



UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO

**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA**

**Asociación entre trastorno bipolar y trastorno de conducta
alimentaria en pacientes atendidos en un Hospital de Trujillo**

**TESIS PARA OBTENER EL T TULO PROFESIONAL DE:
Médico Cirujano**

AUTOR:

Ipanaque Guzman, Moises Abraham (orcid.org/0000-0002-8546-1054)

ASESOR:

Mg. Castillo Castillo, Juan Lorgio (orcid.org/0000-0001-9432-8872)

LÍNEA DE INVESTIGACIÓN:

Salud mental

LÍNEA DE RESPONSABILIDAD SOCIAL UNIVERSITARIA:

Promoción de la salud, nutrición y salud alimentaria.

TRUJILLO – PERÚ

2023

DEDICATORIA

Durante los años formativos de nuestra niñez nuestras vidas son esculpidas y moldeadas en lo que habremos de ser...

Dedico este trabajo a Dios, porque nunca me abandonó, porque siempre estuvo conmigo y me guio en el camino para llegar a lo que ahora soy, también por darme la vida y la buena salud, por las oportunidades que me ha dado hasta ahora y me dará siempre. También dedico esto a mis padres por su apoyo incondicional, comprensión y porque estuvieron ahí en cada momento que necesité de ellos.

AGRADECIMIENTO

Agradezco principalmente a Dios por permitirme culminar con el presente estudio a pesar de las adversidades, me dio la fuerza de continuar y no me abandonó cuando más pensaba en renunciar ahora tal cual lo hice muchas veces a lo largo de toda la carrera de medicina humana.

También, citando al reconocido Calvin C. Broadus Jr, quiero agradecerme a mí, por continuar y no rendirme.

ÍNDICE DE CONTENIDOS

Carátula	
Dedicatoria.....	ii
Agradecimiento.....	iii
Índice de contenido.....	iv
Índice de tablas.....	v
Resumen.....	vi
Abstract.....	vii
I. INTRODUCCIÓN.....	1
II. MARCO TEÓRICO.....	3
III. METODOLOGÍA.....	8
3.1. Tipo y diseño de investigación.....	8
3.2. Variables y operacionalización.....	8
3.3. Población, muestra, muestreo, unidad de análisis.....	9
3.4. Técnicas e instrumentos de recolección de datos.....	9
3.5. Procedimientos.....	10
3.6. Método de análisis de datos.....	10
3.7. Aspectos éticos.....	11
IV. RESULTADOS.....	12
V. DISCUSIÓN.....	15
VI. CONCLUSIONES.....	19
VII. RECOMENDACIONES.....	20
REFERENCIAS.....	21
ANEXOS	

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 01. Género de los pacientes del estudio.	12
Tabla 02. Promedio y Desviación Estándar de la edad según el género.	13
Tabla 03. Proporción de trastorno bipolar según DSM-V.	14
Tabla 04. Proporción de trastorno de conducta alimentaria según DSM-V.	14
Tabla 05. Género en trastorno bipolar.	15
Tabla 06. Género en trastorno de conducta alimentaria.	15
Tabla 07. Trastorno bipolar y trastorno de conducta alimentaria.	16

RESUMEN

Objetivo: Determinar si existe asociación entre el trastorno bipolar y los trastornos de conducta alimentaria en pacientes atendidos en un hospital de Trujillo.

Metodología: Estudio de tipo casos y controles en 206 pacientes de psiquiatría atendidos en un hospital de Trujillo que cumplieron los criterios. Los datos fueron agrupados en una base en el programa Microsoft Excel 2019 y analizados en el programa estadístico SPSS versión 26.

Resultados: Del total de pacientes, el 51% eran varones y 49% mujeres. Encontramos que la edad promedio del total fue de 34 con una desviación estándar de ± 7.22 . El 51.9% presentaba trastorno bipolar y el 61.6%, trastorno de conducta alimentaria. Efectivamente existe asociación entre el trastorno bipolar y los trastornos de conducta alimentaria ($\chi^2 = 11.91$; $p: 0.00029$. OR = 2.74; IC 95% 1.54 – 4.90).

Conclusiones: El trastorno bipolar está asociado a los trastornos de conducta alimentaria en pacientes atendidos en un hospital de Trujillo.

Palabras clave: “trastorno bipolar”; “trastorno de conducta alimentaria”; “trastorno de la personalidad”

ABSTRACT

Objective: To determine if there is an association between bipolar disorder and eating disorders in patients treated at the Trujillo's hospital.

Methodology: Cases and controls study in 206 psychiatric patients treated at the Trujillo's hospital who met the criteria. The data were grouped in a database in the Microsoft Excel 2019 program and analyzed in the statistical program SPSS version 26.

Results: Of the total number of patients, 51% were male and 49% female. We found that the average age of the total was 34 with a standard deviation of ± 7.22 . 51.9% had bipolar disorder and 61.6%, eating disorder. Indeed, there is an association between bipolar disorder and eating disorders ($\chi^2 = 11.91$; $p = 0.00029$. OR = 2.74; 95% CI 1.54 – 4.90).

Conclusions: Bipolar disorder is associated with eating disorders in patients treated at the Trujillo's hospital.

Keywords: "bipolar disorder"; "eating disorder"; "personality disorder"

I. INTRODUCCIÓN

Los trastornos psiquiátricos son un problema de salud de gran importancia para los niños, jóvenes y adultos; además de la alta frecuencia de presentación tanto en nuestro medio como de forma internacional. A pesar de esto, tanto personal de la salud como la población en general a menudo infravaloramos este tipo de problemas que incluso pueden superponer o asociarse entre sí.¹⁻⁴

El trastorno bipolar es una psicopatía de la personalidad que se caracteriza por episodios intermitentes maníacos y depresivos presentados principalmente en la edad adulta temprana. Además de los cambios inusuales en el estado de ánimo, la energía y la actividad de un individuo; puede haber exacerbaciones que a menudo resultan en hospitalización, incapacidad laboral y aumento en el riesgo de suicidio en el afectado. Todo esto en su conjunto representan un grave impacto en la salud, productividad laboral, economía y estilo de vida del paciente bipolar.⁵⁻⁷

Aunque se ha intentado encontrar un agente etiológico del trastorno bipolar, este aún no ha sido encontrado; sin embargo, si se han podido asociar múltiples factores asociados como experiencias traumáticas, disfunción familiar, contaminación ambiental y atrofia del hipocampo. Independientemente de los posibles factores etiológicos, la intervención temprana muestra generalmente un control terapéutico adecuado del trastorno bipolar.⁷⁻¹²

La definición de trastornos alimentarios engloba un grupo heterogéneo de síndromes caracterizados por alteración en la conducta alimentaria y, cambios antropométricos importantes o impactos sociales con repercusión significativa en la calidad de vida del afectado. La alta frecuencia de presentación, las complicaciones somáticas derivadas, y el aumento de riesgo de suicidio intrínseco en estos pacientes hacen que los trastornos alimentarios sean de gran importancia.¹³⁻¹⁵

