyo Noguchi”. Compendio estadístico 2022. Lima: INSM “HD-HN”; 2023.
33. Salari N, Heidarian P, Tarrahi MJ, Mansourian M, Canbary Z, Kazeminia M, et al. Global prevalence of eating disorders in children: a comprehensive systematic review and meta-analysis. Ital J Pediatr. 2025;51(1). doi:10.1186/s13052-025-01958-0.
34. Ministerio de Salud. Dirección de Salud Mental. Orientaciones técnicas para el cuidado integral de la salud mental de la población adolescente. Lima: Ministerio de Salud; 2021.
35. Congreso de la República del Perú. Ley N.º 30947: Ley de Salud Mental. Lima: Diario Oficial El Peruano; 23 mayo 2019.

## 6. PRESUPUESTO Y CRONOGRAMA

### Presupuesto

|                          | Detalle                                                             | Costo estimado (S/.) |
|--------------------------|---------------------------------------------------------------------|----------------------|
| Materiales y suministros | Papel bond, lapiceros, folders                                      | S/. 200              |
| Servicios                | Licencia SPSS, trámites administrativos, impresiones y/o fotocopias | S/. 1000             |
| Movilidad y alimentación | Traslados al INSM, refrigerios                                      | S/. 600              |
| Contingencias            | Imprevistos                                                         | S/. 200              |
| TOTAL                    |                                                                     | S/. 2000             |

### Cronograma (2026)

| Actividad | Ene | Feb | Marz | Abr | May | Jun | Jul | Ago | Set |
|-----------|-----|-----|------|-----|-----|-----|-----|-----|-----|
|           |     |     |      |     |     |     |     |     |     |

|                                        |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
|----------------------------------------|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Revisión bibliográfica y marco teórico | ✓ | ✓ | ✓ |   |   |   |   |   |   |
| Elaboración y ajuste del protocolo     |   | ✓ | ✓ | ✓ |   |   |   |   |   |
| Aprobación ética/institucional         |   |   |   | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ |   |   |
| Recolección de datos                   |   |   |   |   |   |   | ✓ | ✓ |   |
| Depuración de la base de datos         |   |   |   |   |   |   |   | ✓ | ✓ |
| Análisis estadístico                   |   |   |   |   |   |   |   |   | ✓ |
| Redacción de resultados y discusión    |   |   |   |   |   |   |   |   | ✓ |
| Revisión final                         |   |   |   |   |   |   |   |   | ✓ |

## 7. ANEXOS

### Anexo N°1 OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

| Variable                | Tipo                   | Escala  | Definición operacional                                                | Registro       |
|-------------------------|------------------------|---------|-----------------------------------------------------------------------|----------------|
| <b>Presencia de TCA</b> | Cualitativa dicotómica | Nominal | Diagnóstico de TCA consignado como diagnóstico principal o secundario | 0 = No; 1 = Sí |

|                                    |                        |         |                                                                            |                                                                                                                                    |
|------------------------------------|------------------------|---------|----------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                                    |                        |         | durante la hospitalización                                                 |                                                                                                                                    |
| <b>Edad</b>                        | Cuantitativa continua  | Razón   | Años cumplidos al momento del ingreso hospitalario.                        | Número de años                                                                                                                     |
| <b>Sexo</b>                        | Cualitativa dicotómica | Nominal | Sexo registrado en la historia clínica o base institucional.               | 0 = Masculino;<br>1 = Femenino                                                                                                     |
| <b>Año de hospitalización</b>      | Cualitativa politómica | Ordinal | Año calendario correspondiente a la fecha de ingreso hospitalario.         | 1 = 2021<br>2 = 2022<br>3 = 2023<br>4 = 2024<br>5 = 2025                                                                           |
| <b>Tipo de TCA</b>                 | Cualitativa politómica | Nominal | Diagnóstico específico de TCA consignado durante la hospitalización        | 1 = Anorexia nerviosa<br>2 = Bulimia nerviosa<br>3 = Trastorno por atracón<br>4 = Otro TCA especificado<br>5 = TCA no especificado |
| <b>Duración de hospitalización</b> | Cuantitativa continua  | Razón   | Número de días entre fecha de ingreso y fecha de alta.                     | Días                                                                                                                               |
| <b>Comorbilidad depresiva</b>      | Cualitativa dicotómica | Nominal | Diagnóstico depresivo consignado durante la hospitalización                | 0 = No; 1 = Sí                                                                                                                     |
| <b>Comorbilidad ansiosa</b>        | Cualitativa dicotómica | Nominal | Diagnóstico de trastorno de ansiedad consignado durante la hospitalización | 0 = No; 1 = Sí                                                                                                                     |
| <b>Consumo de sustancias</b>       | Cualitativa dicotómica | Nominal | Diagnóstico relacionado con consumo                                        | 0 = No; 1 = Sí                                                                                                                     |

|                             |                        |         |                                                                                                                                                   |                                                                                                               |
|-----------------------------|------------------------|---------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                             |                        |         | de sustancias psicoactivas registrado durante la hospitalización                                                                                  |                                                                                                               |
| <b>Riesgo suicida</b>       | Cualitativa dicotómica | Nominal | Registro de riesgo suicida durante la hospitalización                                                                                             | 0 = No; 1 = Sí                                                                                                |
| <b>Rehospitalización</b>    | Cualitativa dicotómica | Nominal | Existencia de al menos una hospitalización psiquiátrica adicional registrada durante el periodo de estudio, diferente a la hospitalización índice | 0 = No; 1 = Sí                                                                                                |
| <b>Modalidad de ingreso</b> | Cualitativa politómica | Nominal | Forma de ingreso a la hospitalización consignada en la historia clínica                                                                           | 1 = Emergencia<br>2 = Hospitalización programada<br>3 = Referencia<br>4 = Otra modalidad                      |
| <b>Condición de alta</b>    | Cualitativa politómica | Nominal | Modalidad de egreso de la hospitalización consignada en la historia clínica                                                                       | 1 = Alta médica<br>2 = Alta voluntaria<br>3 = Traslado<br>4 = Fuga<br>5 = Fallecimiento<br>6 = Otra modalidad |

**Anexo N°2 FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS**

A. Código de caso: \_\_\_\_\_

B. Edad: \_\_\_\_ años

C. Sexo:

0. ( ) Masculino

1. ( ) Femenino

D. Presencia de TCA:

0. ( ) No

1. ( ) Sí

E. Tipo de TCA:

1. ( ) Anorexia nerviosa

2. ( ) Bulimia nerviosa

3. ( ) Trastorno por atracón

4. ( ) Otro TCA especificado

5. ( ) TCA no especificado

F. Año de hospitalización:

1. ( ) 2021

2. ( ) 2022

3. ( ) 2023

4. ( ) 2024

5. ( ) 2025

G. Duración de la hospitalización: \_\_\_\_\_ días

H. Comorbilidad depresiva:

0. ( ) No

1. ( ) Sí

I. Comorbilidad ansiosa:

0. ( ) No

1. ( ) Sí

J. Consumo de sustancias:

0. ☐ No

1. ☐ Sí

K. Riesgo suicida:

0. ☐ No

1. ☐ Sí

L. Rehospitalización:

0. ☐ No

1. ☐ Sí

M. Modalidad de ingreso:

1. ☐ Emergencia

2. ☐ Hospitalización programada

3. ☐ Referencia

4. ☐ Otra modalidad

N. Condición de alta:

1. ☐ Alta médica

2. ☐ Alta voluntaria

3. ☐ Traslado

4. ☐ Fuga

5. ☐ Fallecimiento

6. ☐ Otra modalidad