

UNIVERSIDAD NACIONAL “HERMILIO VALDIZÁN”
FACULTAD DE MEDICINA
ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA



TESIS

**ASOCIACIÓN ENTRE ANSIEDAD, DEPRESIÓN Y HÁBITOS
ALIMENTICIOS A DISPEPSIA FUNCIONAL EN ESTUDIANTES DEL
PRIMERO AL SEXTO AÑO DE LA EP. MEDICINA HUMANA -
UNHEVAL – HUÁNUCO 2017**

PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE MÉDICO CIRUJANO

TESISTAS:

**DIEGO LEOMAR CANALES PICHÉN
JAVIER ESTEBAN CARHUARICRA ATAHUAMAN**

ASESOR:

MÉD. EDINHO ROLANDO SEGAMA FABIAN

HUÁNUCO – PERÚ

2019

UNIVERSIDAD NACIONAL “HERMILIO VALDIZÁN”
FACULTAD DE MEDICINA
ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA



TESIS

**ASOCIACIÓN ENTRE ANSIEDAD, DEPRESIÓN Y HÁBITOS
ALIMENTICIOS A DISPEPSIA FUNCIONAL EN ESTUDIANTES DEL
PRIMERO AL SEXTO AÑO DE LA EP. MEDICINA HUMANA -
UNHEVAL – HUÁNUCO 2017**

PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE MÉDICO CIRUJANO

TESISTAS:

**DIEGO LEOMAR CANALES PICHÉN
JAVIER ESTEBAN CARHUARICRA ATAHUAMAN**

ASESOR:

MÉD. EDINHO ROLANDO SEGAMA FABIAN

HUÁNUCO – PERÚ

2019

DEDICATORIA

A Dios, nuestro padre, guía y protector.

A nuestros padres, hermanos por su apoyo incondicional.

AGRADECIMIENTO

A nuestros docentes de la Facultad de Medicina, por guiarnos en el camino del aprendizaje hacia el éxito.

Al asesor de Tesis por su dedicación y tiempo para orientarnos en el desarrollo de la investigación.

A los alumnos de la Facultad de Medicina por ser partícipe de la investigación.

RESUMEN

Objetivo: Determinar la asociación entre ansiedad, depresión y hábitos alimenticios con la dispepsia funcional en los estudiantes del primero a sexto año de la EP. Medicina Humana de la UNHEVAL – Huánuco 2017. **Materiales y Métodos:** Según el diseño metodológico fue de tipo observacional, analítico y transversal; la muestra estuvo conformado por 223 alumnos que cumplieron con los criterios de inclusión y exclusión. De dicha población se obtuvo el consentimiento informado para la aplicación del cuestionario, que constó de 73 preguntas: datos generales, 8 ítems; cuestionario diagnóstico de la dispepsia funcional ROMA III, 18 ítems; escala de autoevaluación de ansiedad de Zung (EAA), 20 ítems; cuestionario de depresión de Beck, 21 ítems; cuestionario de hábitos alimenticios, 6 ítems; destinados a brindarnos información importante sobre los eventos asociados a la dispepsia funcional en estudiantes de Medicina. **Resultados:** En cuanto a la asociación de la ansiedad, depresión y hábitos alimenticios con la dispepsia funcional (DF); se precisó que, si existió una asociación significativa entre estas variables. La ansiedad se presentó en el 26,5%, de los cuales el 51,3% padecieron de DF ($p=0,000$). La depresión se presentó en un 12,1%, de los cuales el 38,5% de los estudiantes padecieron de DF ($p=0,000$). Los hábitos alimenticios están asociado a la DF; un 51,3% con DF omitieron el desayuno ($p=0,003$); un 61,5% con DF omitieron el almuerzo ($p=0,000$); un 56,4% con DF omitieron la cena ($p=0,000$); un 51,3% con DF tuvieron un volumen de ingesta inadecuada ($p=0,005$); un 53,8% con DF tuvieron una velocidad de alimentación inadecuada ($p=0,022$); un 51,3% con DF tuvieron una temperatura de alimentos inadecuada ($p=0,000$); tuvieron una relación significativa. **Conclusión:** Sí existe asociación significativa entre la ansiedad, depresión y hábitos alimenticios con la dispepsia funcional. **Palabras Claves:** Dispepsia Funcional, Ansiedad, Depresión, Conducta alimentaria. (DECS, <http://decs.bvs.br/>)

ABSTRACT

Objective: To determine the association between anxiety, depression and feeding habits with functional dyspepsia in students from the first to sixth year of PS. Human Medicine of the UNHEVAL - Huánuco 2017. **Materials and Methods:** According to the methodological design it was of observational, analytical and transversal; the sample consisted of 223 students who met the inclusion and exclusion criteria. From this population informed consent was obtained for the application of the questionnaire, which consisted of 73 questions: general data, 8 items; diagnostic questionnaire of functional dyspepsia ROMA III, 18 items; Zung anxiety self-assessment scale (ASS), 20 items; Beck depression questionnaire, 21 items; feeding habits questionnaire, 6 items; designed to provide us with important information about the events associated with functional dyspepsia in medical students. **Results:** Regarding the association of anxiety, depression and feeding habits with functional dyspepsia (DF); it was specified that there was a significant association between these variables. Anxiety occurred in 26.5%, of which 51.3% had DF ($p = 0.000$). Depression was present in 12.1%, of which 38.5% of the students suffered from DF ($p = 0.000$). Feeding habits are associated with FD; 51.3% with DF omitted breakfast ($p = 0.003$); 61.5% with DF omitted lunch ($p = 0.000$); 56.4% with DF omitted dinner ($p = 0.000$); 51.3% with DF had an inadequate volume of intake ($p = 0.005$); 53.8% with DF had an inadequate feeding speed ($p = 0.022$); 51.3% with DF had an inadequate food temperature ($p = 0.000$); had a significant relationship **Conclusion:** There is a significant association between anxiety, depression and feeding habits with functional dyspepsia.

Keywords: Functional dyspepsia, Anxiety, Depression, Feeding behavior. (MESH, <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/mesh>)

ÍNDICE

DEDICATORIA	i
AGRADECIMIENTO.....	ii
RESUMEN.....	iii
ABSTRACT.....	iv
ÍNDICE	v
INTRODUCCIÓN	7
CAPÍTULO I: MARCO TEÓRICO.....	9
1.1. Antecedentes	9
1.1.1. Internacional.....	9
1.1.2. Nacional	12
1.2. Bases teóricas.....	15
1.2.1. Dispepsia.....	15
1.2.1.1. Dispepsia no investigada.....	16
1.2.1.2. Dispepsia orgánica o secundaria	19
1.2.1.3. Dispepsia funcional.....	20
1.2.2. Ansiedad	27
1.2.2.1. Trastornos de ansiedad.....	28
1.2.2.2. Clasificación.....	30
1.2.3. Depresión	31
1.2.3.1. Depresión en estudiantes universitarios	32
1.2.3.2. Clasificación.....	33
1.2.3.3. Etiología	33
1.2.3.4. Fisiopatología.....	35
1.2.3.5. Presentación clínica.....	35
1.2.4. Hábitos Alimenticios.	38
1.2.4.1. Frecuencia de las comidas.....	39
1.2.4.2. Factores que intervienen en los hábitos alimentarios.....	40
CAPÍTULO II: MARCO METODOLÓGICO	44
2.1. Aspectos básicos del problema	44
2.1.1. Justificación	44
2.1.2. Formulación del problema	44

2.1.3. Objetivos	45
2.2. Aspectos operacionales	45
2.2.1. Hipótesis	45
2.2.2. Variables	46
2.2.5. Ámbito de estudio	47
2.2.6. Población y muestra	47
2.2.7. Tipo de investigación.....	48
2.2.8. Diseño de investigación	48
2.2.9. Técnicas e instrumentos de investigación.....	49
2.2.10. Procedimiento	52
2.2.11. Análisis e interpretación de datos	53
2.2.12. Validez y confiabilidad del instrumento	53
CAPÍTULO III: PRESENTACIÓN DE RESULTADOS.....	54
CAPÍTULO IV: DISCUSIÓN	56
CONCLUSIONES	59
SUGERENCIAS Y RECOMENDACIONES.....	60
LIMITACIONES	61
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	62
ANEXOS.....	65
NOTAS BIBLIOGRAFICAS	86

INTRODUCCIÓN

La dispepsia es un síndrome que se define como la presencia de malestar en el epigastrio, crónico y recurrente, es un síntoma común con un diagnóstico diferencial extenso y una fisiopatología heterogénea. También es un motivo frecuente de consulta tanto en atención primaria como en especializada. En diversos países se produce en aproximadamente el 25 % de la población cada año, pero la mayoría de las personas afectadas no busca atención médica. (1, 2, 3) Además de su alta prevalencia, es importante porque es responsable de costos sustanciales en el cuidado de la salud y disminuye notablemente la calidad de vida de los individuos que la padecen. (3, 4, 5)

La dispepsia no investigada se clasifica en dos grandes grupos, dispepsia orgánica en un 25% y dispepsia funcional en un 75% aproximadamente, este último sin causa subyacente identificada durante la evaluación diagnóstica. (1, 2, 4, 6) La DF es un trastorno muy frecuente, su prevalencia varía entre 12 y 54%, representando el 20 al 40% de las consultas gastroenterológicas en Estados Unidos y entre el 25 y 40% en el Perú. (4, 7)

La relación de posibles factores etiopatogénicos en la DF es extensa, aunque no claramente definida. (1, 2) Se ha encontrado asociación entre padecer DF y la mayor frecuencia de ansiedad, depresión, estrés y trastornos del sueño; ya que produce irritabilidad, afectación del estilo de vida y de las relaciones interpersonales. Son escasos los reportes de dispepsia en adultos jóvenes, a pesar de que estos son los grupos más afectados por la alta prevalencia de patologías psicosociales asociadas y

por su relación con los trastornos dietéticos. En cuanto a este grupo etario, el sector estudiantil tiene mucho riesgo por los factores mencionados. De ahí la importancia de su estudio en poblaciones que tienen mayores niveles de estrés, como lo son los estudiantes de medicina, ya que sufren de una constante y creciente sobrecarga académica, evaluaciones y una inadecuada gestión del tiempo (8,9).

La investigación tiene por objetivo conocer la asociación del nivel de ansiedad, depresión y hábitos alimenticios a la DF, en una población con exigencia académica como lo son los estudiantes de medicina de la Universidad Nacional Hermilio Valdizán de Huánuco. El cual nos permitirá poder recibir el apoyo necesario y enfrentar adecuadamente los factores que influyen en esta enfermedad, logrando conseguir un mejor estado de salud, garantizando una adecuada formación profesional.

CAPÍTULO I

MARCO TEÓRICO

1.1. Antecedentes

1.1.1. Internacional

Xu JH, Lai Y, Zhuang LP, et al. (2017) Exploraron la asociación de malos hábitos alimenticios con la DF y sus subtipos. Se diseñó un cuestionario epidemiológico validado para investigar hábitos dietéticos y síndromes gastrointestinales. Se invitó a los ciudadanos de la comunidad Baotun de Dongguan a completar el cuestionario del estudio. Se pidió a todos los participantes que se sometieran a un examen físico y una entrevista ciega a un médico. El estudio se realizó de junio de 2015 a junio de 2016. La DF se diagnosticó mediante los criterios de ROMA III. Se exploró la asociación entre los hábitos dietéticos investigados y los síntomas dispépticos. Resultados: se reclutaron 1,304 residentes adultos para la encuesta de estudio; 165 residentes tenían dispepsia orgánica (DO), 203 residentes fueron diagnosticados con DF, y los otros 936 participantes, que no tenían síntomas dispépticos o enfermedades gastrointestinales funcionales, se consideraron como el grupo control. El diagnóstico de subtipo indicó que 61 participantes tenían SDE (síndrome de dolor epigástrico), 66 participantes tenían SDP (síndrome de distrés postprandial), y 76 participantes tenían SDE y SDP coexistentes. Los hábitos dietéticos poco saludables fueron más frecuentes en el grupo DF que en los grupos control (75.86% versus 37.50%; $p < 0.001$). Se encontró que la DF estaba asociada con la hora irregular de comer, comer afuera, alimentos grasos, alimentos dulces y

café ($p < 0.05$). El impacto de cada factor dietético varió con los subtipos de DF. Conclusiones: Ciertos tipos de hábitos dietéticos se correlacionaron positivamente con la prevalencia de DF. Los subtipos de DF mostraron asociaciones relativamente diferentes con los factores dietéticos. (10)

Castillo PC, Chacón CT y Díaz VG (2016) en la investigación sobre Ansiedad y fuentes de estrés académico en estudiantes de carreras de la salud. Los estudiantes de Enfermería mostraron mayores niveles de ansiedad estado y ansiedad rasgo que los estudiantes de Tecnología Médica. Solo para el estado de ansiedad se observó una frecuencia significativamente diferente, encontrándose las diferencias en los grupos que manifiestan un nivel de ansiedad leve (Enfermería 32.1% y Tecnología Médica 56.6%) y ansiedad severa (Enfermería 20.5% y Tecnología Médica 9.2%). Aunque las situaciones generadoras de estrés fueron similares para ambos grupos, varias de ellas fueron percibidas como estresores significativamente mayores por los estudiantes de Enfermería. Las tres principales fuentes de estrés resultaron ser: sobrecarga académica, falta de tiempo para cumplir con las actividades académicas y realización de un examen. Se concluyó que los estudiantes de Enfermería presentan altos índices de ansiedad. Resulta necesario analizar la planificación curricular de estos cursos, así como implementar consejerías y talleres para enseñar a los estudiantes a afrontar las situaciones estresantes. (11)

Kugler TE (2015) El objetivo de este estudio fue evaluar la frecuencia e importancia de la ansiedad y la depresión en pacientes con dispepsia funcional, la relación entre estas características psicológicas, la gravedad de los síntomas y la

calidad de vida. Realizaron un estudio transversal. Se investigaron 125 pacientes con DF según los criterios de Roma, así como un grupo de control de 30 voluntarios sanos. Todos los participantes del estudio llenaron una escala para identificar el trastorno de ansiedad-depresión HADS, una evaluación general de la calidad de vida, mediante un cuestionario SF-8 (formulario estándar de 4 semanas). Se pidió a los pacientes con DF que calificaran la gravedad del dolor epigástrico (ardor) o malestar abdominal (saciedad temprana o plenitud postprandial) con la escala de LPDS (escala de distrés postprandial de Leuven). Los resultados obtenidos con $p < 0,05$ e IC del 95% se consideraron estadísticamente significativos. Resultados: La ansiedad y la depresión se observaron en el 50,4% y el 42,4% de los pacientes con DF, respectivamente, y en el 13,3% y el 6,66% de los sujetos sanos, respectivamente ($p < 0,001$ para ambos). Las puntuaciones medias de HADS para la ansiedad y la depresión en pacientes con LBS fueron 7.93 ± 3.75 y 6.94 ± 3.78 , respectivamente. Tanto la ansiedad como la depresión se asociaron con la gravedad de los síntomas autoreportados (LPDS) ($p < 0.05$). Según lo determinado por el análisis de correlación, la gravedad de los síntomas fue el factor más importante en la predicción de la ansiedad y la depresión. La gravedad de los síntomas, la ansiedad y la depresión autoinformadas se asociaron de forma clara e independiente con la calidad de vida relacionada con la salud en general (CVRS). Conclusiones: La ansiedad y la depresión se observaron con frecuencia en los pacientes con DF y se relacionaron con la gravedad de sus síntomas y el deterioro de la CVRS del paciente. (12)

Vinaccia, S., Quiceno, J.M., Medina, A., Castañeda, B., Castelblanco, P. (2014)

El objetivo de este estudio fue evaluar las relaciones entre resiliencia, percepción de enfermedad y conducta de enfermedad, y el efecto de éstas sobre la calidad de vida relacionada con la salud en 49 pacientes con diagnóstico de Dispepsia Funcional de la ciudad de Bogotá, Colombia. El diseño fue descriptivo correlacional de corte transversal. Instrumentos: Escala de afrontamiento resiliente BSRS, Cuestionario de percepción de enfermedad IPQ-B, Cuestionario de conducta de enfermedad IBQ, y Cuestionario de calidad de vida en relación con los problemas de estómago e intestinales (QOL-PEI). Los resultados mostraron niveles moderados de resiliencia y niveles desfavorables de calidad de vida, sobre todo en la dimensión síntomas habituales del cuestionario QOL-PEI. A nivel del análisis de regresión lineal múltiple, se encontró que la dimensión respuesta emocional del IPQ-B tuvo un peso negativo sobre la calidad de vida. Conclusión: se sugiere el desarrollo de programas de intervención psicológica para el tratamiento del estrés psicológico y la sintomatología física de los pacientes con dispepsia funcional. (13)