Existen múltiples factores asociados a los trastornos alimentarios en su conjunto, los más relevantes corresponden a la influencia de la autocomparación, de la autoimagen corporal, la autoestima baja y la presencia intrínseca de otras psicopatías. En consecuencia, los trastornos alimentarios demandan un estudio y abordaje multidisciplinar con el fin de controlar los síntomas y prevenir las posibles consecuencias en la salud de los afectados.¹⁶⁻¹⁹

Al momento de realizar la búsqueda sistemática con el fin de dilucidar si existe asociación entre el trastorno bipolar y los trastornos de conducta alimentario encontramos múltiples estudios que cuyas variables principales no son estas en específico,^{17, 20, 21} a otros estudios controversiales siendo que algunos estudios encuentran asociación entre estas variables y, otros definitivamente muestran que no están asociadas,²²⁻²⁹ llegando a resultados tan heterogéneos como la prevalencia de trastorno de conducta alimentaria en trastorno bipolar entre 1.9 hasta 33.3% según una revisión sistemática.³⁰ En nuestro contexto, los estudios más cercanos están lejos de esclarecer la posible asociación entre ambas variables.³¹⁻³³

Por lo anterior revisado, nos planteamos el siguiente problema de investigación: ¿Existe asociación entre el trastorno bipolar y el trastorno de conducta alimentaria en pacientes atendidos en un hospital de Trujillo? Esta investigación es justificable pues siendo que los trastornos psiquiátricos son tan frecuentes en nuestro medio,⁴ y visto considerando la importancia y las posibles consecuencias de los trastornos alimentarios,¹⁹ además de la asociación de los trastornos alimentarios con trastornos de personalidad como el trastorno bipolar.²⁰

Para lograr resolver el problema de investigación, se plantea como objetivo general determinar si existe asociación entre el trastorno bipolar y los trastornos de conducta alimentaria en un hospital de Trujillo, para lo cual formulamos los siguiente objetivos específicos: Determinar la frecuencia de pacientes con trastorno bipolar, determinar la frecuencia de pacientes con trastorno de conducta alimentaria, y analizar si existe asociación entre el trastorno bipolar y los trastornos de conducta alimentaria.

Nos planteamos la siguiente hipótesis: si existe asociación entre el trastorno bipolar y los trastornos de conducta alimentaria en un hospital de Trujillo. Nuestra hipótesis nula sería: no existe asociación entre el trastorno bipolar y los trastornos de conducta alimentaria en un hospital de Trujillo.

II. MARCO TEÓRICO

Durante la revisión de la literatura que pueda respaldar la importancia de nuestro presente estudio nos encontramos con un amplio grupo heterogéneo de estudios, pero con resultados interesantes que sirven como base para el presente proyecto. En 2016, McElroy et al hicieron un estudio retrospectivo en poco más de mil pacientes con trastorno bipolar entre 18 y 80 años con el fin de encontrar factores asociados, dentro de ellos se estudiaron a los trastornos alimentarios, la bulimia nerviosa y la anorexia nerviosa. Sin embargo, con el análisis estadístico multivariado solo se encontró asociación significativa entre el índice de masa corporal y los trastornos alimentarios, por cada unidad de índice de masa corporal aumenta en 6% el riesgo de padecer algún trastorno alimentario (OR = 1.06).²⁰

En el mismo año, Martin et al hicieron un estudio con diseño transversal con poco menos de cien pacientes con trastorno bipolar y otros controles en quienes se aplicó un cuestionario con el fin de medir la calidad de la dieta. Los afectados con trastorno bipolar tuvieron puntuaciones significativamente más bajas que los controles ($t=2,62$, $p=0,010$). Sin embargo, según el comentario de los propios autores, el poder estadístico utilizado en este estudio es insuficiente para la fuerza de las conclusiones.²¹

En 2017, Segura et al hicieron un estudio transversal con más de cien pacientes obesos en quienes estudiaron la presencia de trastorno bipolar y un trastorno alimentario específico, el trastorno por atracón. Encontraron que el 41% del total presentaban ambas comorbilidades asociadas en un mismo momento en estos pacientes, solo la variable del sexo fue considerada con diferencia estadísticamente significativa ($p=0.001$) con un claro predominio femenino.²²

Por otro lado, Balzafiore et al en el mismo año publicaron sus resultados de un estudio longitudinal aplicado en quinientos tres pacientes con trastorno bipolar y comorbilidades asociadas dentro del espectro de trastornos alimentarios. Entre otros resultados, solo hallaron diferencias estadísticas con el género a predominio femenino ($p = 0,0005$). Se encontró asociación estadísticamente significativa entre trastorno bipolar y trastornos alimentarios con recuperación tardía depresivos durante los primeros 360 días del estudio (HR = 0,32; IC 95%: 0,14-0,75; $p = 0,009$).²³

En un estudio más amplio hecho por Boulanger et al en 2018 de tipo multisectorial y transversal aplicado en Paris y Montpellier. Encontraron 145 pacientes ambulatorios con trastorno bipolar en quienes evaluaron la presencia conjunta de trastornos de conducta alimentaria usando la escala de trastorno por atracón. Sólo el 18,6% presentaron ambos trastornos al momento de la evaluación, lo que por supuesto no es significativa. En su lugar encontraron diferencias estadísticas en este grupo de afectados frente a aquellos que no padecían trastorno por atracón como la menor duración de la enfermedad ($p=0,02$, $OR=0,92$, $IC95\%=0,85-0,98$), mayor puntuación en la escala de restricción ($p=0,01$, $OR=1,05$, $IC95\%=1,02-1,08$) y mayor puntuación en la escala de alimentación emocional ($p<0,001$, $OR=1,04$, $IC95\%=1,02-1,07$). Estos resultados, si bien no alimentan la frecuencia de la asociación entre trastorno bipolar y trastorno por atracón, si aumenta su importancia puesto que, muestra que la combinación de ambos trastornos deplora en mayor afectación de la calidad de vida del paciente.²⁴

En el mismo año otro grupo de investigadores liderados por McElroy quisieron comparar la asociación entre el trastorno bipolar y el trastorno de conducta alimentaria tipo atracón con sus bases genómicas. Hicieron entonces un estudio tipo casos y controles con más de mil quinientos pacientes con trastorno bipolar y que fueron acomodados según la presencia o no de trastorno por atracón en casos y controles respectivamente. Encontraron asociación significativa de un nucleótido singular polimórfico PRR5-ARHGAP8 en los casos del estudio ($OR = 1.91$, $p < 0.01$). Los mismos investigadores muestran que el nucleótido en mención codifica una proteína doble de fusión de nombres respectivos PRR5 y ARHGAP8. La PRR5 codifica una subunidad de mTORC2, que una enzima serina/treonina quinasa, que participa en la regulación de la ingesta de alimentos; mientras que ARHGAP8 codifica un miembro de la familia de proteínas RhoGAP que median la comunicación entre otras vías de señalización.²⁵

