

**UNIVERSIDAD PRIVADA DE TACNA**  
**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD**  
**ESCUELA PROFESIONAL MEDICINA HUMANA**

---



**TESIS:**

**“ASOCIACIÓN DE DISPEPSIA CON ANSIEDAD Y DEPRESIÓN EN  
ESTUDIANTES DE MEDICINA DE LA UNIVERSIDAD PRIVADA DE  
TACNA 2019-I”**

**Para optar el título profesional de Médico Cirujano**

**Presentado por:**

**Bach. Terry Jhon Brayan Aquisé Quispe**

**Asesor:**

**Jorge Luis Mendoza Salinas**

**Tacna – Perú**

**2019**

## **AGRADECIMIENTO**

A los Docentes de la Universidad Privada de Tacna por las orientaciones y su permanente entrega en la formación de nosotros como profesionales de excelencia  
Al jurado calificador: Dr. Alvites Cuba Guillermo, Dra. Rivera Delgado Regina y Dr. Velasquez Manzuelos Alonso; por las observaciones y sugerencias que ha hecho posible culminar con éxito el presente trabajo de investigación.

Al Asesor Dr. Mendoza Salinas Jorge; por sus valiosos aportes para la elaboración y ejecución del presente trabajo de investigación.

A los estudiantes de medicina de la facultad de Ciencias de la Salud del año 2019 sujetos de estudio, por su voluntariedad para participar en el estudio.

## **DEDICATORIA**

A Dios por darme la dicha de vivir, por ser mi guía espiritual, fortaleza y fuerza en mi camino.

A mis queridos padres: Don Alfredo Aquise y Doña Reyna Quispe por estar siempre a mi lado cuando más lo necesito, en los buenos y malos momentos de mi corta vida, por mostrarme en cada momento su apoyo incondicional y el interés para que estudie y me desarrolle completamente en todos los aspectos de mi vida, pues ellos me han sabido guiar, levantarme y sostenerme en el camino sin importar nada; poniéndome antes de sus compromisos personales, gracias por mostrarme que todo lo que me proponga lo pueda lograr que con un poco de esfuerzo nada es imposible sin importar el tiempo y espacio.

A mi hermano Eduardo Aquise por las ganas que siempre me contagió y el apoyo que recibí de su parte en todo momento.

## RESUMEN

**Objetivos:** Establecer la asociación de dispepsia con ansiedad y depresión en estudiantes de medicina de la universidad privada de Tacna 2019.

**Metodología:** El estudio fue de carácter descriptivo, observacional, retrospectivo de corte transversal. Se trabajó con una muestra de 260 estudiantes de medicina de la Universidad Privada de Tacna matriculados en el semestre académico 2019-I. Se utilizó el test de dispepsia elaborado y validado por Bisbal y León Barúa (1998); y el test de HADS (Hospital Anxiety and Depression Scale) para evaluar ansiedad y depresión adaptado al Perú por Riveros M (2001). Se elaboró la base de datos en el programa Excel 2016 y para el análisis estadístico se utilizó SPSS v.19. Se presentaron tablas y gráficos en frecuencia y porcentajes. Para hallar la asociación entre las variables se utilizó la Prueba Exacta de Fisher.

**Resultados:** Se evaluó a 260 alumnos de medicina mediante los test antes descritos y se encontró que la dispepsia era muy frecuente (83.8%) en estudiantes de medicina de la Universidad Privada de Tacna 2019, a predominio de mujeres (89.3%) siendo estos valores estadísticamente significativos ( $p = 0.01$ ). Respecto a la ansiedad los porcentajes más altos corresponden a grados bajos (42.3%) e intermedios (32.3%) siendo su asociación con la dispepsia no significativa ( $p = 0.65$ ). Respecto a la depresión los porcentajes más altos corresponden a grados bajos (54.2%) y muy bajos (23.8%) siendo su asociación con la dispepsia no significativa ( $p = 0.14$ ).

**Conclusión:** La asociación entre dispepsia con ansiedad y depresión no es estadísticamente significativa en estudiantes de medicina de la Universidad Privada de Tacna 2019.

**PALABRAS CLAVE:** Dispepsia, ansiedad, depresión

## ABSTRACT

**Objectives:** To establish the degree of association of dyspepsia with anxiety and depression in students of medicine in the Private University of Tacna 2019.

**Methodology:** It is a descriptive, observational, retrospective study cross sectional type. This worked with a simple of 260 medical students in the Private University of Tacna registered on semester 2019-I. This worked with the test of dispepsia validated by Bisbal and León Barúa (1998); and the test Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) to evaluate anxiety and depression adapted to Perú by Riveros M (2001). The database was elaborated in the Excel 2016 program and SPSS v.19 was used for the statistical analysis. Tables and graphs were presented in frequency and percentages. To find the association between the variables, Fisher's Exact Test was used.