1.1.2. Nacional

Ramírez VJ, Mejia CR. (2018) Determinar los factores asociados con DF en trabajadores de establecimientos de comida rápida en un centro comercial de Huancayo, Perú. Metodología: Estudio transversal analítico, se encuestó a 128 trabajadores de establecimientos de comida rápida en una ciudad de la serranía peruana. Se usó la prueba “A new questionnaire for the diagnosis of dyspepsia” para el diagnóstico de DF, esto se cruzó con variables sociales, de consumo y de hábitos

alimenticios; se obtuvieron estadísticas de asociación. Resultados: El 40 % tuvo DF. Estuvo asociado con una menor frecuencia de DF el sexo femenino (razones de prevalencias ajustadas [RPa]: 0,64; intervalo de confianza [IC] 95 %: 0,41-0,99; valor $p = 0,044$); en cambio, los que tenían dificultad para conciliar el sueño o padecían de despertares nocturnos (RPa: 1,89; IC 95 %: 1,37-2,61; valor $p < 0,001$) y los que tomaban alcohol regularmente tenían mayor frecuencia de DF (RPa: 3,28; IC 95 %: 1,02-10,6; valor $p = 0,047$); ajustadas por 5 variables. Según los hábitos de alimentación, se encontró que estuvo asociado con una mayor frecuencia de dispepsia quien omitiera comer el almuerzo (RPa: 1,88; IC 95 %: 1,22-2,90; valor $p = 0,004$), quien omitiera la cena (RPa: 3,44; IC 95 %: 2,72-4,35; valor $p < 0,001$) y quien se alimentase regularmente en otros restaurantes (RPa: 1,87; IC 95 %: 1,22-2,88; valor $p = 0,004$); ajustadas por 3 variables. Conclusiones: se encontraron algunas características asociadas con la DF en esta población que comparte características con otras similares, lo que puede ser útil para generar estrategias de detección y diagnóstico oportunos. (14)

Valenzuela Narváez DR y Gayoso Cervantes M (2017) investigaron sobre estrés laboral y su correlación con la prevalencia de dispepsia funcional en militares en actividad que acudieron al hospital geriátrico del ejército. Como resultado el 100% de militares presentaron algún nivel de estrés laboral durante el año de estudio; así, el 36,7% presentó un alto nivel, el 31,2% nivel medio o moderado, y el 32,1% presentó nivel bajo de estrés; de estos porcentajes los niveles medio y alto de estrés representaron el 67,9%. Estos resultados permiten establecer que el estrés laboral es

un malestar frecuente en la población estudiada (χ^2 tabular = 3,841, χ^2 observado = 27,908). Con relación a la dispepsia funcional se determinó una prevalencia de 37,2%, porcentaje que indica que es una patología frecuente en dichos militares (Z tabular = 1,96, Z_c = 9,163). Existe una relación significativa entre la frecuencia de estrés laboral y la prevalencia de dispepsia funcional en militares en actividad mayores de 50 años (χ^2 tabular= 5,991, χ^2 observado =28,878, coeficiente de contingencia=0,342). (15)

Vargas M, Talledo UL, Samaniego RO, Heredia P, Rodríguez CAS, Mogollón CA y colaboradores (2016) en la investigación sobre dispepsia funcional en estudiantes de ocho facultades de medicina peruanas. Influencia de los hábitos. Se halló estadísticas de asociación bivariado y multivariado. De los 1.923 encuestados, la mediana de las edades fue 20 años, 55% fueron mujeres y 24% tuvieron dispepsia funcional. Son factores que disminuyen la frecuencia de dispepsia funcional el sexo masculino (RPa:0,75; IC95%:0,64-0,87; $p < 0,001$), las horas que le dedica al estudio (RPa:0,97; IC95%:0,96-0,99; $p < 0,001$) y el comer dentro de sus horarios regulares (RPa: 0,80; IC95%:0,67-0,95; $p = 0,013$); en cambio, el haber desaprobado un curso aumenta la frecuencia de la dispepsia funcional (RPa:1,24; IC95%:1,13-1,37; $p < 0,001$), ajustado por la edad, los problemas para conciliar el sueño y la depresión. Se concluye que muchos estudiantes de medicina tienen dispepsia funcional, que se relaciona a ciertas variables comportamentales. Esto debe ser motivo de más estudios e intervenciones por las instituciones educativas, por los problemas que a mediano y largo plazo podrían significar. (9)

Mejía CR, Quezada OC, Verastegui DA, Cárdenas MM, García MKM y Quiñones LDM (2016) investigaron los factores psicosociales y hábitos asociados con dispepsia funcional en internos de un hospital nacional en Piura. Como resultado la edad promedio fue de 24,1 años ($\pm 1,4$); el 58% (13) fueron mujeres. La prevalencia de dispepsia en el internado fue del 32%. El tener ansiedad ($p < 0,001$; RRa: 5,9; IC 95%: 2,88-12,13) o depresión ($p = 0,015$; RRa: 3,4; IC 95%: 1,27-9,29) fueron factores de riesgo para padecer DF; el obtener una nota mejor al finalizar las rotaciones fue un factor protector ($p = 0,020$; RRa: 0,8; IC 95%: 0,71-0,97), ajustado por tener irritabilidad, y el consumo de bebidas energizantes. Según los datos evaluados, aquellos que cursen con algún trastorno psicosocial durante el internado están predispuestos a sufrir mayores riesgos para enfermedades gastrointestinales, por lo que las instituciones deben tener programas de detección y vigilancia de estas patologías. (8)

1.2. Bases teóricas

1.2.1. Dispepsia

La dispepsia es un síndrome que se define como la presencia de malestar en el epigastrio, crónico y recurrente, que integra diversos síntomas como dolor, ardor, distensión, saciedad temprana, plenitud, eructos o náuseas (3, 16).

La dispepsia se divide en:

- a) No investigada
- b) Orgánica o secundaria
- c) Funcional

1.2.1.1. Dispepsia no investigada

Se define así cuando aún no se ha estudiado su posible causa, es decir en ausencia de estudio diagnóstico (2, 3, 16).

Aproximación inicial al paciente con síntomas dispépticos

Historia clínica

La anamnesis debe recoger información sobre el síntoma principal para el paciente, la frecuencia y características del dolor, su relación con la ingesta, el estilo de vida (consumo de alcohol, tabaco, otros tóxicos, etc.), toma de fármacos, insistiendo en antiinflamatorios no esteroideos (AINE) e inhibidores de la bomba de protones (IBP), los antecedentes personales de úlcera péptica, cirugía gástrica e infección por *Helicobacter pylori* (HP) (3, 5, 16). La relación de los síntomas con los hábitos deposicionales también es importante para descartar un síndrome de intestino irritable. A continuación, se detallan los signos y síntomas de alarma para la sospecha de una enfermedad maligna.

Signos y síntomas de alarma en un paciente con dispepsia no investigada

- Pérdida de peso significativa no intencionada
- Vómitos intensos y recurrentes
- Disfagia
- Odinofagia
- Signos de sangrado digestivo (anemia, hematemesis o melena)
- Masa abdominal palpable
- Ictericia

- **Linfadenopatías**

El interrogatorio incluirá también las manifestaciones extraintestinales que puedan hacer sospechar una enteropatía celiaca, incluyendo el antecedente de enfermedad autoinmune, el retraso de crecimiento, osteoporosis precoz, anemia y/o ferropenia, infertilidad y los antecedentes familiares de enfermedad celiaca.

Exploración física

No suele aportar datos adicionales, siendo normal en la gran mayoría de los pacientes. La mucosa pálida o icterica, masa abdominal, adenopatías o ascitis son signos de alarma que orientan a enfermedad orgánica y obligan a profundizar en el proceso diagnóstico. Por el contrario, el dolor durante la palpación del epigastrio no permite diferenciar entre los pacientes con enfermedad orgánica o funcional (3, 5, 16).

Pruebas de laboratorio

No se ha establecido el valor coste/efectivo de realizar análisis de manera rutinaria, sobre todo en sujetos jóvenes, pudiendo ser recomendados en pacientes a partir de 45-55 años, cuando las alteraciones analítico-metabólicas son más frecuentes (3, 5, 16).

Estrategias de manejo inicial en la dispepsia no investigada

Situación A: paciente con síntomas de alarma o mayor de 55 años

En la mayoría de los casos, tras una detallada historia clínica se deberían poder diferenciar los síntomas dispépticos de otros que sugieran enfermedad esofágica, biliar o pancreática. Posteriormente, el manejo inicial del paciente con

dispepsia no investigada vendrá marcado por la presencia o ausencia de síntomas de alarma que indicarían la realización de una endoscopia precoz para no retrasar el diagnóstico de una posible enfermedad neoplásica.

El riesgo de cáncer aumenta con la edad en la que comienzan los síntomas. Las recomendaciones de las guías de práctica clínica establecen la indicación de realizar una gastroscopia precoz a partir de los 55 años. El escenario ideal sería realizar una gastroscopia precoz con toma de biopsias de antro y cuerpo para valorar la presencia de HP, en un paciente que no hubiera tomado tratamiento previo con antiseoretos y pautar el tratamiento en función de los resultados. No se recomendaría tomar biopsias rutinarias de duodeno para descartar enteropatía, salvo en pacientes seleccionados. El hecho de ser una prueba ligeramente invasiva, los problemas de accesibilidad desde Atención Primaria a la exploración y la lista de espera puede hacer que el uso de esta estrategia esté limitado en nuestro medio (3, 5, 16).

Situación B: paciente sin síntomas de alarma y menor de 55 años

Medidas higiénico-dietéticas. Antes de iniciar cualquier tratamiento farmacológico, debe indicarse al paciente la supresión del tabaco, la disminución de la ingesta de alcohol y la reducción de su posible sobrepeso, así como revisar la indicación de los fármacos que esté consumiendo. No se ha demostrado la utilidad de llevar una dieta determinada, aconsejándose únicamente que las tomas sean más frecuentes y de menor volumen. Además de aquellos alimentos concretos que el paciente refiera no tolerar, es recomendable evitar el exceso de grasas y el abuso del café que puede

aumentar los síntomas. El grado de evidencia sobre la eficacia de estas recomendaciones en la dispepsia es bajo, pero en cualquier caso son beneficiosas para la salud general del paciente y pueden actuar de modo coadyuvante sobre otros tratamientos más específicos (3, 5, 16).

1.2.1.2. Dispepsia orgánica o secundaria

Se define así cuando ya se han identificado lesiones estructurales o enfermedades sistémicas que explican los síntomas. La proporción de pacientes dispépticos en los que tras su estudio se identifica una causa orgánica es de aproximadamente un 30%. La esofagitis es la lesión más prevalente (13%), seguida de la úlcera péptica (8%). Menos de un 1% presentará patología maligna. Hallazgos menores como duodenitis o gastritis no presentan buena correlación con la presencia o ausencia de síntomas dispépticos. Las principales causas de dispepsia orgánica se comentan a continuación (2, 3, 5, 16).

- Dispepsia debida a fármacos
- Enfermedad por úlcera péptica
- Enfermedad por reflujo gastroesofágico
- Cáncer gastroesofágico
- Trastornos bilio-pancreáticos
- Otras enfermedades gastrointestinales (enf. Celiaca, enfermedades infiltrativas del estómago (por ejemplo: sarcoidosis, enfermedad de Crohn, gastritis eosinofílica), radiculopatía diabética, alteraciones metabólicas (hipercalcemia, hipotiroidismo,

diabetes mellitus), síndrome de la arteria mesentérica superior, isquemia intestinal, etc)

1.2.1.3. Dispepsia Funcional

Se define cuando el síndrome no se asocia a lesiones o enfermedades detectables. Cuando tras realizar pruebas complementarias, incluida la gastroscopia, no se encuentra una causa orgánica ni metabólica obvia que justifique los síntomas.

(3)

Según Roma III (2, 3, 17) la DF se caracteriza por una sintomatología ≥ 3 meses de duración y comienzo a 6 meses previos, con al menos de unos de los siguientes criterios:

1. Plenitud posprandial
2. Saciedad precoz
3. Dolor epigástrico
4. Ardor epigástrico

En ausencia de alteración estructural (incluyendo endoscopia digestiva alta) que pueda explicar los síntomas.

Definición de los síntomas de DF

Dolor epigástrico: El término epigástrico se define como el área entre la parte más distal del esternón y el ombligo, limitada lateralmente a ambos lados por la prolongación de la línea medioclavicular. El dolor se define como una sensación subjetiva desagradable; algunos pacientes pueden sentir que se está produciendo un daño en el tejido.

Ardor epigástrico: El término epigástrico se define como el área entre la parte más distal del esternón y el ombligo, limitada lateralmente a ambos lados por la prolongación de la línea medioclavicular. El ardor se refiere a una sensación subjetiva de calor.

Plenitud posprandial: Se entiende por la sensación desagradable de la persistencia prolongada de la comida en el estómago.

Saciedad precoz: Se define como la sensación de estómago lleno al comenzar a comer, desproporcionada, respecto a la cantidad ingerida y que impide terminar esa comida.

En función del patrón sintomático dominante se divide la dispepsia funcional (DF) en dos grupos:

Síndrome de dolor epigástrico

Síntomas de, por lo menos, 3 meses de duración, con inicio un mínimo de 6 meses antes, con todos los siguientes criterios:

Dolor y/o ardor que es:

1. Intermitente
2. Localizado en el epigastrio
3. De intensidad al menos moderada o grave
4. Mínimo una vez por semana

Y:

1. No es generalizado
2. No está relacionado con la defecación o flatulencia

3. No cumple criterios por trastornos de la vesícula biliar

Síndrome de dolor posprandial

Síntomas de, por lo menos, 3 meses de duración, con inicio de un mínimo de 6 meses antes, con uno o más de los siguientes criterios:

Pesadez posprandial:

1. Aparición que sigue a una comida convencional
2. Al menos varias veces por semana

O:

Saciedad precoz:

1. Que impide terminar una comida
2. Ocurre al menos varias veces por semana

La DF se encuentra frecuentemente solapada con otros diagnósticos digestivos de corte “funcional”, como el síndrome de intestino irritable hasta en el 85% o la ERGE en un 35%. También se ha demostrado *overlap* con otros síndromes dolorosos sin lesión orgánica subyacente como la fibromialgia, síndrome de la articulación témporo-mandibular, síndrome de vejiga dolorosa (cistitis intersticial) y el síndrome de fatiga crónica. De este solapamiento podemos concluir que todas estas patologías presentan una fisiopatología similar que comparte fenómenos comunes como la hipersensibilidad visceral (3,6).

Fisiopatología

La DF es una enfermedad compleja, con mecanismos fisiopatológicos múltiples que incluyen motilidad alterada, hipersensibilidad visceral, factores

alimentarios, genéticos, alérgicos, postinfecciosos, inflamatorios y psicosociales. Hasta la fecha no se ha establecido un factor fisiopatológico universal (1, 3, 18, 19).

Hipersensibilidad visceral

La hipersensibilidad visceral consiste en la percepción aberrante (dolorosa o molesta) de estímulos propioceptivos que en individuos sanos no causarían molestias (alodinia). En la DF, la prueba utilizada habitualmente en investigación es la dilatación con balón intragástrico. En pacientes con DF, la sensación dolorosa se inicia a presiones más bajas que en pacientes sanos y el 35-50% de ellos presenta hipersensibilidad a la distensión fúndica. En diferentes test de ingesta, tanto de sólidos como líquidos, se demuestra que la saciedad se produce con cantidades inferiores en pacientes con DF y se desencadenan síntomas dispépticos sin una clara correlación con alteraciones de la acomodación o del vaciado gástrico.

A nivel central, los estudios con resonancia magnética (RM) funcional y tomografía por emisión de positrones (PET) demuestran una activación de áreas relacionadas con el dolor visceral ante estímulos considerados leves, mediados por el metabolismo cerebral de la serotonina. Además, el grado de actividad serotoninérgica se relaciona con la intensidad de los síntomas digestivos (1, 3, 18).

Alteraciones de la motilidad

Durante la ingesta y al inicio de la digestión, la función motora gástrica tiene dos fases. La primera es la distensión del fundus (acomodación) que permite un aumento del volumen gástrico. Se sigue de la motilidad antral que permite la fragmentación de los alimentos y su propulsión al duodeno (vaciamiento gástrico).

Los trastornos de la acomodación se han detectado hasta en un 40-50% de los pacientes con DF, evidenciándose una buena correlación con las molestias. Esta alteración puede producir una redistribución del alimento hacia el antro, a cuya distensión también se han atribuido síntomas. La alteración del vaciamiento gástrico está presente en un 40% de los pacientes, aunque no se ha demostrado su adecuada correlación con síntomas, existiendo estudios contradictorios sobre vaciamiento rápido detectado en cohortes de pacientes con DF (1, 3, 18).