Durante el mismo año 2018, Borges Da Silva et al hicieron un estudio desde otra perspectiva, pero con resultados interesantes. Su estudio de tipo transversal cuantitativo y exploratorio conformado por poco menos de cien pacientes con obesidad mórbida candidatos ideales para cirugía bariátrica en quienes se aplicaron perfiles psiquiátricos para identificar posibles comorbilidades asociadas. Dentro de los perfiles psiquiátricos identificados encontraron al trastorno de

conducta alimentaria tipo atracón en muchos de los pacientes afectados, además que encontraron asociación estadísticamente significativa de este trastorno con el trastorno bipolar (OR = 7.7; 1.7-35.1, $p = 0.008$).²⁶

En 2019, Argyrides y Alexioua hicieron un estudio en Chipre con el objetivo evaluar la conducta alimentaria de adolescentes, describir las características y comparar las variables de los adolescentes con trastornos alimentarios de interés, aplicaron su estudio a una muestra que superaba los dos mil estudiantes de secundaria. Según la escala de conducta alimentaria utilizada para evaluar a los adolescentes, encontraron que el 16.04% del total padece algún trastorno significativo (EAT > 26 puntos), y de estos se encontró un claro predominio del género femenino (21.4% del total de mujeres). Si bien no encontraron relación a ningún trastorno de la personalidad, si encontraron asociación estadísticamente significativa a la baja autoestima global (M = 28,28. DE = 5,35. $p < 0.001$) y a la insatisfacción de la apariencia (M = 3,09, DE = 0,75. $p < 0.001$).¹⁷

En el mismo año, Crow et al realizaron un estudio transversal exploratorio en poco más de mil personas afectadas con trastorno bipolar en quienes se aplicaron la escala de diagnóstico de trastornos alimentarios, con el fin de identificar los mismos en la población de estudio. Encontraron que aproximadamente el 27% del total de participantes presentaban algún trastorno de la conducta alimentaria como comorbilidad al momento del estudio. Solo el género mostró diferencia estadísticamente significativa ($p = 0.05$).²⁷

Por otro lado, en un estudio desde otro enfoque del 2019, Valentin et al evaluaron a casi cien mujeres jóvenes hospitalizadas por anorexia nerviosa. Encontraron que el 17.7% de las participantes en el estudio presentaban alguna alteración comprendida dentro del patrón de espectro trastorno bipolar. Los investigadores no encontraron asociación significativa entre anorexia nerviosa y trastorno bipolar, pero encontraron que aquellas mujeres que padecían ambas psicopatías tenían exposición a otros factores que afectan la calidad de vida como mayor número de hospitalizaciones ($p=0,03$), historial de depresión mayor ($p<0,001$), mayor número de intentos de suicidio ($p=0,003$) y necesidad de uso de fármacos estabilizadores del estado de ánimo al alta hospitalaria ($p<0,001$).²⁸

Thiébaud et al (2019) realizaron una revisión sistemática con el objetivo de encontrar la asociación entre el patrón de espectro de trastorno bipolar y los subtipos de trastornos de conducta alimentaria. De los 368 estudios incluidos en el estudio, solo 79 de ellos fueron incluidos para el cálculo de prevalencia de los trastornos en estudio; dentro de sus principales conclusiones fueron que entre el 0,6 al 33,3% de los sujetos bipolares tienen un trastorno alimentario, y en su contraparte; del 0 al 35,8% de los sujetos con algún trastorno alimentario pueden presentar trastorno bipolar. Finalmente, los trastornos de conducta alimentaria que más fueron asociados a trastornos bipolares fueron los agrupados dentro de los de tipo purgativos.²⁹

En el mismo año 2019 fueron publicados los resultados del estudio hecho por McDonald y colaboradores, quienes también realizaron una revisión sistemática con el objetivo de determinar la prevalencia entre trastorno bipolar y trastorno de conducta alimentaria, además de investigar su correlación clínica con desregulación emocional o impulsividad. De los 39 estudios incluidos para determinar de forma cuantitativa la presentación de trastorno bipolar y trastornos de conducta alimentaria, se concluyó que entre 1.9% y 33.3% de pacientes afectados con trastorno bipolar desarrollan algún tipo de trastorno de conducta alimentaria. También se encontró relación con el trastorno por consumo de alcohol, inestabilidad del estado de ánimo y tendencias suicidas superiores.³⁰

Cuéllar-Barboza et al (2019) hicieron un estudio clínico y genético con opinión de expertos resaltando que muchos trastornos psiquiátricos son productos fenotípicos complejos de alteraciones genéticas simples. Refuerzan este hecho dado que; además de la asociación frecuente entre trastorno bipolar y trastorno de conducta alimentaria (al menos 25%), estas presentan alta heredabilidad. En la revisión encontraron una alta prevalencia de comorbilidad entre trastornos de la conducta alimentaria y trastornos bipolares, que supera el 30%.³¹

Por otro lado, la opinión de expertos es que la comorbilidad entre el trastorno bipolar y los trastornos de conducta alimentaria presentan arquitectura genética distinta a otros, la subfenotipificación de estos trastornos psiquiátricos complejos reduce su heterogeneidad. También resaltan el papel de la obesidad y los rasgos cognitivos en la presentación de estos trastornos psiquiátricos.^{30, 31}

En Lima-Perú, Ponce Torres et al (2017) realizaron un estudio descriptivo transversal en 375 estudiantes de medicina del primer año de la Universidad San Martín de Porres, en quienes aplicaron un cuestionario virtual con el fin de detectar trastornos de conducta alimentaria, así como sus factores asociados. Encontraron que el 10.1% del total tiene diagnóstico de conducta alimentaria probable, y entre sus factores asociados más destacados encontraron el rechazo escolar (RP: 2,02, IC95 %: 1,09-3,74), rechazo laboral (RP:3,23, IC95%:1,79-5,84), rechazo social (RP:5,48, IC95 %: 3,12-9,62) e influencia familiar (RP: 3,01, IC95 %:1,67-4,43).³²

En Trujillo-Perú. Oribe (2018) en su tesis aplicó un estudio correlacional con 369 alumnas de diferentes carreras de la Universidad Privada Antenor Orrego en quienes se aplicaron encuestas para determinar la conducta alimentaria y el clima social familiar. Encontraron como máximo porcentaje de 63.1% de alumnas con trastorno de conducta alimentaria, además encontraron asociación estadísticamente significativa con obsesión por la delgadez ($p < 0.01$), la insatisfacción corporal ($p < 0.01$) y la baja autoestima ($p < 0.01$), mientras que no encontró asociación con el miedo a la madurez ($p > 0.05$).³³

III. METODOLOGÍA

3.1. Tipo y diseño de investigación

3.1.1. Tipo de Investigación

Aplicada.³⁴

3.1.2. Diseño de Investigación

Casos y Controles.³⁴

3.2. Variables y operacionalización

El presente estudio contó con dos variables principales de estudio: el trastorno bipolar es la variable independiente tipo cualitativa y el trastorno de conducta alimentaria es la variable dependiente tipo cualitativa, tal como se especifica en el Anexo 01.