**Results:** 260 medical students were evaluated through the tests described above and it was found that dyspepsia was very frequent (83.8%) in medical students of the Private University of Tacna 2019, with predominance of women (89.3%), these values being statistically significant ( $p = 0.01$ ). Regarding anxiety, the highest percentages correspond to low (42.3%) and intermediate (32.3%) degrees being its association with non-significant dyspepsia ( $p = 0.65$ ). Regarding depression, the highest percentages correspond to low (54.2%) and very low (23.8%) degrees being its association with non-significant dyspepsia ( $p = 0.14$ )

**Conclusion:** The association between dyspepsia with anxiety and depression is not statistically significant in medical students of the Private University of Tacna 2019.

**KEY WORDS:** Dyspepsia, anxiety, depression

	<b>ÍNDICE</b>	<b>Pág.</b>
<b>AGRADECIMIENTO</b>		<b>2</b>
<b>DEDICATORIA</b>		<b>3</b>
<b>RESUMEN</b>		<b>4</b>
<b>ABSTRACT</b>		<b>5</b>
<b>ÍNDICE</b>		<b>6</b>
<b>INTRODUCCIÓN</b>		<b>8</b>
<b>1. CAPÍTULO I: EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN</b>		<b>9</b>
<b>1.1 Fundamentación del Problema</b>		<b>9</b>
<b>1.2 Formulación del Problema</b>		<b>10</b>
<b>1.3 Objetivos de la Investigación</b>		<b>10</b>
<b>1.3.1. Objetivo General</b>		
<b>1.3.2. Objetivos Específicos</b>		
<b>1.4 Justificación</b>		<b>10</b>
<b>1.5 Definición de términos</b>		<b>12</b>
<b>2. CAPÍTULO II: REVISIÓN BIBLIOGRAFICA</b>		<b>15</b>
<b>2.1 Antecedentes de la investigación</b>		<b>15</b>
<b>2.2 Marco teórico</b>		<b>27</b>
<b>3. CAPÍTULO III: HIPÓTESIS, VARIABLES Y</b>		<b>35</b>
<b>DEFINICIONES OPERACIONALES</b>		
<b>3.1 Hipótesis</b>		<b>35</b>
<b>3.2 Operacionalización de las variables</b>		<b>35</b>
<b>4. CAPÍTULO IV: METODOLOGÍA INVESTIGACIÓN</b>		<b>36</b>
<b>4.1 Diseño</b>		<b>36</b>
<b>4.2 Ámbito de estudio</b>		<b>36</b>
<b>4.3 Población y muestra</b>		<b>37</b>
<b>4.3.1 Criterios de Inclusión</b>		<b>37</b>
<b>4.3.2 Criterios de Exclusión</b>		<b>37</b>
<b>4.2 Instrumentos de Recolección de datos</b>		<b>37</b>

<b>5. CAPÍTULO V: PROCEDIMIENTOS DE ANÁLISIS DE DATOS</b>	<b>39</b>
<b>RESULTADOS</b>	<b>40</b>
<b>DISCUSIÓN</b>	<b>46</b>
<b>CONCLUSIONES</b>	<b>48</b>
<b>RECOMENDACIONES</b>	<b>49</b>
<b>BIBLIOGRAFÍA</b>	<b>50</b>
<b>ANEXOS</b>	<b>55</b>
<b>Anexo 1°</b>	<b>56</b>
<b>Anexo 2°</b>	<b>57</b>
<b>Anexo 3°</b>	<b>58</b>

## INTRODUCCIÓN

El presente trabajo de tesis se enfoca en aquellos estudiantes pertenecientes a la escuela de medicina de la Universidad Privada de Tacna, teniendo en cuenta la asociación de dispepsia y sus factores de riesgo, en esta investigación abarcaremos a dos de ellos, ansiedad y depresión.

A nivel mundial la dispepsia puede llegar a comprometer hasta el 40% de todas las patologías gastrointestinales, es preocupante porque se sabe también que sólo la décima parte de estos pacientes buscan atención médica (1) (2), en algunos países reportan, inclusive, que entre un 20 a 30 por ciento de su población general refiere haber sufrido síntomas dispépticos en los último 6 meses considerándose, así, una enfermedad de gran impacto social, económico y sanitario (3).

Ahí surge una problemática debido a que, sumado a ello, en otros trabajos de investigación afirman que estudiantes de medicina están asociados a factores de riesgos psicológicos, como ansiedad y depresión (4). Motivo por el cual surge un planteamiento si la dispepsia tiene alguna relación con la ansiedad y depresión, dicho enunciado se irá resolviendo a lo largo de este trabajo de investigación.

## 1. CAPÍTULO I: EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

### 1.1 Fundamentación del Problema

Dentro de la clasificación de Roma IV, en trastornos funcionales gastroduodenales encontramos a la dispepsia, que es una enfermedad que se manifiesta con molestia en la parte superior del abdomen o malestar epigástrico, es multifactorial, periódica, que se puede cronificar con el tiempo, con síntomas y signos característicos tales como: saciedad temprana, náuseas o vómito, distensión abdominal y ardor en el estómago (quemazón). (5)

Estudios latinoamericanos muestran que los estudiantes e internos de medicina presentan prevalencias de dispepsia mayores al 42% (6) (7) pero existen pocos reportes de los factores que estarían asociados, así, los desconocimientos de dichos factores podrían repercutir en sus estudios y esferas sociales (8) (9) sin considerar los costos económicos.