Infección por helicobacter pylori (HP)

El HP puede causar una alteración en la función del músculo liso del estómago, debido al desarrollo de una inflamación local o por el inicio de una respuesta inducida por anticuerpos. La inflamación podría originar una alteración en el sistema nervioso entérico, reduciendo el umbral de malestar ante la distensión gástrica. No obstante, la relación fisiopatológica entre infección por HP y dispepsia todavía no está claramente establecida (1, 3, 18, 20).

Secreción ácida gástrica

El tratamiento con inhibidor de bomba de protones (IBP) ha demostrado ser una terapia eficaz en la dispepsia no investigada. Paralelamente, la infusión de ácido en el estómago y duodeno de pacientes sanos desencadena síntomas dispépticos como la distensión abdominal, aerofagia, náuseas y sensación de saciedad (1, 3, 18).

Factores genéticos

Trabajos poblacionales apuntan a la presencia de factores genéticos que predisponen a la aparición de DF. El hecho de tener familiares de primer grado

afectos presenta una odds ratio (OR) de 1,8 para DF, en comparación con sus cónyuges. Un factor de confusión a la hora de establecer esta relación es el aprendizaje que se produce a edades tempranas del afrontamiento de los síntomas físicos y de actitudes como la hiperfrecuentación a consultas médicas, obtenido a través de la relación maternal.

Se han descrito mutaciones en el gen *GNB3* (alfa-adrenorreceptor) con un impacto escaso sobre la incidencia de DF (OR: 2-3). En estudios alemanes, el genotipo asociado con DF fue el CC, en Japón el TT y en Estados Unidos el CT, quizás estas diferencias puedan explicar las diversas incidencias, según el área geográfica (1, 3, 18).

Factores ambientales/biográficos

Ciertos eventos biográficos se han asociado a la DF. En pacientes que han sufrido abusos sexuales o físicos durante la infancia se ha observado una mayor hipersensibilidad gástrica. Además, en pacientes que han sufrido abusos en su etapa adulta, la acomodación gástrica podría estar alterada. Uno de los posibles mecanismos fisiológicos de la impronta del sufrimiento se explica mediante el “sistema motor emocional” que indica cómo el estrés agudo y crónico aumenta la expresión de receptores de corticotropina en ciertos centros del sistema nervioso central implicados en la función digestiva, que posteriormente generan respuestas exageradas ante niveles normales de cortisol (1, 3, 18).

Dieta y estilo de vida

La relación entre determinadas ingestas: cafeína, alcohol, especias o excesivas cantidades de comida no ha podido ser establecida de manera convincente como responsable de los síntomas dispépticos, al carecer de estudios doble ciego. En algunos pacientes la toma de ciertos alimentos agrava los síntomas.

Los únicos alimentos que han demostrado desencadenar o empeorar síntomas de DF son los ricos en grasas. Los estudios de infusión de lípidos en duodeno apoyan esta idea, ya que consiguen reproducir los síntomas. También la ingesta de grandes cantidades de alimento ha confirmado su impacto.

En cuanto al estilo de vida, los horarios irregulares, el trabajo a turnos, el estatus social bajo, el tabaquismo, vivir en un medio insalubre y presentar enfermedades crónicas se han asociado a una mayor prevalencia de DF (1, 3, 18).

Dispepsia funcional posinfecciosa

La infección por *Salmonella* aumenta el riesgo de aparición de DF, especialmente en pacientes que presentaron dolor abdominal intenso y vómitos. Los síntomas dispépticos pueden tener una duración de más de 1 año y ocurren en uno de cada siete pacientes que sufrieron la infección, con una OR de 5,2. La infección gastrointestinal puede alterar el microbioma (definido como el conjunto de los microorganismos y su relación con el medio en el que habitan), induciendo una inflamación crónica del tracto digestivo superior, habiéndose correlacionado el aumento de los linfocitos activados circulantes con la magnitud de los síntomas dispépticos (1, 3, 18).

Factores psicosociales

La ansiedad es el factor psicológico más fuertemente asociado con DF, junto con la presencia de depresión. El perfil psicológico comparte muchas características con los trastornos de pánico y alteraciones somatomorfas. El perfeccionismo es un rasgo de personalidad frecuente en pacientes con DF que además se ha asociado a defectos en la acomodación gástrica. La tendencia a la sobredemanda de atención médica y el sexo femenino son más prevalentes en pacientes con DF. Estos rasgos pueden explicar la alta respuesta a placebo (hasta un 30-40%) y a técnicas de hipnosis y el procesado alterado de la propiocepción a nivel central (1, 3, 18).

Factores hormonales

La mayor prevalencia de síndromes funcionales digestivos en mujeres sugiere una influencia de la función hormonal sobre el aparato digestivo (especialmente de los estrógenos). Otras hormonas implicadas en la motilidad intestinal y en la digestión, como la ghrelina, podrían tener un papel en la fisiología de la DF (1, 3, 18).

1.2.2. Ansiedad

La ansiedad es una emoción normal y compleja que consiste en un sistema de alarma que prepara al organismo para la acción. Sus manifestaciones incluyen un cortejo motor, como por ejemplo la inquietud, un cortejo somático, generalmente en forma de exaltación vegetativa y un cortejo psíquico en forma de sensación de tensión, temor o aprensión. La ansiedad anormal o patológica es la que aparece de

forma inopinada, espontánea o de forma desproporcionada (ya sea por intensidad o duración) ante algún estímulo (21, 22).

La ansiedad es una emoción normal y banal, que puede volverse patológica en dos contextos diferentes:

- En tanto que síntoma, en casi todas las afecciones psiquiátricas
- En tanto que diagnóstico específico, en los llamados «trastornos de ansiedad».

Se trata de los trastornos psíquicos más corrientes en la población general. Pueden afectar a personas de cualquier edad, aunque con más predilección por los adultos jóvenes. Su gravedad es muy variable: va desde formas relativamente leves y poco molestas hasta formas muy graves e invalidantes.

Además del malestar psicológico y funcional que producen los trastornos de ansiedad, representan factores de riesgo para otras afecciones psiquiátricas (en particular, depresiones y adicciones) y somáticas (enfermedades cardiovasculares). Además, inducen un consumo elevado de atención médica y medicamentos. Todas estas razones justifican una identificación atenta y tratamientos adecuados (23).

1.2.2.1. Trastornos de ansiedad

“Trastorno” en psiquiatría viene a ser sinónimo de enfermedad, aunque se prefiere utilizar este término para definir una serie de entidades nosológicas que según el sistema de clasificación DSM tiene en común “un patrón comportamental o psicológico de significación clínica que, cualquiera que sea la causa, es una manifestación individual de una disfunción psicológica o biológica”.

Al igual que en la depresión, es frecuente que en la consulta de atención primaria de salud estos trastornos tarden en ser diagnosticados o incluso no lleguen a serlo nunca. Este es sobre todo el caso del trastorno de pánico, o el trastorno de ansiedad generalizada, en donde es frecuente que no se diagnostique y que el paciente tome, de forma inadecuada, ansiolíticos durante años o décadas. Sin embargo, la ansiedad presente en estos trastornos es solo una mínima parte de la ansiedad a la que el médico de familia suele enfrentarse en el día a día. El escenario habitual donde desarrolla su trabajo suele ser turbulento y es frecuente que de entrada no exista tiempo ni condiciones para hacer un adecuado diagnóstico etiológico de la ansiedad que permita dilucidar si es un síntoma más de algún acontecimiento vital, de un trastorno de ansiedad (TAG, TP, etc.), de algún otro proceso físico o mental (dolor agudo o crónico, hipertiroidismo, psicosis, depresión, demencia...), o secundaria al consumo de tóxicos (24).

Son síndromes duraderos que asocian emociones, pensamientos y conductas patológicas en torno a una agitación excesiva. El tipo de trastorno de ansiedad se define sobre todo por el objeto del miedo y por las conductas que de él derivan. Varios tipos de situaciones tienen que alertar al médico en cuanto a la posible presencia de un trastorno de ansiedad, entre los cuales se encuentran:

- Quejas somáticas múltiples y/o recurrentes, que no se explican totalmente por una enfermedad orgánica; subyacentes a ellas, a menudo se encuentran el trastorno de pánico (si los síntomas aparecen de manera paroxística) y el trastorno de ansiedad generalizada (síntomas presentes de manera continua).

- Solicitudes repetidas de exploraciones que no tranquilizan al paciente cuando los resultados son normales.
- Peticiones repetidas de tratamientos o de prescripciones que no son indispensables y que el médico no logra modificar.
- Reacciones excesivas a acontecimientos de la vida.
- Otros trastornos psicológicos que no mejoran a pesar de los tratamientos bien seguidos (síndromes depresivos, absorción de alcohol) y que pueden ser secundarios, por ejemplo, a un trastorno fóbico o a un trastorno de pánico.
- Comportamientos que las personas cercanas o el paciente describen como anómalos y molestos, sin que sean necesariamente explicados por la ansiedad (la evitación de ciertos lugares debido a una fobia, de ciertas actividades debido a un TOC, etc.) (23).

1.2.2.2. Clasificación

La definición y la clasificación de los trastornos de ansiedad (TA) son probablemente, de entre todos los trastornos mentales, los que más se han visto afectados por los cambios en los criterios diagnósticos. Los progresivos hallazgos neurobiológicos en el origen de estos trastornos frente a la supuesta etiología más puramente psicodinámica han permitido la definición de criterios diagnósticos cada vez más objetivos y válidos.

Los trastornos obsesivos compulsivos no se incluyen en este estudio, ya que, siguiendo el criterio del DSM5, formarían un grupo aparte de los trastornos de ansiedad. Sin embargo, hemos incluido los trastornos por trauma y estrés, pues,

aunque también forman un grupo aparte en el DSM5, la ansiedad suele ser un síntoma frecuente, aunque no es el que los caracteriza. (21, 24)

- TA por separación
- Mutismo selectivo
- Fobia específica
- TA Social
- Trastorno de Angustia
- Agorafobia
- TA generalizada
- TA inducido por sustancias/medicación
- TA debido a otra enfermedad médica
- Otros TA especificados
- TA no especificado

Otros trastornos con ansiedad asociada:

- Trastorno de estrés postraumático
- Trastorno de adaptación y estrés agudo

1.2.3. Depresión

La depresión se define como un trastorno del estado de ánimo; se acompaña de la disminución de la actividad intelectual, física, social y ocupacional; se distingue por la pérdida de interés en casi todas las actividades que venía realizando el individuo, con sentimientos caracterizados por profunda tristeza, reducción de

autoestima, necesidad de castigo, pérdida de interés por la vida e indiferencia a los requerimientos externos (25).

El paciente con depresión no tiene historia previa de manía o de hipomanía, dicho antecedente la convierte en trastorno bipolar (26).

1.2.3.1. Depresión en estudiantes universitarios

Se sabe que los estudiantes de medicina tienen con mayor frecuencia síntomas depresivos en comparación con la población general, siendo estos síntomas más comunes en las mujeres que en los hombres (16.1 vs 8.1%). La prevalencia de depresión que ha sido reportada entre los estudiantes de medicina va desde un 2 hasta un 35% y se piensa que los factores estresantes que acompañan a la carrera de medicina, como la falta de sueño, pacientes difíciles o cargas importantes de trabajo, son un factor de riesgo para sufrir depresión o ansiedad. Los estudiantes de medicina muestran síntomas similares a los de la población general en el momento de iniciar sus estudios de medicina; sin embargo, el estrés percibido durante la carrera conlleva un malestar emocional crónico o sostenido, no puramente episódico (27).

Yeh et al. (2007) analizaron las correlaciones entre los logros académicos y los niveles de ansiedad y depresión en estudiantes de Medicina de la Universidad de Kaohsiung, Taiwan (que recientemente había realizado un cambio en su programa de estudios). Los resultados reportaron que no hubo correlación significativa entre los logros académicos y la ansiedad o la depresión en general; sin embargo al dividir a los estudiantes en grupos por puntajes, de acuerdo a la intensidad de la depresión,

aquéllos que tenían uno mayor tenían bajo rendimiento académico en los primeros meses de la carrera (28).

1.2.3.2. Clasificación

Las clasificaciones actuales dividen las depresiones de acuerdo con su patrón de presentación (episodio único o recurrente, y trastorno persistente). Posteriormente las subdividen o califican de acuerdo con la intensidad en leves, moderadas y severas (con o sin síntomas psicóticos)

Las depresiones según Robins, se dividen en dos grandes grupos: “primarias”, en las cuales la única enfermedad presente o pasada es un trastorno afectivo, y “secundarias”, en las cuales el paciente sufre otra enfermedad mental (por ejemplo esquizofrenia, alcoholismo) o un trastorno orgánico que explica la depresión (por ejemplo hipotiroidismo, cáncer del páncreas) (29).

1.2.3.3. Etiología

No existe una causa única conocida de la depresión. Más bien, esta parece ser el resultado de una combinación de factores genéticos, bioquímicos, y psicológicos.

Investigaciones indican que las enfermedades depresivas son trastornos del cerebro. Las tecnologías para obtener imágenes del cerebro, tales como las imágenes por resonancia magnética, han demostrado que el cerebro de las personas con depresión luce diferente del de quienes no la padecen. Las áreas del cerebro responsables de la regulación del ánimo, pensamiento, apetito, y comportamiento parecen no funcionar con normalidad. Además, hay importantes neurotransmisores, sustancias químicas que las células del cerebro utilizan para comunicarse, que

parecen no estar en equilibrio. Pero estas imágenes no revelan las causas de la depresión (30).

Algunos tipos de depresión tienden a transmitirse de generación en generación, lo que sugiere una relación genética. Sin embargo, la depresión también puede presentarse en personas sin antecedentes familiares de depresión (31).

Además, los traumas, la pérdida de un ser querido, una relación dificultosa, o cualquier situación estresante puede provocar un episodio de depresión. Episodios de depresión subsiguientes pueden ocurrir con o sin una provocación evidente (30).

Genes de la depresión

La investigación genética indica que el riesgo de desarrollar depresión es consecuencia de la influencia de múltiples genes que actúan junto con factores ambientales u otros (32).

En un estudio publicado en la revista *American Journal of Medical Genetics*, el Dr. George S. Zubenko y sus colaboradores encontraron evidencias sobre las diferencias genéticas entre los varones y las mujeres que presentaban depresión. En este estudio se compararon los marcadores genéticos de 100 varones y mujeres con depresión mayor recurrente, así como de 100 personas sin historia patológica psiquiátrica. Fuera de las regiones del cromosoma 19, que se asocia a la depresión mayor, se detectaron 16 genes, que están estrechamente relacionados con la depresión, tanto en varones como en mujeres, pero no en ambos géneros. Son lo que se denomina genes específicos de géneros. Estos factores genéticos pueden contribuir a las diferencias en los síntomas clínicos de la depresión en varones y mujeres, las

distintas respuestas al tratamiento y el desarrollo de otros trastornos psiquiátricos, como la ansiedad (32).

1.2.3.4. Fisiopatología

La unión de la serotonina a los receptores 5HT, influyen en la fisiopatología de la depresión, este proceso disminuye con el envejecimiento, tiene un efecto sistémico y los ancianos tienen mayor susceptibilidad puesto que ocasiona alteraciones neurológicas, hormonales e inmunológicas de esta manera favorece el aumento del tono simpático, disminución del tono vagal y de las aminas cerebrales, la hipersecreción de hormona liberadora de corticotropina y la no supresión del cortisol se encuentra en el adulto mayor deprimido. Otras causas que disminuyen los neurotransmisores son las infecciones subclínicas o la reactivación de virus latentes en el cerebro (33)

1.2.3.5. Presentación clínica

Los pacientes deprimidos pueden dividirse en tres grupos de acuerdo con la sintomatología que los lleva a consultar.

El primero está constituido por los pacientes que manifiestan predominantemente síntomas depresivos (tristeza, sentimientos de culpa, ideación suicida, etc.). Estos son diagnosticados con más facilidad tanto por el psiquiatra como por el médico general.

El segundo grupo consulta por síntomas generales u orgánicos (insomnio, anorexia, cansancio, cefalea, vértigo). Con frecuencia estos pacientes son sometidos a múltiples e infructuosos exámenes clínicos y a tratamientos inefectivos.

El tercero se manifiesta por otros síntomas psiquiátricos dentro de los cuales predomina la ansiedad, que también es a menudo mal diagnosticada y tratada.

En un estudio realizado por Ayuso se pueden apreciar las proporciones de estos diferentes grupos de pacientes referidos por el médico general a la consulta psiquiátrica ambulatoria de la seguridad social en España. Solamente el 24% consultan por síntomas depresivos, el 63% por síntomas generales y orgánicos y finalmente el 13% por ansiedad. (26)

Criterios diagnósticos de trastorno de depresión mayor. (34)

A. Cinco (o más) de los síntomas siguientes han estado presentes durante el mismo periodo de dos semanas y representan un cambio del funcionamiento previo; al menos uno de los síntomas es estado de ánimo deprimido o pérdida de interés o de placer.