3.3. Población, muestra y muestreo

3.3.1. Población

Todos los pacientes que acuden pacientes al servicio de consulta externa de psiquiatría en un hospital nivel III-2 del Ministerio de Salud de Trujillo que cumplieron con los siguientes criterios de selección:

- Criterios de Inclusión:

- Pacientes de ambos géneros, de edad entre 18 a 45 años cumplidos al momento de la atención.
- Pacientes atendidos desde enero del 2017 hasta diciembre del 2021.

- Criterios de Exclusión:

- Pacientes con historias clínicas incompletas, sin que cuenten con la información necesaria para el estudio.

- Pacientes que no cumplieron con los criterios establecidos por el DSM-V.
- Otros trastornos psiquiátricos diferentes a las de estudio.

3.3.2. Muestra

Estuvo conformada por 206 pacientes atendidos en el servicio de consulta externa de psiquiatría en un hospital de Trujillo que cumplieron con los criterios de selección. Este valor se calculó usando la fórmula estadística de Fleiss (Anexo 2), ideal para estudios casos y controles.³⁸⁻⁴⁰

3.3.3. Muestreo

Muestreo probabilístico tipo aleatorio simple

3.3.4. Unidad de análisis

Una historia clínica de un paciente atendido en el servicio de consulta externa en un hospital de Trujillo entre enero de 2017 hasta diciembre 2021 que cumpla con los criterios de selección.

3.4. Técnicas e instrumentos de recolección

La técnica empleada fue el análisis documental de las historias clínicas recolectadas según los criterios de selección.

El instrumento de recolección de datos fue una ficha de investigación que fue adaptada por el autor según los criterios publicados en el DSM-5.³⁶ Como es un documento adaptado sin modificaciones, no requiere validación adicional, sino que adquiere los mismos datos de validez y confiabilidad del documento original.³⁴

3.5. Procedimientos

El presente proyecto de investigación fue presentado en la oficina de investigación de la Universidad Cesar Vallejo con una solicitud, con el fin de que sea evaluado, considerado, corregido y finalmente aprobado para su ejecución. Una vez que se contó con la resolución de aprobación del proyecto, nos dirigimos a la oficina de investigación en un hospital de Trujillo con el fin de que el presente proyecto sea respaldado para ser ejecutado en el hospital en mención.

Con el documento de aprobación del hospital de Trujillo se procedió a acudir al área de estadística, para solicitar los números de historias clínicas de los pacientes atendidos en el servicio de consulta externa de salud mental – Psiquiatría. Con la base de datos que fue brindada en el área de estadística se procedió al servicio de archivo con el fin de solicitar las historias clínicas pertinentes.

Se procedió a seleccionar las historias que cumplieron con los criterios de selección hasta que llegamos a la totalidad de nuestra muestra. Con las historias seleccionadas se procedió a realizar el análisis documental y los datos demográficos, así como otros datos importantes que fueron finalmente plasmados en las fichas de investigación (Anexo 03). Con los datos recolectados se procedió a realizar una base de datos en el programa Microsoft Excel 2019, misma que sirvió para realizar el respectivo análisis.

Con los resultados se procedió a realizar el presente informe final de investigación con sus respectivas conclusiones y recomendaciones.

3.6. Método de análisis de datos

Los datos obtenidos fueron ordenados en una base de datos del programa Microsoft Excel 2019, y trasladados al programa de análisis estadístico SPSS versión 26.

Por tratarse de un estudio transversal, se aplicó estadística descriptiva

de proporción para las variables principales por ser de tipo cualitativas. Los datos demográficos también serán descritos usando la proporción, media y desviación estándar según correspondieron para los datos cualitativos o cuantitativos. Para propósito del estudio el valor p es válido pues su valor calculado es inferior a 0.05 usando la prueba de chi cuadrado (X^2).

Para el análisis estadístico se consideró en bien considerar la relación de probabilidades con el fin de encontrar asociación entre las variables principales, y para la relación de probabilidades ajustada para incluir la variable interviniente (ORa).

3.7. Aspectos éticos

El presente proyecto de investigación se basó en el Código de Ética en investigación de la Universidad Cesar Vallejo aprobado por la resolución N° 0262-2020/UCV, específicamente en el Capítulo II, artículo 3, donde se resalta la transparencia, la probidad, la competencia profesional y la responsabilidad.⁴¹

También fueron incluidos los artículos 17 al 21 del título I de la Ley N° 26842 de la Ley General de Salud donde se exponen los principios de no maleficencia y de beneficencia.⁴²

IV. RESULTADOS

De los 20 457 pacientes atendidos en el servicio de psiquiatría. Dentro de los boletines epidemiológicos especificaron que el 38.73% presentaron trastorno bipolar y el 35.22%, trastorno de conducta alimentaria. Dentro del total, 206 cumplieron con los criterios de estudio. El género del total de los participantes fue a predominio del sexo masculino (Tabla 01). Por otro lado, la edad de los pacientes fue analizada usando el promedio como la medida de tendencia central y la desviación estándar como medida de dispersión.

Tabla 01. Distribución según género.

Etiquetas de fila	Frecuencia	Porcentaje
Femenino	100	48.54%
Masculino	106	51.46%
Total	206	100.00%

Fuente: Elaboración propia con base de datos recolectada en el estudio.

Encontramos que la edad promedio del total fue similar en el género femenino y masculino, esto nos asegura trabajar con un grupo de pacientes adultos jóvenes, ideales para los fines del presente estudio de investigación (Tabla 02).

Tabla 02. Edad según el género.

Género	Promedio de Edad	Rango de Edad	Desvest de Edad
Femenino	34.54	18-45	±7.55
Masculino	33.85	18-45	±6.91
Total	34.18	18-45	±7.22

Fuente: Elaboración propia con base de datos recolectada en el estudio.

De forma descriptiva, gracias a los datos recolectados según los criterios de DSM-

V, hemos encontrado un grupo de trastornos compatibles con trastornos bipolares y trastornos de conducta alimentaria. Todos fueron clasificados como tal de forma descriptiva, según se muestra en la tabla 03 y 04.

Tabla 03. Proporción de trastorno bipolar según DSM-V.

TRASTORNO BIPOLAR	Frecuencia	Porcentaje
Trastorno Bipolar Tipo 1	107	51.94%
Trastorno Bipolar Tipo 2	14	6.80%
Depresión	21	10.19%
Hipomanía	25	12.14%
Manía	29	14.08%
Otros trastornos bipolares	2	0.97%
Sin trastorno	8	3.88%
	206	100.00%

Fuente: Elaboración propia con base de datos recolectada en el estudio.

Tabla 04. Proporción de trastorno de conducta alimentaria según DSM-V.

TRASTORNO DE CONDUCTA ALIMENTARIA	Frecuencia	Porcentaje
Otros trastornos alimentarios	1	0.49%
Trastorno por atracón	13	6.31%
Bulimia nerviosa	43	20.87%
Anorexia nerviosa	70	33.98%
Sin trastorno	79	38.35%
	206	100.00%

Fuente: Elaboración propia con base de datos recolectada en el estudio.

Adicionalmente, se analizó el género según tengan o no trastorno bipolar o

trastorno de conducta alimentaria como se detalla a continuación en las tablas 05.

Tabla 05. Trastorno bipolar y trastorno de conducta alimentaria.

TRASTORNO BIPOLAR	GENERO		Total
	Femenino	Masculino	
No	23.30%	24.76%	48.06%
Si	25.24%	26.70%	51.94%

TRASTORNO DE CONDUCTA ALIMENTARIA	GENERO		Total
	Femenino	Masculino	
No	18.93%	19.42%	38.35%
Si	29.61%	32.04%	61.65%

Fuente: Elaboración propia con base de datos recolectada en el estudio.

Encontramos que si existe asociación estadísticamente significativa entre el trastorno bipolar y los trastornos de conducta alimentaria ($\chi^2 = 11.91$, OR = 2.74; IC 95%: 1.54 – 4.90, $p = 0.00029$) como se muestra en la tabla 06.

Tabla 06. Asociación entre Trastorno bipolar y trastorno de conducta alimentaria.

Trastorno bipolar	Trastorno de conducta alimentaria			χ^2
	Si	No	Total	
Si	78	29	107	α (0.05)
No	49	50	99	p (0.0002)
	127	79	206	11.91

Fuente: Elaboración propia con base de datos recolectada en el estudio.

V. DISCUSIÓN

Nuestro estudio se centró en el trastorno bipolar y los trastornos de conducta alimentaria, y la ahora corroborada asociación entre ambos trastornos psiquiátricos. Lo realizamos en historias de pacientes adultos jóvenes, con la base en que teóricamente son las edades pico donde se presentan trastornos anímicos con mayor frecuencia, y por supuesto no se consideraron menores de 18 años principalmente para no incurrir en la psicopediatría, además de lograr una adecuada distribución de las mismas dentro del estudio.⁶ Sin embargo dentro de lo revisado encontramos una gran heterogeneidad entre los diferentes autores, mientras que nuestro estudio fue aplicado en pacientes entre 18 y 45 años con un promedio de 34.18 (DE \pm 7.22), McElroy (2016) en su estudio transversal incluyó pacientes con una fluctuación mucho más permisiva entre 18 y hasta 80 años, a diferencia nuestra este investigador no encontró asociación con trastornos de conducta alimentaria, consideramos en base a la evidencia que la distribución de edades interfirió en sus resultados puesto que, tanto los trastornos de conducta alimentaria como los trastornos de la personalidad tipo trastorno bipolar son más frecuentes en adultos jóvenes.²⁰ La contraparte, donde los participantes fueron principalmente jóvenes, la vemos con el estudio de Ponce (2017) quien aplicó un estudio en Lima, y Oribe (2018) quien hizo un estudio similar en Trujillo, ambos en jóvenes estudiantes de apenas el primer ciclo de la carrera de medicina humana, ellos si encontraron alta incidencia de trastornos de conducta alimentaria, sin embargo, ninguno logró asociarla directamente con trastorno bipolar, objetivamos que este trastorno no fue buscado con rigurosidad pues en ninguno de estos estudios se establecen los criterios diagnósticos por DSM-V, aunque la mayor juventud de los participantes también pudo ser un factor interviniente.^{32, 33}

Las diferencias entre los picos de incidencia del trastorno bipolar, que principalmente se diagnostica en adultos jóvenes,^{6,7} comparada con el pico de incidencia de trastornos de conducta alimentaria, misma que inicia su ascenso en la pubertad y alcanza su máximo pico en la adolescencia y juventud temprana, para luego bajar considerablemente,^{13, 16} representan un importante factor limitante que debió ser superado y deberá ser superado por futuros investigadores que intenten asociar ambos trastornos psiquiátricos.

El género de los pacientes fue incluido principalmente para estar seguros que trabajamos con una muestra heterogénea adecuadamente distribuida, y que esta variable no será un factor que influya en el resultado final de nuestro estudio. Esta minuciosidad por el género de los participantes se basa en los datos teóricos revisados que nos muestran que los trastornos de conducta alimentaria son mucho más frecuentes en el género femenino que en el masculino.^{15, 16} Para complemento de este dato, lo refuerzan los hallazgos encontrados por los resultados encontrados en los estudios revisados como es el caso de Argyrides y Alexioua (2019) quienes encontraron que el 16.04% de estudiantes de secundaria de Chipre padece algún trastorno de conducta alimentaria, a predominio femenino (21.4% del total de mujeres).¹⁷ En nuestro estudio encontramos, de forma aleatoria, un predominio masculino del 51%.

También encontramos estudios donde no solo hubo predominio femenino, sino que también fue la única variable estadísticamente significativa para los trastornos de conducta alimentaria y trastorno bipolar, como Segura (2017) quien con su estudio transversal a pesar de encontrar ambas comorbilidades asociadas hasta en un 41% del total, solo encontró significancia estadística con el sexo femenino,²² o Crow (2019) quien hizo un amplio estudio trasversal en más de mil pacientes con trastorno bipolar, encontrando que el 27% presentaban algún trastorno de la conducta alimentaria, e igualmente solo el género mostró diferencia estadísticamente significativa.²⁷ Finalmente el estudio de mayor relevancia según sus resultados fue el de Balzafiore y colaboradores (2017) pues en su estudio longitudinal encontraron efectivamente asociación estadísticamente significativa que respalda la asociación entre trastorno bipolar y trastornos alimentarios, además con la recuperación tardía depresivos al menos en los primeros 360 días del estudio. A pesar de ello solo hallaron diferencias estadísticas con el género a predominio femenino.²³ Por estos antecedentes considerando que queríamos un estudio de precisión en la asociación es que controlamos que la totalidad participantes sea homogénea respecto al género con un 51% a predominio masculino.

Con respecto a nuestro análisis principal, nuestro estudio a través del análisis estadístico muestra que si existe asociación estadísticamente significativa entre el

trastorno bipolar y los trastornos de conducta alimentaria ($\chi^2 = 11.91$, OR = 2.74; IC 95%: 1.54 – 4.90, $p = 0.00029$).