Nota: No incluir síntomas que se pueden atribuir claramente a otra afección médica.

1. Estado de ánimo deprimido la mayor parte del día, casi todos los días, según se desprende de la información subjetiva (p. ej. se siente triste, vacío, sin esperanza) o de la observación por parte de otras personas (p. ej. se le ve lloroso). (Nota: En niños y adolescentes, el estado de ánimo puede ser irritable).
2. Disminución importante del interés o el placer por todas o casi todas las actividades la mayor parte del día, casi todos los días (como se desprende de la información subjetiva o de la observación).
3. Pérdida importante de peso sin hacer dieta o aumento de peso (p. ej. modificación de más de un 5% del peso corporal en un mes) o disminución o aumento del

apetito casi todos los días. (Nota: En los niños, considerar el fracaso para el aumento de peso esperado).

4. Insomnio o hipersomnia casi todos los días.
5. Agitación o retraso psicomotor casi todos los días (observable por parte de otros, no simplemente la sensación subjetiva de inquietud o de enlentecimiento).
6. Fatiga o pérdida de energía casi todos los días.
7. Sentimiento de inutilidad o culpabilidad excesiva o inapropiada (que puede ser delirante) casi todos los días (no simplemente el autorreproche o culpa por estar enfermo).
8. Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, o para tomar decisiones, casi todos los días (a partir de la información subjetiva o de la observación por parte de otras personas).
9. Pensamientos de muerte recurrentes (no solo miedo a morir), ideas suicidas recurrentes sin un plan determinado, intento de suicidio o un plan específico para llevarlo a cabo.

B. Los síntomas causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.

C. El episodio no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia o de otra afección médica.

Nota: Los Criterios A-C constituyen un episodio de depresión mayor.

Nota: Las respuestas a una pérdida significativa (p. ej., duelo, ruina económica, pérdidas debidas a una catástrofe natural, una enfermedad o discapacidad grave)

pueden incluir el sentimiento de tristeza intensa, rumiación acerca de la pérdida, insomnio, pérdida del apetito y pérdida de peso que figuran en el Criterio A, y pueden simular un episodio depresivo. Aunque estos síntomas pueden ser comprensibles o considerarse apropiados a la pérdida, también se debería pensar atentamente en la presencia de un episodio de depresión mayor además de la respuesta normal a una pérdida significativa. Esta decisión requiere inevitablemente el criterio clínico basado en la historia del individuo y en las normas culturales para la expresión del malestar en el contexto de la pérdida.

D. El episodio de depresión mayor no se explica mejor por un trastorno esquizoafectivo, esquizofrenia, un trastorno esquizofreniforme, un trastorno delirante, u otro trastorno especificado o no especificado del espectro de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos.

E. Nunca ha habido un episodio maniaco o hipomaniaco.

Nota: Esta exclusión no se aplica si todos los episodios de tipo maniaco o hipomaniaco son inducidos por sustancias o se pueden atribuir a los efectos fisiológicos de otra afección médica.

1.2.4. Hábitos alimenticios

Se pueden definir como los hábitos adquiridos a lo largo de la vida que influyen en nuestra alimentación. Llevar una dieta equilibrada, variada y suficiente acompañada de la práctica de ejercicio físico es la fórmula perfecta para estar sanos. Una dieta variada debe incluir alimentos de todos los grupos y en cantidades suficientes para cubrir nuestras necesidades energéticas y nutritivas. (35)

La alimentación es uno de los principales factores exógenos que influyen sobre el crecimiento y el desarrollo. Una alimentación saludable puede contribuir a disminuir la frecuencia de enfermedades crónicas evitables e, incluso, a mejorar la calidad de vida de las personas al llegar a la edad avanzada. Se han destacado los aspectos negativos como factores de riesgo, pero en otros muchos casos también se ha puesto de manifiesto el papel protector que desempeñan algunos elementos de la dieta. Hoy día sabemos que algunos factores de riesgo se establecen desde etapas muy tempranas de la vida y que los hábitos de vida y consumo alimentario se desarrollan desde la infancia y comienzan a afianzarse en la adolescencia y la juventud. (36, 37)

1.2.4.1. Frecuencia de las comidas

La comida que comemos a lo largo del día debe estar distribuida en cinco tomas: (38)

Desayuno: El desayuno es muy importante, ya que nos proporciona la energía que necesitamos para realizar nuestras actividades a lo largo de la mañana y el resto del día. Entre sus beneficios están: asegura la ingesta adecuada de nutrientes; ayuda regular el peso ya que evita el picoteo a lo largo de la mañana; mejora el rendimiento físico y mental. Un buen desayuno debería incluir: leche o yogur, cereales, tostadas o galletas y fruta o zumo.

Media mañana: A media mañana se recomienda una merienda, para coger fuerzas hasta la comida. Cómete un bocadillo, una fruta o un yogur.

Comida: La comida es la segunda toma más importante, generalmente consta de un primer plato de pasta, arroz o verduras; un segundo que puede ser carne, pescado o huevo y el postre a elegir entre fruta o yogur. La comida siempre la podemos acompañar con pan.

Merienda: Por la tarde, no te olvides de la merienda: bocata, zumo, batido, galletas o fruta.

Cena: Por la noche no te acuestes sin cenar. La cena es parecida a la comida, pero un poco más ligera. Aprovecha y elige pescado, pollo o tortilla. Si tienes hambre antes de dormir, tómate un vaso de leche.

Los buenos hábitos alimentarios incluyen: comer una variedad de alimentos, comer en cantidades moderadas, y consumir grasas, sal y azúcares sólo en muy poca cantidad. Nuestro cuerpo necesita 40 o más nutrientes para estar saludable y funcionar adecuadamente. Los nutrientes son vitaminas, minerales, proteínas, carbohidratos y grasas; los cuales se encuentran en una variedad de alimentos. Algunos alimentos son ricos en algunos de los nutrientes. Pero no hay un sólo alimento que tenga todos los nutrientes que necesitamos. (39)

1.2.4.2. Factores que intervienen en los hábitos alimentarios

Éstos son los factores principales: (40)

Disponibilidad de alimentos. Es un factor cada vez menos importante en el mundo globalizado, donde la oferta de alimentos es muy amplia.

Factor económico. Las clases sociales con ingresos económicos bajos no utilizan ciertos alimentos de precio elevado, y sí otros que se encuentran más a su alcance.

Factores socioculturales. Son muy importantes, y se encuentran muy arraigados en la mentalidad de cada individuo. Destacamos esquemáticamente algunos ejemplos: Existen alimentos de jóvenes (pizzas), de adultos (potajes), de ancianos (sopas), de niños (leche con cereales), de varones (pan con chorizo) y de mujeres (chocolate a la taza). Asimismo, hay alimentos de diario (sopa de fideos), de festivo (paella), platos de comida familiar (verdura con patatas) o para invitados (cóctel de gambas). Algunos pueden haberse convertido en tópicos. Los motivos religiosos pueden prohibir algunos alimentos (carne de cerdo). Ciertos tabúes desaconsejan el consumo de ciertos alimentos a las embarazadas. Y un largo etcétera.

Factores familiares. Los hábitos familiares, además de todos los factores anteriores, están influidos por la tradición de lo que comían los padres y los abuelos. Conviene recordar que algunos platos tradicionales que se han popularizado en restaurantes y en casa fueron en su tiempo el recurso de que se valieron muchas familias para sobrevivir en épocas de escasez, aprovechando al máximo lo poco de que disponían.

Factores contraculturales. Algunos grupos, sean de adolescentes o de adultos, adoptan patrones de alimentación que podrían denominarse contraculturales, por ir en desacuerdo con lo comúnmente aceptado. En general, evitan algunos alimentos (p. ej., carnes y cereales refinados) y aceptan otros como los cereales de grano entero o la leche de soja, aunque existen diversas tendencias con costumbres alimentarias muy distintas y contrapuestas.

Factores ligados a la prevención o curación de enfermedades. Existe un relativamente elevado porcentaje de la población que sigue algún tipo de dieta

terapéutica. Sea por causa de una obesidad, hipertensión arterial, dispepsia biliar, diabetes, etc., esta población ha debido modificar su patrón de alimentación, excluyendo ciertos alimentos y aumentando otros.

Factores ligados a la vida moderna. La cocina tradicional, familiar, no es ya la más habitual hoy en día. El estrés de la llamada vida moderna, el trabajo de la mujer fuera del hogar, los distintos horarios de los miembros de la familia, etc., han condicionado que se consuman platos precocinados y que se efectúen varias comidas fuera del hogar (comedor de empresa, restaurante), donde puede ser difícil comer verduras, frutas, carnes a la plancha, y es, en cambio, habitual un exceso lipídico. Tomar un bocadillo a mediodía no es inusual, como tampoco lo es cenar a base de pan con embutidos y quesos.

Cambiar el patrón alimentario no es fácil, pero es necesario para seguir correctamente una dieta terapéutica o para corregir una alimentación habitualmente desequilibrada. Por todos los factores que se han descrito, se trata de un patrón de comportamiento que, de forma consciente o no, se encuentra firmemente arraigado y es difícil de cambiar. Ello explica, en gran parte, la dificultad que entraña la aceptación de una nueva manera de comer.

Los estudiantes universitarios normalmente forman parte del grupo de jóvenes cuya edad está comprendida entre los 18 y los 24 años y se diferencian de los adultos en que el pico de masa ósea todavía no se ha alcanzado (se llega después de los 25 años). En muchos casos, la nueva situación de convivencia, el comportamiento alimentario de los compañeros de piso o de residencia, el consumo de alcohol, los

apuros económicos y la mayor o menor habilidad para cocinar hacen que cambien sus hábitos de alimentación. Por tanto, se trata de un periodo crítico para el desarrollo de estilos de vida que tienen mucha importancia en su futura salud. (37)

CAPÍTULO II

MARCO METODOLÓGICO

2.1. Aspectos básicos del problema

2.1.1. Justificación

La dispepsia funcional es un proceso crónico, benigno y puede interferir notablemente en la vida diaria del paciente. Viene hacer un problema de alta prevalencia a nivel mundial. En el Perú ocupa aproximadamente entre el 20-40% de las consultas especializadas. Debido al impacto que tiene esta entidad, especialmente en personas jóvenes y ya que los factores asociados aún no están claramente definidos, siendo a algunos de ellos problemas en los hábitos alimenticios y trastornos psicosociales. La investigación nos permitió conocer la asociación del nivel de ansiedad, depresión y hábitos alimenticios a la dispepsia funcional, en una población con exigencia académica, con diversas fuentes de trastornos psicológicos y con alimentación irregular como lo son los estudiantes de la escuela profesional de Medicina Humana, los cuales fueron los principales beneficiarios del estudio y servirán como base para futuros estudios en nuestra región.

2.1.2. Formulación del problema

¿Existe asociación entre ansiedad, depresión y hábitos alimenticios con la dispepsia funcional en los estudiantes del primero al sexto año de la Escuela Profesional Medicina Humana de la Universidad Nacional Hermilio Valdizán – Huánuco 2017?

2.1.3. Objetivos

Objetivo General

Determinar la asociación entre ansiedad, depresión y hábitos alimenticios con la dispepsia funcional en los estudiantes del primero a sexto año de la EP. Medicina Humana de la UNHEVAL – Huánuco 2017.

Objetivos Específicos

1. Evaluar la asociación entre la ansiedad con la dispepsia funcional en los estudiantes del primero a sexto año de la EP. Medicina Humana de la UNHEVAL – Huánuco 2017.
2. Evaluar la asociación entre la depresión con la dispepsia funcional en los estudiantes del primero a sexto año de la EP. Medicina Humana de la UNHEVAL – Huánuco 2017.
3. Determinar la asociación entre los hábitos alimenticios con la dispepsia funcional en los estudiantes del primero a sexto año de la EP. Medicina Humana de la UNHEVAL – Huánuco 2017.

2.2. Aspectos operacionales

2.2.1. Hipótesis

Hipótesis General

Hi: La ansiedad, depresión y los hábitos alimenticios están asociados a la dispepsia funcional en los estudiantes del primero a sexto año de la EP. Medicina Humana de la UNHEVAL – Huánuco 2017.

Ho: La ansiedad, depresión y los hábitos alimenticios no están asociados a la dispepsia funcional en los estudiantes del primero a sexto año de la EP. Medicina Humana de la UNHEVAL – Huánuco 2017.

Hipótesis Específicas

1. La ansiedad está asociada a la dispepsia funcional en los estudiantes del primero a sexto año de la EP. Medicina Humana de la UNHEVAL – Huánuco 2017.
2. La depresión está asociada a la dispepsia funcional en los estudiantes del primero a sexto año de la EP. Medicina Humana de la UNHEVAL – Huánuco 2017.
3. Los hábitos alimenticios están asociados a la dispepsia funcional en los estudiantes del primero a sexto año de la EP. Medicina Humana de la UNHEVAL – Huánuco 2017.

2.2.2. Variables

Variable dependiente

- Dispepsia funcional

Variables independientes

- Ansiedad
- Depresión
- Hábitos alimenticios

Variables intervinientes

- Edad
- Genero
- Estado civil

- Convivencia
- Situación económica
- Año de estudio
- Número de créditos del semestre académico

Ver operacionalización de variables en el ANEXO N°1 y matriz de consistencia en el ANEXO N°2.

2.2.3. Ámbito de estudio

El estudio se desarrolló en la Universidad Nacional Hermilio Valdizán, en la Escuela Profesional de Medicina Humana, el cual se encuentra ubicado en el distrito de Pillco Marca, Av. Universitaria 601-607- Cayhuayna, Provincia de Huánuco, Departamento de Huánuco.

2.2.4. Población y muestra

Población diana

El estudio se llevó a cabo en toda la población de estudiantes, para evitar el sesgo de muestreo. La población estuvo constituida por 402 estudiantes del 1er al 6to año de la EP. Medicina Humana de la UNHEVAL – Huánuco 2017.

Población elegible.

Estudiantes del 1er al 6to año de la EP. Medicina Humana de la UNHEVAL – Huánuco 2017 que cumplieron con los criterios de inclusión y exclusión.

Criterios de inclusión

- Estudiantes matriculados regulares e irregulares que llevaron asignaturas en el año académico 2017 de la EP. Medicina Humana de la UNHEVAL.

- Estudiantes del primer al sexto año que aceptaron participar voluntariamente por medio del consentimiento informado.

Criterios de exclusión

- Estudiantes con diagnóstico de alguna patología gastrointestinal.
- Cuestionarios que no fueron correctamente rellenos.

Muestra

El cuestionario fue resuelto por 300 estudiantes de la escuela profesional de Medicina Humana, la muestra se determinó de manera no probabilística, usando los criterios de inclusión y exclusión por lo que la muestra fue conformada por 223 estudiantes.

Unidad de análisis

Estudiante de la EP. Medicina Humana de la UNHEVAL – Huánuco 2017.

2.2.5. Tipo de investigación

Básica: Nuestro estudio tuvo el propósito de enriquecer el conocimiento humano. Explicando la asociación entre la ansiedad, depresión y hábitos alimenticios con la dispepsia funcional en estudiantes de medicina, el cual permitió dar a conocer si estos factores contribuyen al desarrollo de esta enfermedad que causa una gran repercusión en la calidad de vida, disminuyendo el rendimiento académico y originando una carga económica si no es manejado correcta y oportunamente.

2.2.6. Diseño de investigación

La investigación fue de tipo analítico, observacional y transversal.

- Según la comparación de las poblaciones: Analítico. Cuya finalidad fue de buscar la asociación entre la variable dependiente e independiente.
- Según la interferencia del investigador: Observacional. Debido a que no hubo manipulación de las variables independientes.
- Según la evolución del fenómeno estudiado: Transversal. Ya que la recolección de datos fue en un determinado momento.

A través de este diseño se determinó la asociación entre las variables independientes y la variable dependiente.

2.2.7. Técnicas e instrumentos de investigación

La técnica que se utilizó fue la encuesta y el instrumento fue un formulario tipo cuestionario. El cuestionario constó de 73 preguntas aplicado como encuesta a los sujetos de nuestra población. El cuestionario ha sido desarrollado con fines estrictamente investigativos, utilizando un consentimiento informado para su desarrollo, cuyos resultados nos dieron información importante sobre los eventos asociados a la dispepsia funcional en estudiantes de medicina humana ver ANEXO N°3 y N°4. Las mismas que se dividen en:

- a) **Datos generales:** constó de 8 preguntas.
- b) **Cuestionario diagnóstico de la dispepsia funcional de ROMA III:** Instrumento que constó de 18 preguntas basadas en los criterios diagnósticos de ROMA III para el diagnóstico de dispepsia funcional, cuyo resultado permitió determinar la presencia o ausencia de la entidad (41,42). Para definir la presencia de la DF cumplieron con los siguientes:

Criterios diagnósticos * Deben incluir:

1. Uno o más de:

A) Plenitud postprandial

• Incómodamente lleno (saciado) después de una comida de tamaño normal, más de un día a la semana. (Pregunta 3 > 4)

• Inicio desde hace más de 6 meses. Sí. (Pregunta 4 = 1)

B) Saciedad temprana

• No puede terminar una comida de tamaño habitual, más de un día a la semana (Pregunta 5 > 4)

• Inicio desde hace más de 6 meses. Sí. (Pregunta 6 = 1)

C) Dolor epigástrico

• Dolor o ardor en el medio de su abdomen, al menos 1 día a la semana (Pregunta 7 > 3)

• Inicio desde hace más de 6 meses. Sí. (Pregunta 8 = 1)

D) Quemazón epigástrico

(Este criterio se incorpora en la misma cuestión que el dolor epigástrico)

1. Sin evidencia de enfermedad estructural (incluyendo endoscopia alta) que explique los síntomas.

Ninguna pregunta

* Criterios cumplidos en los últimos 3 meses con síntomas iniciando al menos 6 meses antes del diagnóstico. Sí. (Pregunta 8 = 1)

c) **Escala de Autoevaluación de Ansiedad de Zung (EAA):** esta escala es un instrumento que constó de 20 preguntas que cuantifica síntomas ansiosos; 15 somáticos y 5 cognoscitivos - afectivos durante los últimos treinta días. Quince preguntas estuvieron fraseadas de manera que si el sujeto elige las opciones que denotan mayor frecuencia, el puntaje de ansiedad será mayor, mientras que cinco de las preguntas, tienen una direccionalidad opuesta. A cada pregunta se da una puntuación de uno a cuatro. En consecuencia, el puntaje total puede oscilar entre 20 y 80 puntos.

Para obtener la medida de la EAA se hace en base a la calificación que seguidamente presentamos en la tabla 1 (ANEXO N°5). Posteriormente, se anota el valor individual de cada respuesta en el margen derecho de la tabla. Se suman dichos valores para obtener un total, el cual es convertido en un “índice de ansiedad” en base a la siguiente ecuación:

$$\text{Índice de ansiedad} = \frac{\text{Total}}{\text{Promedio máximo de 80}} \times 100$$

La escala es estructurada en tal forma que un índice bajo indica la inexistencia de ansiedad y un índice elevado, ansiedad clínicamente significativa. El índice de la Escala orienta sobre “cuál es el grado de ansiedad de la persona”, en términos de una definición operacional, expresada en porcentajes. En la tabla 2 (ANEXO N°6) se pueden apreciar los índices obtenidos según niveles. Mediante la combinación de los resultados obtenidos en numerosos estudios, el índice de la EAA ha sido interpretado como menos de 50: Dentro de límites normales, no hay ansiedad presente. 50 – 59: Presencia de ansiedad leve a moderada. 60 – 74:

Presencia de ansiedad moderada a severa. 75 a más: Presencia de ansiedad muy severa. Como se observa en la tabla 3 (ANEXO N°7) (28, 29)

- d) **Cuestionario de depresión de Beck:** Es un autoinforme de 21 ítems, referidos a síntomas depresivos en la semana previa a la aplicación, con cuatro opciones de respuesta con puntaje de 0 - 3. La calificación de severidad de síntomas van de 0 a 63. La puntuación de 1 - 10 es considerado normal; puntuación de 11 - 16, leve perturbación del estado de ánimo; puntuación de 17 - 20, estados de depresión intermitente; 21 - 30, depresión moderada; 31 - 40, depresión grave y una puntuación mayor de 40, depresión extrema. (43)
- e) **Cuestionario de hábitos alimenticios:** constó de un total de 6 ítems, en el cual se consideraron los caracteres físicos de la alimentación. Los tres primeros ítems exploraban la omisión de los principales tiempos de comida durante el día (desayuno, almuerzo y cena), cuya veracidad de las respuestas fue evaluada por dos preguntas para verificar la concordancia, además del volumen de ingesta, velocidad de alimentación y temperatura de los alimentos. (39)

2.2.8. Procedimiento

Para la recolección de datos se realizó la coordinación con el Decano de la EP. Medicina Humana mediante oficios, a fin de que se otorgue la autorización y permiso para desarrollar el estudio de investigación.

Una vez obtenida la autorización se inició la recolección de información previo consentimiento informado, que estuvo a cargo de 4 investigadores capacitados, los cuales resolvieron dudas o algún problema en el momento de

recolección. La aplicación del instrumento tuvo una duración de 20-30 minutos aproximadamente.

2.2.9. Análisis e interpretación de datos

Una vez recolectado los datos, se procedió a revisar cada uno de los cuestionarios minuciosamente, verificando que todas las preguntas hayan sido contestadas correctamente.

Para el procesamiento de los datos se empleó el software estadístico SPSS versión 23, apoyado con el programa Microsoft Excel 2013, y EpiDAT versión 3.1, obteniendo estadísticos fiables. Se tomó en cuenta un valor de $p < 0,05$ con significancia estadística y un intervalo de confianza del 95%. Se calculó las medidas de tendencia central y medidas de asociación, como lo indica el ANEXO N°8. El análisis e interpretación fueron de los resultados que están presentados en las tablas 4, 5, 6, 7 (ver ANEXO N° 9, 10, 11, 12).

2.2.10. Validez y confiabilidad del instrumento

Se determinó la validez del instrumento, de la siguiente manera fue sometido a validez de contenido y constructo mediante el juicio de expertos (4 profesionales: 2 Gastroenterólogos y 2 Médicos internistas) cuyo puntaje final fue de 85.8.

Número	Institución donde labora	Especialidad	Expertos en el estudio	Puntaje
01	Hospital EsSalud II-Huánuco	Gastroenterólogo	Dr. Luis A. Huaman Gonzales	90
02	Hospital EsSalud II-Huánuco	Gastroenterólogo	Dr. Jorge Figueroa Apéstegui	85
03	Hospital EsSalud II-Huánuco	Medicina Interna	Dr. German Guisasola Lobon	86
04	Hospital EsSalud II-Huánuco	Medicina Interna	Dr. Abel J. Ponce Hurtado	82.5
TOTAL PROMEDIO				85.8

CAPÍTULO III

PRESENTACIÓN DE RESULTADOS

El cuestionario fue resuelto por 300 estudiantes de la Escuela Profesional de Medicina Humana, de los cuales 223 fueron seleccionados mediante criterios de inclusión y exclusión. Entre las características sociodemográficas y económicas se evidenció que la media de las edades fue 23 años de edad, con una desviación estándar de 4,2 años de edad; el género más prevalente fue femenino con un 52,0%; el estado civil soltero/a presentó un 97,3%; el 65,9% viven con padres y/o hermanos; el 78,9% recibieron apoyo económico de sus padres; tal como lo muestra la Tabla N° 4 (ANEXO N°9). En las características académicas, el 30,9% de la muestra de estudio fueron de segundo año y el 50,2% llevaron menor o igual a 20 créditos académicos, como se muestra la Tabla N° 5 (ANEXO N° 10).

En el estudio, se observó que la presencia de dispepsia funcional fue en 39 estudiantes (17,4%), mientras que la ausencia de la DF fue en 184 estudiantes (82,5%); dentro del análisis inferencial entre características sociodemográficas, económicas y académica con la DF el género con más probabilidad que desarrolló DF es femenino con un 87,2% ($p=0,000$), así mismo se observó que el 100% de solteros presentaron DF ($p=0,253$); el 84,6% de los estudiantes con DF viven con padres y/o hermanos ($p=0,034$) mientras los que viven solos en un 10,3%; los que tuvieron DF recibieron dinero de padres en un 92,3% ($p=0,05$), todo lo contrario de los que trabajan y estudian el 7,7%; dentro de los que tuvieron DF la edad más prevalente es de 21 a 25 años de edad con un 53,8% ($p=0,089$); del total de

estudiantes con DF se observó que en el segundo año de estudio hay más casos de DF con un 35,9% ($p=0,215$); los estudiantes con DF que llevaron más de 20 créditos académicos, obteniendo una mayor sobre carga académica fue del 56,4% a pesar de ello no se observó significancia ($p=0,362$); tal como lo muestra la Tabla N° 6 (ANEXO N°11).

En cuanto al análisis inferencial que busca la asociación de la ansiedad, depresión y hábitos alimenticios con la dispepsia funcional; se precisó que, sí existió una asociación significativa entre estas variables. En cuanto a la ansiedad, se observó que el 26,5% presentaron ansiedad en sus diferentes grados, de los cuales el 51,3% padecieron de DF ($p=0,000$). Así mismo se evidenció que la depresión se presentó en un 12,1% de los estudiantes, de los cuales el 38,5% padecieron de DF ($p=0,000$). En los hábitos alimenticios, se determinó que sí está asociado a la DF; como se observa a la respuesta de los ítems, un 51,3% con DF omitieron el desayuno ($p=0,003$); un 61,5% con DF omitieron el almuerzo ($p=0,000$); un 56,4% con DF omitieron la cena ($p=0,000$); un 51,3% con DF tuvieron un volumen de ingesta inadecuada (muy poco, poco, en exceso) ($p=0,005$); un 53,8% con DF tuvieron una velocidad de alimentación inadecuada (rápida) ($p=0,022$); un 51,3% con DF tuvieron una temperatura de alimentos inadecuada (caliente, frío) ($p=0,000$) como lo muestra la tabla N°7 (ANEXO N° 12).

CAPÍTULO IV

DISCUSIÓN

El presente estudio estuvo dirigido a investigar la asociación de la ansiedad, depresión y hábitos alimenticios con la dispepsia funcional (DF), debido a que esta patología afecta a toda la población en diferentes etapas de vida, predominantemente a la población joven, por ello se desarrolló en la Escuela Profesional de Medicina Humana, teniendo como participantes a los alumnos del 1° al 6° año de estudios. Se observó que la presencia de dispepsia funcional fue en 39 estudiantes (17,4%), mientras que la ausencia de la DF fue en 184 estudiantes (82,5%), el cual se aproxima al estudio de Vargas M y colaboradores en donde un 24% de estudiantes de 8 facultades de medicina peruanas tuvieron DF (9). A diferencia de Mejia CR y colaboradores donde la prevalencia de dispepsia en el internado médico fue de 32%(8).

En cuanto a la ansiedad, se observó que el 26,5% presentaron ansiedad en sus diferentes grados, de los cuales el 51,3% padecieron de DF ($p=0,000$), los que tuvieron ansiedad tenían 3,9 veces más riesgo de padecer DF, lo que concuerda con Kugler TE donde la ansiedad se observó en el 50,4% de los pacientes con DF y en el 13,3% de los sujetos sanos ($p < 0,001$ para ambos) (12). También se relaciona con lo estudiado por Vargas y colaboradores, quienes encontraron que el 50,1% de los adolescentes con dispepsia tenía síntomas de ansiedad (9). Asimismo, Mak y colaboradores observaron una mayor prevalencia de dispepsia entre aquellos que

tenían ansiedad en la categoría de “Alto” (20,3%) que entre los que no fueron dispépticos (10,8%) (44).

Con respecto a la depresión se presentó en un 12,1%, de los cuales el 38,5% padecieron de DF ($p=0,000$). El cual representó 8,9 veces más riesgo de tener dispepsia a comparación de los que no tuvieron algún grado de depresión. Lo anterior concuerda con un estudio realizado por Silva y colaboradores, quienes encontraron que los pacientes con depresión mostraron 3 veces más riesgo de tener dispepsia funcional (45). También concuerda con Kugler TE. Donde la depresión se presentó en el 42,4% de los pacientes con DF, y en el 6,66% de los sujetos sanos ($p < 0,001$ para ambos) (12). Asimismo concuerda con un estudio realizado por Mejía CR y colaboradores, en donde la depresión es un factor que se asocia con el tener DF ($p < 0,001$) (8). Por lo tanto, esta patología debería ser vigilada y controlada en estos grupos en riesgo, sobre todo por las posibles consecuencias a corto y largo plazo que pudiese generar.

Respecto a los hábitos alimenticios observamos que sí está asociado a la DF; un 51,3% con DF omitieron el desayuno ($p=0,003$); un 61,5% con DF omitieron el almuerzo ($p=0,000$); un 56,4% con DF omitieron la cena ($p=0,000$); un 51,3% con DF tuvieron un volumen de ingesta inadecuada ($p=0,005$); un 53,8% con DF tuvieron una velocidad de alimentación inadecuada ($p=0,022$); un 51,3% con DF tuvieron una temperatura de alimentos inadecuada ($p=0,000$); por lo tanto tuvieron una relación significativa; es decir, a una mayor frecuencia de estas variables hubo una mayor prevalencia de dispepsia. Ramírez VJ y colaboradores encontraron que

estuvo asociado con una mayor frecuencia de dispepsia quien omitiera comer el almuerzo (RPa: 1,88; IC 95 %: 1,22-2,90; valor $p = 0,004$), quien omitiera la cena (RPa: 3,44; IC 95 %: 2,72-4,35; valor $p < 0,001$) y quien se alimentase regularmente en otros restaurantes (RPa: 1,87; IC 95 %: 1,22-2,88; valor $p = 0,004$) (14). Xu JH y colaboradores en su investigación hallaron que los hábitos alimenticios poco saludables fueron más frecuentes en el grupo DF que en los grupos control (75.86% versus 37.50%; $p < 0.001$). También se encontró que la DF estaba asociada con la hora irregular de comer, comer afuera, alimentos grasos, alimentos dulces y café ($p < 0.05$). (10) De manera similar, Benites Velasquez y colaboradores reportan que los hábitos alimenticios como el omitir el almuerzo tuvo una relación estadísticamente significativa con el diagnóstico de dispepsia ($p=0,007$). (46) Hassanzadeh S y colaboradores encontraron que los individuos que consumieron entre seis y siete comidas y refrigerios por día tenían menos probabilidades de DF (OR, 0.51; IC del 95%, 0.31-0.82) en comparación con aquellos con quienes comieron menos de tres comidas y meriendas diarias. (47) Aguilar L y colaboradores mencionaron que hubo una mayor proporción de individuos que comen rápido diagnosticados con DF (46% vs al 17%, $p=0,043$) así como también una mayor velocidad al comer ($p=0,045$). (45)

CONCLUSIONES

1. La ansiedad está asociada a la dispepsia funcional, debido a que presentó relación estadística significativa, el 26,5% presentaron ansiedad en sus diferentes grados, de los cuales el 51,3% padecieron de dispepsia funcional.
2. La depresión está asociada a la dispepsia funcional, debido a que presentó relación estadística significativa, el 12,1% presentaron depresión en sus diferentes grados, de los cuales el 38,5% de los estudiantes padecieron de dispepsia funcional.
3. Los hábitos alimenticios están asociado a la dispepsia funcional, debido a que presentó relación estadística significativa, como se puede observar del total de pacientes con dispepsia funcional, el 51,3% omitieron el desayuno; el 61,5% omitieron el almuerzo; el 56,4% omitieron la cena; el 51,3% tuvieron un volumen de ingesta inadecuada; el 53,8% tuvieron una velocidad de alimentación inadecuada y el 51,3% tuvieron una temperatura de alimentos inadecuada.

SUGERENCIAS Y RECOMENDACIONES

Al personal de Salud:

Instaurar programas complementarios de ayuda orientados a mejorar la prevalencia de Dispepsia Funcional; promocionando hábitos de vida y de salud mental adecuados entre los estudiantes. Incidiendo con mayor énfasis en los primeros años de estudios.

A los futuros Investigadores:

Realizar estudios longitudinales, que pueden establecer con mayor precisión aquellos factores de riesgo más importantes causales de Dispepsia Funcional.

Utilizar instrumentos o pruebas que demuestren su validez y confiabilidad, ajustadas a las condiciones de investigación en la cual se va a aplicar.

Realizar estudios según los subtipos de dispepsia funcional y añadir el valor diagnóstico y discriminatorio de la endoscopia.

A los estudiantes de Medicina

Informarse adecuadamente sobre su salud mental, así recibir el apoyo necesario para poder enfrentar esta enfermedad que puede imposibilitar en diversidad actividades cotidianas.

Consumir una dieta ordenada, respetando el horario de las comidas, con alimentos frecuentes y en cantidades moderadas, también comer despacio y masticar adecuadamente los alimentos para favorecer el procesamiento gástrico de los alimentos.