Con estos resultados diferimos de aquellos estudios que no encontraron ningún tipo de asociación entre ambas variables^{17, 21} o que, de encontrarla, esta asociación no fue estadísticamente significativa.^{22, 24, 27, 28} En contraparte, nuestros resultados coinciden con otros investigadores que también encontraron asociación significativa al menos de alguna patología compatible con el espectro de trastorno bipolar y con al menos algún tipo de trastorno de conducta alimentaria.^{23, 26, 29-31} Es importante resaltar que nosotros definimos trastorno bipolar a aquellos que, según la DSM-V presentaban combinación de episodios maníacos y episodios depresivos. Si bien dentro del patrón de espectro de trastorno bipolar esta definición corresponde únicamente al trastorno bipolar tipo I, otros tipos de trastornos también fueron revisados, así encontramos otros pacientes que presentaron trastorno bipolar tipo II, manía, hipomanía, depresión y otros trastornos bipolares específicos; todos estos últimos excluidos de la definición de nuestro estudio como trastorno bipolar.⁵⁻⁷ En contraposición con el grupo de trastornos de conducta alimentaria donde en nuestro estudio incluimos a todos los tipos, encontrando únicamente anorexia nerviosa, bulimia nerviosa, trastorno por atracón y otros trastornos alimentarios o de la ingestión específicos, y todos ellos fueron incluidos en el análisis final del estudio.^{13, 15}

Finalmente, consideramos que en nuestro estudio, un factor en contra fue las pocas variables intervinientes revisadas, durante el proceso del estudio recolectamos también información sobre diagnóstico de otras enfermedades psiquiátricas, mismas que no pudieron ser excluidas puesto que nuestros pacientes son todos psiquiátricos, incluimos entonces en un solo grupo a cualquier otro diagnóstico de trastorno psiquiátrico registrado en la historia. Se realizó análisis bivariado para esta variable interviniente frente a ambas variables principales de forma independiente sin encontrar asociación de riesgo en ninguno de los casos (OR<1).

Hubiese sido conveniente revisar también el índice de masa corporal para corroborar una posible asociación estadística con el valor intrínseco o con el diagnóstico de obesidad, así como algunos predecesores,^{26, 31} además de revisar

otros trastornos psicológicos no necesariamente psiquiátricos, sin embargo, aunque es interesante, se aleja del objetivo principal de nuestro estudio^{31, 32}, por lo que nos limitamos a dejar estos vacíos en la investigación para nuevos estudios.

VI. CONCLUSIONES

- ✓ Existe asociación entre el trastorno bipolar y los trastornos de conducta alimentaria de forma estadísticamente significativa en un hospital de Trujillo.
- ✓ Encontramos que existe una alta frecuencia (38.73%) con diagnóstico de trastorno bipolar en pacientes de psiquiatría de un hospital de Trujillo.
- ✓ Encontramos que existe una alta frecuencia (35.22%) con diagnóstico de trastorno de conducta alimentaria en pacientes de psiquiatría de un hospital de Trujillo.

VII. RECOMENDACIONES

Este estudio deber servir de base para nuevos estudios sobre asociaciones psiquiátricas, específicamente sobre la asociación de otros trastornos de personalidad con los trastornos de conducta alimentaria, además de aumentar el número de variables incluidas en próximos estudios como son el índice de masa corporal e incluso la inclusión de otras patologías no psiquiátricas como los trastornos neurológicos congénitos o adquiridos durante la infancia temprana.

Se recomendaría también que los resultados de este estudio sean incluidos en las nuevas actualizaciones de práctica clínica de las instituciones prestadoras de servicio de psiquiatría para que tengan en consideración esta asociación entre dos trastornos psiquiátricos.

Finalmente, a la población de Trujillo que se incluye dentro de las edades mencionadas, se recomienda estar atentos con la salud mental, pues al encontrar una alta frecuencia de presentación de trastorno bipolar y trastorno de conducta alimentaria, en necesario estar precavidos sobre el tema.

REFERENCIAS

1. Palacio JD, Londoño JP, Nanclares A, Robledo P, Quintero CP. Psychiatric disorders in children and adolescents during the COVID-19 pandemic. *Rev Colomb Psiquiatr.* 2020; 49(4): 279-88.
2. Pérez CI, Vicente B, Zlotnick C, Kohn R, Johnson J, Valdivia S, et al. Estudio epidemiológico de sucesos traumáticos, trastorno de estrés post-traumático y otros trastornos psiquiátricos en una muestra representativa de Chile. *Salud Ment.* 2009; 32(2): 145-53.
3. Flores Y, Martínez O, Tapia LG, Solís MA, Gatica A, Escoto JJ, et al. Trastornos psiquiátricos y su asociación con el ciberacoso en una muestra de adolescentes mexicanos. *Salud Publica Mex.* 2020; 62(4): 451.
4. Ministerio de Salud. Una de cada ocho personas ha sufrido algún trastorno mental en Lima debido a la COVID-19. [Internet]. 2021. Disponible en: <https://www.gob.pe/institucion/minsa/noticias/542921-minsa-una-de-cada-ocho-personas-ha-sufrido-algun-trastorno-mental-en-lima-debido-a-la-covid-19/>
5. McIntyre RS, Berk M, Brietzke E, Goldstein BI, López C, Kessing LV, et al. Bipolar disorders. *Lancet.* 2020; 396(10265): 1841-56.
6. Kato T, Baba K, Guo W, Chen Y, Nosaka T. Impact of bipolar disorder on health-related quality of life and work productivity: Estimates from the national health and wellness survey in Japan. *J Affect Disord.* 2021; 295: 203-14.
7. Lublów Á, Keresztúri JL, Németh A, Mihalicza P. Exploring factors of diagnostic delay for patients with bipolar disorder: a population-based cohort study. *BMC Psychiatry.* 2020; 20(1): 75.
8. Koenders MA, Mesman E, Giltay EJ, Elzinga BM, Hillegers MHJ. Traumatic experiences, family functioning, and mood disorder development in bipolar offspring. *Br J Clin Psychol.* 2020; 59(3): 277-89.
9. Lau P, Hawes DJ, Hunt C, Frankland A, Roberts G, Wright A, et al. Family environment and psychopathology in offspring of parents with bipolar disorder. *J Affect Disord.* 2018; 226: 12-20.

10. Khan A, Plana O, Antonsen S, Brandt J, Geels C, Landecker H, et al. Environmental pollution is associated with increased risk of psychiatric disorders in the US and Denmark. *PLoS Biol.* 2019; 17(8):1-28.
11. Janiri D, Sani G, De Rossi P, Piras F, Banaj N, Ciullo V, et al. Hippocampal subfield volumes and childhood trauma in bipolar disorders. *J Affect Disord.* 2019; 253: 35-43.
12. Vieta E, Salagre E, Grande I, Carvalho AF, Fernandes BS, Berk M, et al. Early Intervention in Bipolar Disorder. *Am J Psychiatry.* 2018; 175(5): 411-26.
13. Trindade AP, Appolinario JC, Mattos P, Treasure J, Nazar BP. Eating disorder symptoms in Brazilian university students: a systematic review and meta-analysis. *Braz J Psychiatry.* 2019; 41(2): 179-87.
14. Duncan AE, Ziobrowski HN, Nicol G. The Prevalence of Past 12-Month and Lifetime DSM-IV Eating Disorders by BMI Category in US Men and Women. *Eur Eat Disord Rev.* 2017; 25(3): 165-71.
15. 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.
16. Braun TD, Park CL, Gorin A. Self-compassion, body image, and disordered eating: A review of the literature. *Body Image.* 2016; 17: 117-31.
17. Argyrides M, Alexiou E. Prevalence and characteristics of disordered eating adolescents in Cyprus: The influence of body image, situational dysphoria, self-esteem, and the media. *Eur. J. Couns. Psych.* 2019; 8 (1): 19–31.
18. Argyrides M, Kkeli A, Koutsantoni M. The comparison of Cyprus to six other European countries on body image satisfaction, appearance investment and weight and appearance-related anxiety. *Eur. J. Couns. Psych.* 2019; 8 (1): 32–42.
19. Davis-Waddlee LA. An Integrated Model of Eating Disorder Risk and Protective Factors: Implications for Research and Treatment. *Electronic theses and Dissertations.* 2019; 8: 1-79.
20. McElroy SL, Crow S, Blom TJ, Biernacka JM, Winham SJ, Geske J, et al. Prevalence and correlates of DSM-5 eating disorders in patients with bipolar disorder. *J Affect Disord.* 2016; 191: 216-21.

21. Martin K, Woo J, Timmins V, Collins J, Islam A, Newton D, et al. Binge eating and emotional eating behaviors among adolescents and young adults with bipolar disorder. *J Affect Disord.* 2016; 195: 88-95.
22. Segura C, Caroleo M, Rania M, Barbuto E, Sinopoli F, Aloï M, et al. Binge Eating Disorder and Bipolar Spectrum disorders in obesity: Psychopathological and eating behaviors differences according to comorbidities. *J Affect Disord.* 2017; 208: 424-30.
23. Balzafiore DR, Rasgon NL, Yuen LD, Shah S, Kim H, Goffin KC, et al. Lifetime eating disorder comorbidity associated with delayed depressive recovery in bipolar disorder. *Int J Bipolar Disord.* 2017; 5(1): 25.
24. Boulanger H, Tebeka S, Girod C, Lloret C, Meheust J, Scott J, et al. Binge eating behaviours in bipolar disorders. *J Affect Disord.* 2018; 225: 482-8.
25. McElroy SL, Winham SJ, Cuellar AB, Colby CL, Ho AM, Sicotte H, et al. Bipolar disorder with binge eating behavior: a genome-wide association study implicates PRR5-ARHGAP8. *Transl Psychiatry.* 2018; 8(1): 40.
26. Borgès V, Borgès R, Prud'homme A, Campan P, Azorin JM, Belzeaux R. Association between binge eating disorder and psychiatric comorbidity profiles in patients with obesity seeking bariatric surgery. *Compr Psychiatry.* 2018; 87: 79-83.
27. Crow S, Blom TJ, Sim L, Cuellar AB, Biernacka JM, Frye MA, et al. Factor analysis of the eating disorder diagnostic scale in individuals with bipolar disorder. *Eat Behav.* 2019; 33: 30-3.
28. Valentin M, Radon L, Duclos J, Curt F, Godart N. Troubles bipolaires et anorexie mentale: une étude clinique. *Encephale.* 2019; 45(1): 27-33.
29. Thiebaut S, Godart N, Radon L, Courtet P, Guillaume S. Crossed prevalence results between subtypes of eating disorder and bipolar disorder: A systematic review of the literature. *Encephale.* 2019; 45(1): 60- 73.
30. McDonald CE, Rossell SL, Phillipou A. The comorbidity of eating disorders in bipolar disorder and associated clinical correlates characterised by emotion dysregulation and impulsivity: A systematic review. *J Affect Disord.* 2019; 259: 228-43.

31. Cuellar AB, Winham SJ, Biernacka JM, Frye MA, McElroy SL. Clinical phenotype and genetic risk factors for bipolar disorder with binge eating: an update. *Expert Rev Neurother*. 2019; 19(9): 867-79.
32. Ponce Ch, Turpo K, Salazar C, Viteri L, Carhuancho J, Taype Á. Trastornos de la conducta alimentaria en estudiantes de medicina de una universidad de Perú. *Rev Cubana Salud Pública*. 2017; 43(4): 552-63.
33. Oribe E, Borrego C. Trastornos de la conducta alimentaria y clima social de la familia en alumnas de una universidad privada de Trujillo. [Tesis de bachiller] Trujillo. Universidad Privada Antenor Orrego. 2018. Disponible en: <https://repositorio.upao.edu.pe/handle/20.500.12759/4096>
34. Hernández Sampieri R, Fernández Collado C, Baptista Lucio P. Metodología de la investigación. Sexta edición. México: McGraw-Hill; 2014. 126-68.
35. Gaete V, López C. Trastornos de la conducta alimentaria en adolescentes. Una mirada integral. *Rev. chil. pediatr*. 2020; 91(5): 784-93.
36. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.) DSM-5. Washington, DC: APA. 2013.
37. Aguilar S. Fórmulas para el cálculo de la muestra en investigaciones de salud. *Salud en Tabasco*. 2005; 11(1-2): 333-8.
38. Hospital Regional Docente de Trujillo. Boletín Estadístico Anual. Oficina de Estadística e informática. 2017. 1-16. Disponible en: <https://www.hrdt.gob.pe/site/index.php/servicios-linea/publicaciones/boletines-estadisticos>
39. Hospital Regional Docente de Trujillo. Boletín Estadístico Anual. Oficina de Estadística e informática. 2018. 1-16. Disponible en: <https://www.hrdt.gob.pe/site/index.php/servicios-linea/publicaciones/boletines-estadisticos>
40. Hospital Regional Docente de Trujillo. Boletín Estadístico Anual. Oficina de Estadística e informática. 2019. 1-8. Disponible en: <https://www.hrdt.gob.pe/site/index.php/servicios-linea/publicaciones/boletines-estadisticos>
41. Universidad César Vallejo. Código de Ética en investigación de la Universidad César Vallejo. N° 0262-2020/UCV. 2022. 1-19. Disponible en: <https://www.ucv.edu.pe/wp-content/uploads/2020/11/RCUN%C2%B00262->

[2020-UCV-Aprueba-Actualizaci%C3%B3n-del-C%C3%B3digo-%C3%89tica-en-Investigaci%C3%B3n-1-1.pdf](#)

42. Departamento de Salud Pública. Ley General de Salud. N° 26842. 2021. 1-

27. Disponible en:

<https://www.digemid.minsa.gob.pe/upload/uploaded/pdf/leyn26842.pdf>

ANEXOS

Anexo 01

Tabla de Operacionalización de Variables

<i>Variable</i>	<i>Definición conceptual</i>	<i>Definición operacional</i>	<i>Indicadores</i>	<i>Escala de medición</i>
<i>Trastorno de conducta alimentaria</i>	Grupo heterogéneo que afectan la conducta de hábitos alimentarios. ³⁵	Criterios clínicos del DSM-V. ³⁶	SI NO	Cualitativa nominal
<i>Trastorno bipolar</i>	Presencia de un episodio maníaco y un episodio depresivo mayor. ⁵	Criterios clínicos del DSM-V. ³⁶	SI NO	Cualitativa nominal

Anexo 02

Cálculo de tamaño de muestra

Se calculó la muestra usando la fórmula de Fleiss, adecuada para estudios casos y controles:

$$N_1 = \frac{\left[Z_{\alpha/2} \sqrt{(r+1)\bar{p}(1-\bar{p})} + Z_{1-\beta} \sqrt{rp_1(1-p_1) + p_2(1-p_2)} \right]^2}{r(p_1 - p_2)^2}$$