LIMITACIONES

Durante el desarrollo del estudio se encontraron las siguientes limitaciones:

- La cantidad limitada de estudiantes que impidió realizar un muestreo adecuado y conllevó a abarcar toda la población disponible en estudio.
- Los estudiantes que pertenecen al quinto año estuvieron llevando el curso de Cirugía en la ciudad de Lima, por lo que la recolección no fue al 100%.
- El llenado erróneo e incompleto de los instrumentos de medición.
- Fidelidad y veracidad de los datos recolectados, por tratarse de un componente subjetivo muy importante.
- Se tomó a la variable dependiente como cualitativa, debido a que su medición como variable cuantitativa no pudo establecerse adecuadamente.
- Ausencia de estudios locales que sirvan como base para obtener datos suficientes para realizar la investigación.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1) Longstreth GF, Lacy BE. Functional dyspepsia in adults. [Internet]. UpToDate, Waltham, MA. (Accessed on Ju 03, 2017.) Available from: <https://www.uptodate.com/>
- 2) Ferrándiz JA. Dispepsia. AMF 2014; 10(3):124-133
- 3) Borda A, Estremera F. Dispepsia. Clasificación y manejo diagnóstico-terapéutico. *Medicine*. 2016;12(02):57-65
- 4) Otero W, Gómez M, Otero L. Enfoque del paciente con dispepsia y dispepsia funcional. *Rev Col Gastroenterol* 2014; 29 (2): 132-138.
- 5) Longstreth GF, Lacy BE. Approach to the adult with dispepsia [Internet]. UpToDate, Waltham, MA. (Accessed on Ju 03, 2017.) Available from: <https://www.uptodate.com/>
- 6) Turin CG, Robles CJ, Villar AP, Osada JE, Huerta-Mercado JL. Frecuencia de trastornos digestivos funcionales y enfermedad por reflujo gastroesofágico en pacientes con dispepsia no investigada que acuden al Hospital Nacional Cayetano Heredia, Lima, Perú. *Rev Gastroenterol Peru*. 2013; 33(2):107-12.
- 7) Ruiz R, Gonzales M, Huanca A. Mejoría de los síntomas de dispepsia funcional luego de la erradicación del helicobacter pylori. *Rev. Méd. La Paz* [Internet]. 2012 [citado 2017 Mayo 27]; 18(2): 15-20. Disponible en: http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-89582012000200003&lng=es.
- 8) Mejia CR, Quezada-Osoria C, Verastegui-Diaz A, Cardenas M, Garcia-Moreno K, Quiñones-Laveriano D. Factores psicosociales y hábitos asociados con dispepsia funcional en internos de un hospital nacional en Piura, Perú. *Rev Col Gastroenterol*. 2016; 31 (4): 354-9.
- 9) Vargas M, Talledo-Ulfe L, Samaniego RO, Heredia P, Rodríguez CA, Mogollón C, Enriquez W, et al. Dispepsia funcional en estudiantes de ocho facultades de medicina peruanas. Influencia de los hábitos. *Acta Gastroenterol Latinoam* 2016; 46(2): 95-101.
- 10) Xu JH, Lai Y, Zhuang LP, et al. Certain Dietary Habits Contribute to the Functional Dyspepsia in South China Rural Area. *Med Sci Monit*. 2017;23:3942-3951. Published 2017 Aug 15. doi:10.12659/MSM.902705
- 11) Castillo PC, Chacón CT y Díaz VG. Ansiedad y fuentes de estrés académico en estudiantes de carreras de la salud. *Inv ed med*. 2016; 5(20): 230-7.
- 12) Kugler TE. Anxiety and depressive disorders in functional dyspepsia: cause or consequence? *Eksp Klin Gastroenterol*. 2015; (9): 29-35.
- 13) Vinaccia S, Quiceno JM, Medina A, Castañeda B y Castelblanco P. Calidad de vida, resiliencia, percepción y conducta de enfermedad en pacientes con diagnóstico de dispepsia funcional. *Acta colomb psicol*. 2014; 17(1): 61-70.
- 14) Ramírez VJ, Mejia CR. Factores asociados con dispepsia funcional en trabajadores de establecimientos de comida rápida en un centro comercial de Huancayo, Perú. *Rev colomb gastroenterol*. 2018; 33(4): 404-9.
- 15) Valenzuela Narváez DR y Gayoso Cervantes M. Estrés laboral y su correlación con la prevalencia de dispepsia funcional en militares en actividad que acudieron al hospital geriátrico del ejército. *Rev gastroenterol Perú*. 2017; 37(1): 16-21.

- 16) Ayala RS, Pichilingue PO, Capcha LT, Alba RME y Pichilingue RC. Dispepsia: Características clínicas, hallazgos endoscópicos e histológicos en pacientes atendidos en el Hospital Nacional Hipólito Unanue, Lima, Perú, durante el año 2010. *Rev gastroenterol Perú*. 2013; 33(1): 28-33.
- 17) Machicado Huaycani Yamali. Factores de riesgo psicosocial y estrés laboral del profesional de enfermería en los servicios de emergencia y unidad de cuidados intensivos del Hospital Regional Manuel Nuñez Butrón Puno – 2016 [Tesis]. Puno: Universidad Nacional del Altiplano. Facultad de Enfermería, 2017.
- 18) Carmona-Sánchez R, Gómez-Escudero O, Zavala-Solares M, Bielsa-Fernández MV, Coss-Adame E, Hernández-Guerrero AI, et al. Consenso mexicano sobre la dispepsia. *Revista de Gastroenterología de México*. 2017.
- 19) Talley NJ, Ford AC. Functional Dyspepsia. *N Engl J Med* 2015; 373: 1853-63.
- 20) Rodríguez-García JL, Carmona-Sánchez R. Dispepsia funcional y dispepsia asociada a infección por *Helicobacter pylori*: ¿son entidades con características clínicas diferentes? *Revista de Gastroenterología de México*. 2016; 81(3): 126-133.
- 21) Ferre-Navarrete F, Gimeno-Álvarez D. Protocolo diagnóstico y tratamiento de la ansiedad generalizada. *Medicine*. 2011; 10(86): 5846-50.
- 22) Cambra J, Camarillo L. Trastornos de ansiedad relacionados con traumas y otros factores de estrés. *Medicine*. 2015; 11(84): 4999-5007.
- 23) Pelissolo A. Trastornos de ansiedad y neuróticos. EMC – Tratado de medicina. 2012; 16(4):1-10.
- 24) Sempere E, Vicens C, Mut del Río F, Salazar J. Criterios de utilización de los medicamentos para tratar la ansiedad aguda y crónica. *FMC*. 2017; 24(2): 91-9.
- 25) Tron R, Contreras O y Chávez M. Depresión y pensamiento constructivo en estudiantes universitarios. *Revista de Educación y Desarrollo*, 27. Octubre-diciembre de 2013.
- 26) Vélez AH, Rojas MW, Borrero RJ y Restrepo MJ. *Psiquiatría*. 5ª ed. Medellín: Corporación para investigaciones biológicas; 2010.
- 27) Guerrero J, Heinze G, Ortiz S, Cortés J, Barragán V y Flores M. Factores que predicen depresión en estudiantes de medicina. *Gaceta Médica de México*. 2013; 149:598-604.
- 28) Bojorquez J. Ansiedad y rendimiento académico en estudiantes universitarios [tesis para optar grado académico de maestro en Salud Pública] Lima: Universidad San Martín de Porres; 2015.
- 29) Lusilla MP, Sánchez A, Sanz C, López J. Validación estructural de la escala heteroevaluada de ansiedad de Zung (XXVIII Congreso de la Sociedad Española de Psiquiatría). *Anales de Psiquiatría*. 1990; 6, Suplemento, 1-39.
- 30) Instituto Nacional de Salud Mental. Depresión. Estados Unidos: Nih; 2009.
- 31) Tsuang MT and Faraone SV. *The genetics of mood disorders*. Baltimore, MD: Johns Hopkins University Press, 1990.
- 32) Torrades Oliva Sandra. Ansiedad y depresión. *Offarm*. 2004; 23(3): 126-9.
- 33) Guaya Delgado Mónica. Funcionalidad familiar, factores protectores y de riesgo de depresión en adultos mayores, región 7 del Ecuador 2016. [Tesis]. Loja: Universidad Nacional de Loja. Programa de Especialización en Medicina Familiar y Comunitaria; 2017.

- 34) Asociación Americana de Psiquiatría. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-V). 5ª ed. Arlington VA; Asociación Americana de Psiquiatría: 2014.
- 35) Ministerio de Sanidad y Política Social. Hábitos alimenticios saludables & falsos mitos. 2da ed. Madrid: Inersio; 2010.
- 36) Aranceta J, Pérez C, Serra L y Delgado A. Hábitos alimentarios de los alumnos usuarios de comedores escolares en España. Estudio «Dime Cómo Comes». Aten Primaria 2004; 33(3):131-9.
- 37) Cervera F, Serrano R, Vico C, Milla M y García M. Hábitos alimentarios y evaluación nutricional en una población Universitaria. Nutr Hosp. 2013; 28(2):438-46.
- 38) Ministerio de Sanidad y Consumo. Instituto Nacional del Consumo. Hábitos alimentarios saludables. Madrid: Cecu; 2008.
- 39) Monge Di Natale Jessica. Hábitos alimenticios y su relación con el índice de masa corporal de los internos de enfermería de la U.N.M.S.M. [Tesis]. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Facultad de Medicina Humana; 2007.
- 40) Cervera P, Clapés J y Rigolfas R. Alimentación saludable del adulto. En: alimentación y dietoterapia. 4ta ed. Madrid: McGraw-Hill-Interamericana; 2004. p. 119-35.
- 41) Von Reisswitz P, Mazzoleni LE, Sander GB, Francisconi CF. Portuguese validation of the ROME III diagnostic questionnaire for functional dyspepsia. Arq Gastroenterol. 2010; 47 (4): 354-360.
- 42) Schmulson M, Morgan D, Cortés L, Squella F, Domínguez R, Rey E, et al. Traducción y validación multinacional del cuestionario diagnóstico para adultos de Roma III en español. Universidad Nacional Autónoma de México. México, D.F.
- 43) Fouilloux C, Barragan V, Ortiz S, Jaimes A, Urrutia M y Guevara R. Síntomas depresivos y rendimiento escolar en estudiantes de Medicina. Salud Mental 2013; 36(1):59-65.
- 44) Ly HG, Weltens N, Tack J and Oudenhove VL. Acute Anxiety and Anxiety Disorders Are Associated With Impaired Gastric Accommodation in Patients With Functional Dyspepsia. Clinical gastroenterology and hepatology. 2015.
- 45) Aguilar L, Barreda F, Burgos H, Bustos L, Defilippi C, González JC, et al. Guía Latinoamericana de Dispepsia Funcional. Acta gastroenterol latinoam. 2014; 44(2): 7-32.
- 46) Benites Velásquez BB y Bellido Boza LE. Asociación de la dispepsia funcional con los factores psicológicos y los hábitos alimentarios en estudiantes de la Facultad de Medicina de la UNMSM, Lima – Perú [Tesis]. Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Facultad de Medicina Humana, 2006.
- 47) Hassanzadeh S, Saneei P, Keshteli AH, Daghighzadeh H, et al. Meal frequency in relation to prevalence of functional dyspepsia among Iranian adults. Nutrition. 2016 Feb; 32(2):242-8.

ANEXOS

ANEXO N°1 Operacionalización de variables

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DIMENSION	DEFINICIÓN OPERACIONAL	TIPO DE VARIABLE	ESCALA DE MEDICIÓN	CATEGORÍAS	INDICADOR	FUENTE
VARIABLES INDEPENDIENTES								
ANSIEDAD	La ansiedad es una emoción normal y compleja que consiste en un sistema de alarma que prepara al organismo para la acción.	Cortejo motor Cortejo somático Cortejo psíquico	Mecanismo adaptativo natural que nos permite ponernos alerta ante sucesos comprometidos	Cuantitativa	Razón	< de 50 - No hay ansiedad 50-59 - Leve a moderada ansiedad 60-74 : moderada a severa ansiedad 75 a más - ansiedad muy severa	Índice Escala Autoevaluación de Zung	Cuestionario elaborado
DEPRESIÓN	Tristeza persistente y pérdida de interés en las actividades con las que normalmente se disfruta, así como por la incapacidad para llevar a cabo las actividades cotidianas, durante al menos dos semanas	Psicológica	Trastorno del estado de ánimo; se acompaña de la disminución de la actividad intelectual, física, social y ocupacional	Cuantitativo	Razón	Altibajos normales: 0-10 Leve perturbación del estado de ánimo: 11-16 Estado de depresión intermitente: 17-20 Depresión moderada: 21-30 Depresión grave: 31-40 Depresión extrema:>40	Inventario de Depresión de Beck	Cuestionario elaborado

HÁBITOS ALIMENTICIOS	Hábitos adquiridos a lo largo de la vida que influyen en nuestra alimentación.		Forma de alimentación diaria	Cualitativo	Nominal	Inadecuado Adecuado	Cuestionario de Hábitos alimenticios	Cuestionario elaborado
VARIABLE DEPENDIENTE								
DISPEPSIA FUNCIONAL	Síntoma o conjunto de síntomas que se considera que tienen su origen en la región gastroduodenal, como la pesadez posprandial, saciedad precoz, dolor y ardor epigástrico.	1. Síndrome de distrés posprandial 2. Síndrome de dolor epigástrico	Síndrome que no se asocia a lesiones o enfermedades detectables.	Cualitativo	Nominal	Presencia Ausencia	Cuestionario o diagnóstico según ROMA III	Cuestionario elaborado
VARIABLES INTERVINIENTES								
EDAD	Tiempo transcurrido a partir del nacimiento de un individuo	Característica demográficas	Diferencia entre la fecha actual menos la fecha de nacimiento	Cuantitativa	Razón	Valor Obtenido	Años cumplidos	Cuestionario elaborado
GÉNERO	Condición biológica del sexo de la persona que contesta	Característica demográficas	Características fenotípicas que distinguen al varón de la mujer	Cualitativa	Nominal	Femenino Masculino	Fenotipo	Cuestionario elaborado
ESTADO CIVIL	Condición particular que caracteriza a una persona en lo que hace a sus vínculos personales con individuos de otro sexo o de su mismo	Estado Civil	Vínculos personales con individuos de otro sexo o de su mismo sexo	Cualitativa	Nominal	Casado Soltero	Estado civil que refiere el encuestado	Cuestionario elaborado

	sexo							
CONVIVENCIA	Acto de convivir o vivir en compañía de otro u otros	Solo Padres y/o hermanos Pareja Amigos/as	Coexistencia del estudiante en un mismo espacio	Cualitativa	Nominal	Solo Padres y/o hermanos Pareja sin hijos Pareja con hijos Amigos/as	Tipo de convivencia que refiera encuestado	Cuestionario elaborado
SITUACIÓN ECONOMICA	Patrimonio de la persona, empresa o sociedad en su conjunto, es decir, a la cantidad de bienes y activos que posee y que les pertenecen.	Trabaja Dinero de padres Trabaja y recibe dinero	Determinar el ingreso económico que posee el estudiante	Cualitativa	Nominal	Trabaja Dinero de padres Trabaja y recibe dinero	Tipo de situación económica que refiera encuestado	Cuestionario elaborado
AÑO DE ESTUDIO	Tiempo desde la apertura de clases hasta las vacaciones.		Año correspondiente a la mayoría de cursos que lleva el estudiante de acuerdo a la curricula.	Cualitativa	Ordinal	1 ^a 2 ^a 3 ^a 4 ^a 5 ^a 6 ^a	Ficha de cuestionario	Cuestionario elaborado
NÚMERO DE CREDITOS DEL SEMESTRE ACADEMICO	Valor numérico correspondiente a un curso o asignatura.		Cantidad de créditos de las asignaturas inscritas durante el semestre académico	Cuantitativa	Razón	2, 3, 4, 5, 6, 10, 13, 16, 20	Plan de estudio de la EP. Medicina Humana	Cuestionario elaborado