Donde:

N_1 = número de casos

$Z_{\alpha/2}$ = derivación estándar normal para una confianza de 95% = 1.96

$Z_{1-\beta}$ = derivación estándar normal para una potencia de 80% = 0.84

r = razón de controles por caso, para el estudio será 1

p_1 = proporción de casos con exposición = 0.66¹⁷

p_2 = proporción de controles con exposición = 0.41¹⁷

Calculamos \bar{p} con la siguiente fórmula:

$$\bar{p} = \frac{p_1 + rp_2}{r + 1}$$

$$\bar{p} = \frac{0.66 + 1(0.41)}{1 + 1}$$

$$\bar{p} = \frac{1.07}{2} = 0.535$$

Reemplazando en la fórmula:

$$N_1 = \frac{\left[1.96 \sqrt{(1+1)(0.535)(1-0.535)} + 0.84 \sqrt{(1)(0.66)(1-0.66) + 0.41(1-0.41)} \right]^2}{1(0.66 - 0.41)^2}$$

$$N_1 = \frac{[1.96\sqrt{(2)(0.535)(0.465)} + 0.84\sqrt{(1)(0.66)(0.34)} + 0.41(0.59)]^2}{1(0.25)^2}$$

$$N_1 = \frac{[1.96\sqrt{0.49755} + 0.84\sqrt{0.2244} + 0.2419]^2}{1(0.25)^2}$$

$$N_1 = \frac{[1.96\sqrt{0.49755} + 0.84\sqrt{0.4663}]^2}{(0.25)^2}$$

$$N_1 = \frac{[1.956133360297956]^2}{(0.25)^2}$$

$$N_1 = \frac{3.826457723270572}{0.0625}$$

$$N_1 = 61.2233$$

Por lo tanto, la muestra estuvo conformada por un total de 122 pacientes, de los cuales 62 casos ($N_1 = 61.2233$) y 62 controles ($N_2 = rN_1$).

Anexo 03

Criterios del DSM-V para diagnósticos

FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

N° de Historia _____

Edad _____

Sexo _____

Tiempo de enfermedad mayor a 6 meses Si () No ()

TRASTORNO BIPOLAR

Episodio maniaco

Si () No ()

Episodio hipomaniaco

Si () No ()

Episodio depresivo

Si () No ()

Otros trastornos bipolares especificados

Si () No ()

TRASTORNO DE CONDUCTA ALIMENTARIA

Anorexia nerviosa

Si () No ()

Bulimia nerviosa

Si () No ()

Trastorno por atracón

Si () No ()

Otros trastornos alimentarios o de la ingestión especificados

Si () No ()

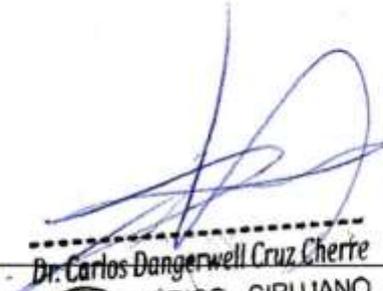
Anexo 04

UNIVERSIDAD CESAR VALLEJO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA ACADEMICA PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA

CONSTANCIA DE COASESORAMIENTO DE TESIS

Trujillo, 17 de julio del 2023

Yo, Dr. Cruz Cherre Carlos Dangerwell, DNI: 70291320, CMP 91705. Médico Cirujano, doy constancia de ser coasesor en el proyecto de investigación titulado: **“Asociación entre trastorno bipolar y trastorno de conducta alimentaria en pacientes atendidos en un hospital de Trujillo”**. Perteneciente al alumno: Ipanaque Guzmán, Moisés de la escuela profesional de medicina humana de la universidad Cesar Vallejo.


Dr. Carlos Dangerwell Cruz Cherre
MÉDICO - CIRUJANO
CMP: 91705

Anexo 06



"AÑO DEL FORTALECIMIENTO DE LA SOBERANÍA NACIONAL"

Trujillo, 07 de noviembre del 2022

OFICIO N°0031-2022-UCV-VA-P23-SL01/CCP

SR

Dr. CESAR AUGUSTO FERNANDEZ SANCHEZ

Hospital Regional Docente de Trujillo

Presente. -

**ASUNTO: SOLICITO PERMISO PARA EJECUCIÓN DE
DESARROLLO DE PROYECTO DE INVESTIGACION**

Es grato dirigirme a Ud. a través del presente, para expresarle nuestro cordial saludo a nombre de la Escuela de Medicina y el mío propio; y a la vez manifestar que al estudiante **IPANAQUE GUZMAN, MOISES ABRAHAM**, le corresponde iniciar el Desarrollo de su Proyecto de Investigación titulado "**ASOCIACION ENTRE TRASTORNO BIPOLAR Y TRASTORNO DE CONDUCTA ALIMENTARIA EN PACIENTES ATENDIDOS EN UN HOSPITAL DE TRUJILLO**".

En ese sentido, se solicita a su digno despacho brindar el permiso correspondiente a nuestro alumno en mención para que realice recolección de datos y entrevista a los familiares de los pacientes con diagnóstico de TRASTORNO BIPOLAR en el centro de salud usted dignamente dirige.

Agradeciendo de antemano vuestra atención y sin otro particular, me suscribo de Usted no sin antes manifestarle mis sentimientos de consideración personal.

Atentamente,



Dra. Ana María Chian García
Coordinadora de Carrera
Sede Trujillo

Cc: Archivo



UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO

**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA**

Declaratoria de Autenticidad del Asesor

Yo, CASTILLO CASTILLO JUAN LORGIO, docente de la FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD de la escuela profesional de MEDICINA de la UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO SAC - TRUJILLO, asesor de Tesis titulada: "Asociación entre trastorno bipolar y trastorno de conducta alimentaria en pacientes atendidos en un hospital de Trujillo", cuyo autor es IPANAQUE GUZMAN MOISES ABRAHAM, constato que la investigación tiene un índice de similitud de 16.00%, verificable en el reporte de originalidad del programa Turnitin, el cual ha sido realizado sin filtros, ni exclusiones.

He revisado dicho reporte y concluyo que cada una de las coincidencias detectadas no constituyen plagio. A mi leal saber y entender la Tesis cumple con todas las normas para el uso de citas y referencias establecidas por la Universidad César Vallejo.

En tal sentido, asumo la responsabilidad que corresponda ante cualquier falsedad, ocultamiento u omisión tanto de los documentos como de información aportada, por lo cual me someto a lo dispuesto en las normas académicas vigentes de la Universidad César Vallejo.

TRUJILLO, 13 de Julio del 2023

Apellidos y Nombres del Asesor:	Firma
CASTILLO CASTILLO JUAN LORGIO DNI: 18184825 ORCID: 0000-0001-9432-8872	Firmado electrónicamente por: JCASTILLOCA3 el 13-07-2023 20:30:08

Código documento Trilce: TRI - 0589396