ANEXO N°2 Matriz de consistencia

PROBLEMA	OBJETIVOS	HIPÓTESIS	VARIABLES	INDICADORES	INSTRUMENTO	FUENTE
¿Existe asociación entre ansiedad, depresión y hábitos alimenticios con la dispepsia funcional en los estudiantes del primero a sexto año de la E.A.P Medicina Humana de la UNHEVAL – Huánuco 2017?	<p>Objetivo General Determinar la asociación entre ansiedad, depresión y hábitos alimenticios con la dispepsia funcional en los estudiantes del primero a sexto año de la EP. Medicina Humana de la UNHEVAL – Huánuco 2017.</p> <p>Objetivos Específicos</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Evaluar la asociación entre la ansiedad con la dispepsia funcional en los estudiantes del primero a sexto año de la EP. Medicina Humana de la UNHEVAL – Huánuco 2017. 2. Evaluar la asociación entre la depresión con la dispepsia funcional en los estudiantes del primero a sexto año de la EP. Humana de la UNHEVAL – Huánuco 2017. 3. Determinar la asociación entre los hábitos alimenticios con la dispepsia funcional en los estudiantes del primero a 	<p>Hipótesis General Hi: La ansiedad, depresión y los hábitos alimenticios están asociados a la dispepsia funcional en los estudiantes del primero a sexto año de la EP. Medicina Humana de la UNHEVAL – Huánuco 2017. Ho: La ansiedad, depresión y los hábitos alimenticios no están asociados a la dispepsia funcional en los estudiantes del primero a sexto año de la EP. Medicina Humana de la UNHEVAL – Huánuco 2017.</p> <p>Hipótesis Específicas</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. La ansiedad está asociada a la dispepsia funcional en los estudiantes del primero a sexto año de la EP. Medicina Humana de la UNHEVAL – Huánuco 2017. 2. La depresión está asociada a la dispepsia funcional en los estudiantes del primero a sexto año de la EP. Medicina Humana de la 	<p>Variable dependiente:</p>			
			Dispepsia funcional	Cuestionario diagnóstico según ROMA III	Cuestionario elaborado	Para la recolección de datos se utilizará un cuestionario elaborado
			Variable independientes:			
			Ansiedad	Índice Escala Autoevaluación de Zung		
			Depresión	Inventario de Depresión de Beck		
			Hábitos alimenticios	Cuestionario de Hábitos alimenticios		
			Variable intervinientes:			
			Edad	Años cumplidos		
			Género	Fenotipo		
			Estado civil	Estado civil		
Convivencia	Tipo de convivencia que refiera encuestado					
Situación	Tipo de situación					

	sexto año de la EP. Medicina Humana de la UNHEVAL – Huánuco 2017.	UNHEVAL – Huánuco 2017. 3. Los hábitos alimenticios están asociados a la dispepsia funcional en los estudiantes del primero a sexto año de la EP. Medicina Humana de la UNHEVAL – Huánuco 2017.	económica	económica que refiera encuestado		
			Año de estudio	Según refiera en cuestionario		
			Número de créditos del semestre académico	Créditos según plan de estudios de la facultad		

ANEXO N°3. CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPANTES DE INVESTIGACIÓN

“ANSIEDAD, DEPRESIÓN Y LOS HÁBITOS ALIMENTICIOS ASOCIADOS A DISPEPSIA FUNCIONAL EN LOS ESTUDIANTES DEL PRIMERO A SEXTO AÑO DE LA EP. MEDICINA HUMANA DE LA UNHEVAL – HUÁNUCO 2017”

INTRODUCCIÓN

El propósito de esta ficha de consentimiento es proveer a los participantes en esta investigación una clara explicación de la naturaleza de la misma, así como de su rol en ella como participantes.

INVESTIGADORES

La presente investigación es conducida por los Señores: CANALES PICHEN, Diego Leomar y CARHUARICRA ATAHUAMAN, Javier Esteban; estudiantes del sexto año de la EP. Medicina Humana, de la Universidad Nacional Hermilio Valdizán de Huánuco.

OBJETIVOS

El objetivo de este estudio es identificar si la ANSIEDAD, DEPRESIÓN Y LOS HÁBITOS ALIMENTICIOS ESTAN ASOCIADOS A DISPEPSIA FUNCIONAL EN LOS ESTUDIANTES DEL PRIMERO A SEXTO AÑO DE LA EP. MEDICINA HUMANA DE LA UNHEVAL – HUÁNUCO 2017. Por lo cual necesitamos de su apoyo para realizar dicha investigación.

RIESGOS Y BENEFICIOS

La investigación no implicará ningún riesgo físico potencial, ya que no se utilizará procedimiento invasivo alguno; sólo se obtendrá información. Se garantiza la confidencialidad de la información en todo momento, las respuestas a las preguntas no serán reveladas a nadie y que en ningún informe de este estudio se le identificará individualmente, manteniendo el carácter anónimo. Además, al inicio del estudio se informará a todo participante, sobre los beneficios, para este caso, no se contará con beneficio económico ni incentivo alguno durante el estudio.

ACUERDOS

Si usted accede a participar en este estudio, se le pedirá responder preguntas en un cuestionario donde se consignarán algunas preguntas acerca de edad, genero, estado civil entre otros; también encontrara cuestionario acerca de dispepsia, ansiedad, depresión y hábitos alimenticios, para el cuál se le dará un tiempo de 20 a 30 min.

La participación en este estudio es estrictamente voluntaria. La información que se recoja será confidencial y no se usará para ningún otro propósito fuera de los de esta investigación. Sus respuestas al cuestionario y a la entrevista serán codificadas

usando un número de identificación y por lo tanto, serán anónimas y mis respuestas a las preguntas no serán reveladas a nadie y que en ningún informe de este estudio se me identificara jamás en forma alguna.

Si tiene alguna duda sobre este proyecto, puede hacer preguntas en cualquier momento durante su participación en él. Igualmente, puede retirarse del proyecto en cualquier momento sin que eso lo perjudique en ninguna forma. Desde ya le agradecemos su participación.

Al firmar este consentimiento,
Yo.....

identificado con DNI N°..... doy mi consentimiento para que me entreviste un alumno del sexto año de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional Hermilio Valdizán ubicada en el distrito de Pillco Marca de la ciudad de Huánuco. Declaro que he sido informado(a) y he comprendido la información que se me ha brindado sobre los objetivos, los riesgos, beneficios y otras características de la investigación.

He concebido libremente esta entrevista. Se me ha notificado que es del todo voluntaria y que aun después de iniciada puedo rehusarme a participar. Se me ha explicado que mi participación implica responder a una encuesta que consta de 76 preguntas y que durará en promedio 20 a 30 minutos. Se me ha dicho que mis respuestas a las preguntas no serán reveladas a nadie y que en ningún informe de este estudio se me identificará jamás en forma alguna. He sido informado de que puedo hacer preguntas sobre el proyecto en cualquier momento y que puedo retirarme del mismo cuando así lo decida, sin que esto acarree perjuicio alguno para mi persona.

Entiendo que los resultados de la investigación se me darán a conocer si los solicito. En caso de que tenga alguna pregunta acerca del estudio o sobre mis derechos como participante podré comunicarme con los entrevistadores.

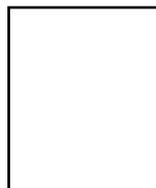
El entrevistador podrá ser localizado:

CANALES PICHEN, Diego L.

Número de celular: 969668429

CARHUARICRA ATAHUAMAN, Javier E.

Número de celular: 931931326



Firma y huella digital del entrevistado

Firma del entrevistador

DNI:

DNI:



ANEXO N°4
CUESTIONARIO DE ANSIEDAD, DEPRESIÓN Y HÁBITOS
ALIMENTICIOS ASOCIADOS A DISPEPSIA FUNCIONAL



Instrucciones: El objetivo de este cuestionario es estudiar los factores psicosociales y hábitos alimenticios en los estudiantes de la E.P. Medicina Humana. Los datos que proporcionan serán confidenciales. No hay respuestas correctas ni equivocadas. Por favor, conteste a todas las preguntas de la manera más sincera y precisa posible. **NO DUDE EN PREGUNTAR SI TIENE ALGUNA DUDA.**

1. Edad (años):

.....

2. Género

- a. Masculino
- b. Femenino

3. Estado Civil

- a. Soltero
- b. Casado

4. Convivencia

- a. Solo
- b. Padres y/o hermanos
- c. Pareja sin hijos
- d. Pareja con hijos
- e. Amigos

5. Solvencia Económica

- a. Dinero de padres
- b. Trabaja
- c. Trabaja y recibe dinero

6. Año de estudio

- a. 1er
- b. 2do
- c. 3ro
- d. 4to
- e. 5to
- f. 6to

7. Número de créditos del semestre académico:

.....

8. Diagnóstico actual de patología gastrointestinal con o sin tratamiento, puede marcar varias opciones:

- a. Ninguno
- b. Enfermedad por reflujo gastroesofágico
- c. Gastritis diagnosticada por endoscopia
- d. Intestino irritable
- e. Enfermedad ulcerosa péptica
- f. Patología biliar
- g. Diagnóstico de Helicobacter pylori
- h. Consumo de AINES x >1 semana
- i. Otras.
Especificar.....

...

CUESTIONARIO DIAGNÓSTICO DE DISPEPSIA FUNCIONAL - ROMA III

1. **En los últimos 3 meses, ¿con qué frecuencia ha tenido dolor o molestias en el medio de su pecho (no relacionada con problemas cardíacos)?**
 0 - Nunca
 1 - Menos de un día al mes
 2 - Un día al mes
 3 - Dos a tres días al mes
 4 - Un día a la semana
 5 - Más de un día a la semana
 6 - Todos los días
2. **En los últimos 3 meses, ¿con qué frecuencia has tenido acidez (una molestia o ardor en su pecho)?**
 0 - Nunca
 1 - Menos de un día al mes
 2 - Un día al mes
 3 - Dos a tres días al mes
 4 - Un día a la semana
 5 - Más de un día a la semana
 6 - Todos los días
3. **En los últimos 3 meses, ¿con qué frecuencia se sintió incómodamente lleno (saciado) después de una comida de tamaño habitual?**
 0 - Nunca ---> Pase a la pregunta 5.
 1 - Menos de un día al mes
 2 - Un día al mes
 3 - Dos a tres días al mes
 4 - Un día a la semana
 5 - Más de un día a la semana
 6 - Todos los días
4. **¿Usted ha tenido esta sensación incómoda de estar lleno después de las comidas por 6 meses?**
 0 - No
 1 - Sí
5. **En los últimos 3 meses, ¿con qué frecuencia usted no pudo terminar una comida de tamaño habitual?**
 0 - Nunca ---> Pase a la pregunta 7.
 1 - Menos de un día al mes
 2 - Un día al mes
 3 - Dos a tres días al mes
 4 - Un día a la semana
 5 - Más de un día a la semana
 6 - Todos los días
6. **¿Usted ha tenido esta incapacidad de terminar comidas de tamaño habitual por 6 meses o más?**
 0 - No
 1 - Sí
7. **En los últimos 3 meses, ¿con qué frecuencia has tenido dolor o ardor en el medio de tu abdomen, por encima de tu ombligo, pero no en tu pecho?**
 0 - Nunca ---> Pase a la pregunta 14.
 1 - Menos de un día al mes
 2 - Un día al mes
 3 - Dos a tres días al mes
 4 - Un día a la semana
 5 - Más de un día a la semana
 6 - Todos los días
8. **¿Usted ha tenido este dolor o ardor durante 6 meses o más?**
 0 - No
 1 - Sí
9. **¿Se produce este dolor o ardor y desaparece completamente durante el mismo día?**
 0 - Nunca o raramente
 1 - A veces
 2 - Muchas veces
 3 - Mayoría de las veces
 4 - Siempre

- 10. Normalmente, ¿cuán severa era el dolor o ardor en el medio del abdomen, por encima de su ombligo?**
- 1 - Muy suave
 - 2 - Suave
 - 3 - Moderada
 - 4 - Severa
 - 5 - Muy severa
- 11. ¿Este dolor o ardor se alivió con el uso de antiácidos?**
- 0 - Nunca o raramente
 - 1 - A veces
 - 2 - Muchas veces
 - 3 - Mayoría de las veces
 - 4 - Siempre
 - 5 - No uso antiácidos
- 12. ¿Este dolor o ardor normalmente mejoraba o pasaba después de la evacuación o eliminación de gases?**
- 0 - Nunca o raramente
 - 1 - A veces
 - 2 - Muchas veces
 - 3 - Mayoría de las veces
 - 4 - Siempre
- 13. ¿Con qué frecuencia ese dolor o incomodidad alivió con movimientos o cambios de posición de su cuerpo?**
- 0 - Nunca o raramente
 - 1 - A veces
 - 2 - Muchas veces
 - 3 - Mayoría de las veces
 - 4 - Siempre
- 14. En los últimos 6 meses, ¿con qué frecuencia has tenido dolor constante en el centro o en el área superior derecha de tu abdomen?**
- 0 - Nunca ---> Obvie las preguntas restantes.
 - 1 - Menos de un día al mes
 - 2 - Un día al mes
 - 3 - Dos a tres días al mes
 - 4 - Un día a la semana
 - 5 - Más de un día a la semana
 - 6 - Todos los días
- 15. ¿Este dolor duró 30 minutos o más?**
- 0 - Nunca o raramente
 - 1 - A veces
 - 2 - Muchas veces
 - 3 - Mayoría de las veces
 - 4 - Siempre
- 16. ¿Este dolor aumentó de intensidad hasta quedar muy fuerte y continuo?**
- 0 - Nunca o raramente
 - 1 - A veces
 - 2 - Muchas veces
 - 3 - Mayoría de las veces
 - 4 - Siempre
- ¿Este dolor desapareció completamente entre los episodios?**
- 0 - Nunca o raramente
 - 1 - A veces
 - 2 - Muchas veces
 - 3 - Mayoría de las veces
 - 4 - Siempre
- 17. ¿Este dolor le impidió realizar sus actividades usuales o lo llevó a ir urgentemente a ver a un médico o ir a un servicio de emergencia?**
- 0 - Nunca o raramente
 - 1 - A veces
 - 2 - Muchas veces
 - 3 - Mayoría de las veces
 - 4 - Siempre

ESCALA DE AUTOEVALUACIÓN DE ANSIEDAD DE ZUNG

Marcar con X en el cuadro que crea conveniente

		Nunca o casi nunca	A veces	Con bastante frecuencia	Siempre o casi siempre	Puntos
1	Me siento más nervioso(a) y ansioso(a) que de costumbre.					
2	Me siento con temor sin razón.					
3	Despierto con facilidad o siento pánico.					
4	Me siento como si fuera a reventar y partirme en pedazos.					
5	Siento que todo está bien y que nada malo puede suceder					
6	Me tiemblan las manos y las piernas.					
7	Me mortifican los dolores de la cabeza, cuello o cintura.					
8	Me siento débil y me canso fácilmente.					
9	Me siento tranquilo(a) y puedo permanecer en calma fácilmente.					
10	Puedo sentir que me late muy rápido el corazón.					
11	Sufro de mareos.					
12	Sufro de desmayos o siento que me voy a desmayar.					
13	Puedo inspirar y expirar fácilmente					
14	Se me adormecen o me hincan los dedos de las manos y pies.					
15	Sufro de molestias estomacales o indigestión.					
16	Orino con mucha frecuencia.					
17	Generalmente mis manos están sacas y calientes.					
18	Siento bochornos.					
19	Me quedo dormido con facilidad y descanso durante la noche					
20	Tengo pesadillas.					
TOTAL DE PUNTOS						

CUESTIONARIO DE DEPRESIÓN DE BECK

Por favor, lea con atención cada ítem. A continuación señale cuál de las afirmaciones de cada grupo describe mejor cómo se ha sentido durante esta **última semana, incluido el día de hoy**. Si dentro de un mismo grupo, hay más de una afirmación que considere aplicable a su caso, márquela también. Asegúrese de leer todas las afirmaciones dentro de cada grupo antes de efectuar la elección.

- | | |
|---|--|
| <p>1.</p> <p><input type="checkbox"/> No me siento triste</p> <p><input type="checkbox"/> Me siento triste</p> <p><input type="checkbox"/> Me siento triste continuamente y no puedo dejar de estarlo</p> <p><input type="checkbox"/> Me siento tan triste o tan desgraciado que no puedo soportarlo.</p> <p>2.</p> <p><input type="checkbox"/> No me siento especialmente desanimado respecto al futuro</p> <p><input type="checkbox"/> Me siento desanimado respecto al futuro</p> <p><input type="checkbox"/> Siento que no tengo que esperar nada</p> <p><input type="checkbox"/> Siento que el futuro es desalentador y las cosas no mejorarán.</p> <p>3.</p> <p><input type="checkbox"/> No me siento fracasado</p> <p><input type="checkbox"/> Creo que he fracasado más que la mayoría de las personas</p> <p><input type="checkbox"/> Cuando miro hacia atrás, sólo veo fracaso tras fracaso.</p> <p><input type="checkbox"/> Me siento una persona totalmente fracasada.</p> <p>4.</p> <p><input type="checkbox"/> Las cosas me satisfacen tanto como antes</p> <p><input type="checkbox"/> No disfruto de las cosas tanto como antes</p> <p><input type="checkbox"/> Ya no obtengo una satisfacción auténtica de las cosas</p> <p><input type="checkbox"/> Estoy insatisfecho o aburrido de todo.</p> <p>5.</p> <p><input type="checkbox"/> No me siento especialmente culpable</p> <p><input type="checkbox"/> Me siento culpable en muchas ocasiones</p> <p><input type="checkbox"/> Me siento culpable en la mayoría de las ocasiones</p> <p><input type="checkbox"/> Me siento culpable constantemente.</p> | <p>6.</p> <p><input type="checkbox"/> No creo que esté siendo castigado</p> <p><input type="checkbox"/> Me siento como si fuese a ser castigado</p> <p><input type="checkbox"/> Espero ser castigado</p> <p><input type="checkbox"/> Siento que estoy siendo castigado.</p> <p>7.</p> <p><input type="checkbox"/> No estoy decepcionado de mí mismo</p> <p><input type="checkbox"/> Estoy decepcionado de mí mismo</p> <p><input type="checkbox"/> Me da vergüenza de mí mismo</p> <p><input type="checkbox"/> Me detesto.</p> <p>8.</p> <p><input type="checkbox"/> No me considero peor que cualquier otro.</p> <p><input type="checkbox"/> Me autocrítico por mis debilidades o por mis errores</p> <p><input type="checkbox"/> Continuamente me culpo por mis faltas</p> <p><input type="checkbox"/> Me culpo por todo lo malo que sucede.</p> <p>9.</p> <p><input type="checkbox"/> No tengo ningún pensamiento de suicidio</p> <p><input type="checkbox"/> A veces pienso en suicidarme, pero no lo cometería</p> <p><input type="checkbox"/> Desearía suicidarme</p> <p><input type="checkbox"/> Me suicidaría si tuviese la oportunidad</p> <p>10.</p> <p><input type="checkbox"/> No lloro más de lo que solía llorar</p> <p><input type="checkbox"/> Ahora lloro más que antes</p> <p><input type="checkbox"/> Lloro continuamente</p> <p><input type="checkbox"/> Antes era capaz de llorar, pero ahora no puedo, incluso aunque quiera.</p> <p>11.</p> <p><input type="checkbox"/> No estoy más irritado de lo normal en mí</p> <p><input type="checkbox"/> Me molesto o irrito más fácilmente que antes</p> |
|---|--|

- Me siento irritado continuamente
- No me irrito absolutamente nada por las cosas que antes solían irritarme.
- 12.**
- No he perdido el interés por los demás
- Estoy menos interesado en los demás que antes
- He perdido la mayor parte de mi interés por los demás
- He perdido todo el interés por los demás.
- 13.**
- Tomo decisiones más o menos como siempre he hecho
- Evito tomar decisiones más que antes
- Tomar decisiones me resulta mucho más difícil que antes
- Ya me es imposible tomar decisiones.
- 14.**
- No creo tener peor aspecto que antes
- Me temo que ahora parezco más viejo o poco atractivo
- Creo que se han producido cambios permanentes en mi aspecto que me hacen parecer poco atractivo
- Creo que tengo un aspecto horrible.
- 15.**
- Trabajo igual que antes
- Me cuesta esfuerzo extra comenzar a hacer algo
- Tengo que obligarme mucho para hacer algo
- No puedo hacer nada en absoluto.
- 16.**
- Duermo tan bien como siempre
- No duermo tan bien como antes
- Me despierto una o dos horas antes de lo habitual y me resulta difícil volver a dormir
- Me despierto varias horas antes de lo habitual y no puedo volver a dormir.
- 17.**
- Me siento más cansado de lo normal
- Me canso más fácilmente que antes
- Me canso en cuanto hago cualquier cosa
- Estoy demasiado cansado para hacer nada
- 18.**
- Mi apetito no ha disminuido
- No tengo tan buen apetito como antes
- Ahora tengo mucho menos apetito
- He perdido completamente el apetito
- 19.**
- Últimamente he perdido poco peso o no he perdido nada
- He perdido más de 2 Kg y medio
- He perdido más de 4 Kg
- He perdido más de 7 Kg
- Estoy a dieta para adelgazar. SI/NO
- 20.**
- No estoy preocupado por mi salud más de lo normal
- Estoy preocupado por problemas físicos como dolores, molestias, malestar de estómago o estreñimiento
- Estoy preocupado por mis problemas físicos y me resulta difícil pensar algo más
- Estoy tan preocupado por mis problemas físicos que soy incapaz de pensar en cualquier cosa.
- 21.**
- No he observado ningún cambio reciente en mi interés
- Estoy menos interesado por el sexo que antes
- Estoy mucho menos interesado por el sexo
- He perdido totalmente mi interés por el sexo.

CUESTIONARIO DE HÁBITOS ALIMENTICIOS

SOLO CONSIDERA LAS DOS
ÚLTIMAS SEMANAS

1. ¿Has omitido el desayuno?

Sí No

1.1 Si omites el desayuno, ¿por qué?

- a) Te falta tiempo
- b) El horario no te lo permite
- c) No tienes dinero

1.2 ¿Con qué frecuencia?

- a) 1 – 2 días/semana
- b) 3 – 4 días/semana
- c) 5 – 7 días/semana

2. ¿Has omitido el almuerzo?

Sí No

2.1 Si omites el almuerzo, ¿por qué?

- a) Te falta tiempo
- b) El horario no te lo permite
- c) No tienes dinero

2.2 ¿Con qué frecuencia?

- a) 1 – 2 días/semana
- b) 3 – 4 días/semana
- c) 5 – 7 días/semana

3. ¿Has omitido la cena?

Sí No

3.1 Si omites la cena, ¿por qué?

- a) Te falta tiempo
- b) El horario no te lo permite
- c) No tienes dinero

3.2 ¿Con qué frecuencia?

- a) 1 – 2 días/semana
- b) 3 – 4 días/semana
- c) 5 – 7 días/semana

4. Consideras que comes:

- a) Muy poco
- b) Poco
- c) Lo suficiente
- d) En exceso

5. ¿Cómo comes?

- a) Lento
- b) Normal
- c) Rápido

6. Consumes las comidas a temperatura:

- a) Caliente
- b) Tibio
- c) Frio

GRACIAS POR SU PARTICIPACIÓN

ANEXO N°5

Tabla 1 CALIFICACIÓN DE LA EAA

ITEM	Nunca o casi nunca	A veces	Con bastante frecuencia	Siempre o casi siempre	Puntos
1	1	2	3	4	
2	1	2	3	4	
3	1	2	3	4	
4	1	2	3	4	
5	4	3	2	1	
6	1	2	3	4	
7	1	2	3	4	
8	1	2	3	4	
9	4	3	2	1	
10	1	2	3	4	
11	1	2	3	4	
12	1	2	3	4	
13	4	3	2	1	
14	1	2	3	4	
15	1	2	3	4	
16	1	2	3	4	
17	4	3	2	1	
18	1	2	3	4	
19	4	3	2	1	
20	1	2	3	4	

ANEXO N°6

Tabla 2 ÍNDICE DE VALORACIÓN DE ANSIEDAD

PUNTOS	INDICE EAD						
20	25	36	45	52	65	68	85
21	26	37	46	53	66	69	86
22	28	38	48	54	68	70	88
23	29	39	49	55	69	71	89
24	30	40	50	56	70	72	90
25	31	41	51	57	71	73	91
26	33	42	53	58	73	74	93
27	34	43	54	59	74	75	94
28	35	44	55	60	75	76	95
29	36	45	56	61	76	77	96
30	38	46	58	62	78	78	98
31	39	47	59	63	79	79	99
32	40	48	60	64	80	80	100
33	41	49	61	65	81		
34	43	50	63	66	83		
35	44	51	64	67	84		

ANEXO N°7

Tabla 3 ÍNDICE EAA – IMPRESIÓN DE EQUIVALENCIA CLÍNICA

Índice EAA	Equivalencia Clínica
Menos de 50	Dentro de límites normales. No hay ansiedad presente
50 – 59	Presencia de ansiedad leve a moderada
60 – 74	Presencia de ansiedad moderada a severa
75 a más	Presencia de ansiedad muy severa

ANEXO N°8 Tabla de tabulación

OBJETIVOS	HIPÓTESIS	VARIABLES	CRUCE DE VARIABLES	ANALISIS ESTADISTICO	
<p>Objetivo General Determinar la asociación entre la ansiedad, depresión y los hábitos alimenticios con la dispepsia funcional en los estudiantes del primero a sexto año de la E. A. P. de Medicina Humana de la UNHEVAL – Huánuco 2017.</p> <p>Objetivos Específicos</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Evaluar la asociación entre la ansiedad con la dispepsia funcional en los estudiantes del primero a sexto año de la E. A. P. de Medicina Humana de la UNHEVAL – Huánuco 2017. 2. Evaluar la asociación entre la depresión con la dispepsia funcional en los estudiantes del primero a sexto año de la E. A. P. de Medicina Humana de la UNHEVAL – Huánuco 2017. 3. Determinar la asociación entre los hábitos alimenticios con la dispepsia funcional en los estudiantes del primero a sexto año de la E. A. P. de Medicina Humana de la UNHEVAL – Huánuco 2017. 	<p>Hipótesis General La ansiedad, depresión y los hábitos alimenticios están asociados a dispepsia funcional en los estudiantes del primero a sexto año de la E. A. P. de Medicina Humana de la UNHEVAL – Huánuco 2017.</p> <p>Hipótesis Específicas</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. La ansiedad está asociado con la dispepsia funcional en los estudiantes del primero a sexto año de la E. A. P. de Medicina Humana de la UNHEVAL – Huánuco 2017. 2. La depresión está asociado con la dispepsia funcional en los estudiantes del primero a sexto año de la E. A. P. de Medicina Humana de la UNHEVAL – Huánuco 2017. 3. Los hábitos alimenticios están asociados con la dispepsia funcional en los estudiantes del primero a sexto año de la E. A. P. de Medicina Humana de la UNHEVAL – Huánuco 2017. 	<p>Variable dependiente:</p>			
		Dispepsia funcional	Dispepsia funcional		
		<p>Variable independientes:</p>			
		Ansiedad	Ansiedad recategorizada / Dispepsia funcional	Chi 2	
		Depresión	Depresión recategorizada / Dispepsia funcional	Chi 2	
		Hábitos alimenticios	Hábitos alimenticios / Dispepsia funcional	Chi 2	
		<p>Variable intervinientes:</p>			
		Edad	Edad recategorizada / Dispepsia funcional	Chi 2	
		Género	Género / Dispepsia funcional	Chi 2	
		Estado civil	Estado civil / Dispepsia funcional	Chi 2	
		Convivencia	Convivencia / Dispepsia funcional	Chi 2	
		Situación económica	Situación económica / Dispepsia funcional	Chi 2	
		Año de estudio	Año de estudio / Dispepsia funcional	Chi 2	
Número de créditos	Número de créditos recategorizados / Dispepsia funcional	Chi 2			

ANEXO N°9**Tabla 4.** Características sociodemográficas y económicos de los estudiantes de medicina de la UNHEVAL 2017

Característica	Frecuencia	%
<i>Género</i>		
Femenino	116	52,0
Masculino	107	48,0
<i>Estado Civil</i>		
Soltero/a	217	97,3
Casado/a	6	2,7
<i>Convivencia</i>		
Solo/a	66	29,6
Padres y/o hermanos	147	65,9
Pareja sin hijos	4	1,8
Pareja con hijos	6	1,8
<i>Solvencia Económica</i>		
Dinero de Padres	176	78,9
Trabaja	19	8,5
Trabaja y recibe dinero	28	12,6
<i>Edad (años)</i>		
	$X \pm DS$	23 ± 4
16-20 años	49	22,0
21-25 años	108	48,4
26-30 años	55	24,7
31-35 años	7	3,1
36-40 años	4	1,8

ANEXO N°10**Tabla 5.** Características Académicas de los estudiantes de medicina de la UNHEVAL - 2017

Característica	Frecuencia	%
<i>Año de Estudio</i>		
Primer Año	27	12,1
Segundo Año	69	30,9
Tercer Año	47	21,1
Cuarto Año	27	12,1
Quinto Año	21	9,4
Sexto Año	32	14,3
	223	
<i>Número de Créditos</i>		
<=20 créditos	112	50,2
> a 20 créditos	111	49,8

ANEXO N°11**Tabla 6.** Análisis inferencial entre características sociodemográficas, económicas y académicas con la dispepsia funcional en estudiantes de medicina de la UNHEVAL-2017

Características	Dispepsia Funcional				p	OR	IC 95%	
	Ausencia	%	Presencia	%			Inferior	Superior
<i>Género</i>								
Femenino	82	44,6	34	87,2	0,000 ^{&}	0,118	0,044	0,316
Masculino	102	55,4	5	12,8				
<i>Estado Civil</i>								
Soltero/a	178	96,7	39	100	0,253 ^{&}	0,820	0,771	0,873
Casado/a	6	3,3	0	0,0				
<i>Convivencia</i>								
Solo/a	62	33,7	4	10,3	0,034 ^{&}			
Padres y/o hermanos	114	62,0	33	84,6				
Pareja sin hijos	3	1,6	1	2,6				
Pareja con hijos	5	2,7	1	2,6				
<i>Solvencia Económica</i>								
Dinero de Padres	140	76,1	36	92,3	0,050 ^{&}			
Trabaja	19	10,3	0	0,0				
Trabaja y recibe dinero	25	13,6	3	7,7				

Edad (años)

X ± DS

16-20 años	36	19,6	13	33,3	
21-25 años	87	47,3	21	53,8	
26-30 años	50	27,2	5	12,8	0,089 ^{&}
31-35 años	7	3,8	0	0,0	
36-40 años	4	2,2	0	0,0	

Año de Estudio

Primer Año	21	11,4	6	15,4	0,215 ^{&}
Segundo Año	55	29,9	14	35,9	
Tercer Año	36	19,6	11	28,2	
Cuarto Año	23	12,5	4	10,3	
Quinto Año	21	11,4	0	0,0	
Sexto Año	28	15,2	4	10,3	

Número de Créditos

<=20 créditos	95	51,6	17	43,6	0,362 ^{&}	1,381	0,689	2,770
> a 20 créditos	89	48,4	22	56,4				

 &: Chi 2

ANEXO N°12**Tabla 7.** Análisis inferencial ansiedad, depresión y hábitos alimenticios asociados a dispepsia funcional en estudiantes de medicina de la UNHEVAL del 2017.

Características	Dispepsia Funcional				p	OR	IC 95%	
	Ausencia	%	Presencia	%			Inferior	Superior
<i>Ansiedad</i>								
No	145	78,8	19	48,7	0,000 ^{&}	3,914	1,904	8,045
Si	39	21,2	20	51,3				
<i>Depresión</i>								
No	172	93,5	24	61,5	0,000 ^{&}	8,958	3,749	21,404
Si	12	6,5	15	38,5				
<i>Hábitos Alimenticios</i>								
Omisión del Desayuno								
No	134	72,8	19	48,7	0,003 ^{&}	2,821	1,391	5,720
Si	50	27,2	20	51,3				
Omisión del Almuerzo								
No	141	76,6	15	38,5	0,000 ^{&}	5,247	5,529	10,886
Si	43	23,4	24	61,5				
Omisión de la Cena								
No	135	73,4	17	43,6	0,000 ^{&}	3,565	1,749	7,269
Si	49	26,6	22	56,4				
Volumen de Ingesta								
Inadecuada	30	16,3	20	51,3	0,005 ^{&}	0,185	0,088	0,388
Adecuada	154	83,7	19	48,7				
Velocidad de Alimentación								
Inadecuado	63	34,2	21	53,8	0,022 ^{&}	0,446	0,222	0,898
Adecuado	121	65,8	18	46,2				
Temperatura de Alimentos								
Inadecuado	21	11,4	20	51,3	0,000 ^{&}	0,122	0,056	0,266
Adecuado	163	88,6	19	48,7				

&: Chi 2

NOTAS BIBLIOGRÁFICAS

DIEGO LEOMAR CANALES PICHÉN

Nació el 29 de septiembre del año 1993 en la ciudad de Huánuco, del departamento de Huánuco. Cursó sus estudios de primaria y secundaria en la IEP La Divina Misericordia - Huánuco. Inició sus estudios universitarios en la EP. Medicina Humana de la UNHEVAL en el año 2012. Realizó el internado médico en el Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins – EsSalud del 1ro de enero del 2018 al 31 de diciembre del 2018.

JAVIER ESTEBAN CARHUARICRA ATAHUAMAN

Nació el 2 de octubre del año 1984 en la ciudad de Huánuco, del departamento de Huánuco. Cursó sus estudios de primaria en la Institución Educativa Julio Armando Ruiz y estudio secundario en el C.N.A Marcos Duran Martel - Amarilis. Curso sus estudios universitarios en la EP. Medicina Humana de la UNHEVAL, egresando el año 2018. Realizó el internado médico en el Hospital Regional Hermilio Valdizán - Huánuco del 1ro de enero del 2018 al 31 de diciembre del 2018.