En un trabajo local en nuestro país, una investigación realizada en la facultad de medicina de la Universidad Mayor de San Marcos ha hallado una mayor asociación entre padecer dispepsia con ansiedad, depresión, afirmando que los estudiantes de medicina son una población vulnerable. (6)

Se ha demostrado que la dispepsia puede afectar poblaciones vulnerables como, los estudiantes de medicina que se les vincula a alteraciones psicológicas, como ansiedad y depresión, entre otras (4).

Es por todo lo anteriormente mencionado que planteamos como problema, si factores de riesgo como son la ansiedad y depresión están asociados a dispepsia en estudiantes de medicina de nuestra casa de estudios, la Universidad Privada de Tacna.

## **1.2 Formulación del Problema**

¿Cuál es el grado de asociación de dispepsia con ansiedad y depresión en estudiantes de medicina de la Universidad Privada de Tacna en el año 2019-I?

## **1.3 Objetivos de la Investigación**

### **1.3.1. Objetivo General**

Conocer la asociación de dispepsia con ansiedad y depresión en estudiantes de medicina de la Universidad Privada de Tacna en el año 2019-I.

### **1.3.2. Objetivos Específicos**

- a) Reconocer la frecuencia de dispepsia en estudiantes de medicina de la Universidad Privada de Tacna en el año 2019-I.
- b) Conocer la frecuencia de ansiedad, en estudiantes de medicina de la Universidad Privada de Tacna en el año 2019-I.
- c) Conocer la frecuencia de depresión, en estudiantes de medicina de la Universidad Privada de Tacna en el año 2019-I.
- d) Hallar el grado de asociación de dispepsia con ansiedad y depresión en estudiantes de medicina de la Universidad Privada de Tacna en el año 2019-I.

## **1.4 Justificación**

Actualmente la dispepsia es considerada una enfermedad de etiología multifactorial que genera impacto en la calidad de vida de gran parte de nuestra sociedad, sobre todo en

poblaciones de riesgo como los estudiantes de medicina. En un trabajo de investigación realizado en nuestro país en la facultad de medicina de la Universidad Mayor de San Marcos se halló una fuerte asociación de dispepsia con ansiedad y depresión afirmando que los estudiantes de medicina son una población vulnerable (6). En otro estudio realizado a ocho facultades de medicina peruanas uno de cada cuatro estudiantes presentó dispepsia; (10) este resultado es menor a la reportada en dos estudios, uno realizado en Argentina, donde el 43% de los estudiantes de medicina presentaron dispepsia, (11) y la otra investigación fue un reporte local que encontró una prevalencia de dispepsia mayor del 40%. (6) Así, se ha encontrado que la calidad de vida en los pacientes con dispepsia es desfavorable en comparación con la población general. (5)

La carrera de medicina es una de las más demandantes, esto no sólo debido a su duración sino también a las exigencias académicas implicadas. Se ha visto que en la facultad de medicina la perturbación emocional por parte de los estudiantes es mucho más alta que en la población general, lo que fue demostrado en un estudio en Universidades Británicas en las cuales la prevalencia de estrés fue de 61.4% (12).

Se ha observado que aquellos que tienen ansiedad llegan a hacer 3,9 veces más riesgo de padecer dispepsia y una cifra muy similar en el caso de depresión (13).

Considerando lo antes mencionado este proyecto puede resultar relevante para determinar la asociación que existe en

estos factores de riesgo y los grados que se puedan presentar en el estudiante de medicina a lo largo de su formación como futuro profesional en ciencias de la salud.

En este contexto evaluar los niveles de ansiedad y depresión pueden dar un impulso a la instauración de alguna estrategia preventiva en la universidad para en un futuro llevar una vida más saludable, además los resultados de esta investigación podrán estimular a realizar próximos estudios que fortalezcan conceptos de esta manera optimizar los estilos de vida de la población estudiantil.

### 1.5 Definición de términos

Para definir lo siguientes términos se acudió a DeCsl.

#### **Dispepsia**

Descriptor Inglés:	Dyspepsia
Descriptor Español:	Dispepsia
Sinónimos:	Indigestión
Definición Español:	Digestión deteriorada, especialmente después de comer.

#### **Ansiedad**

Descriptor Inglés:	Anxiety
Descriptor Español:	Ansiedad
Sinónimos:	Ansiedad Social
Definición Español:	Sentimientos o emociones de temor, aprensión y desastre inminente pero no incapacitantes como con trastornos de ansiedad.

## **Depresión**

Descriptor Inglés:	Adjustment Disorders
Descriptor Español:	Trastornos de Adaptación
Sinónimos:	Trastornos de Ajuste Depresión reactiva Trastornos reactivos Trastorno situacional transitorio Reacción de aniversario
Definición Español:	Reacciones de inadaptación a estresores psicosociales identificables que ocurren dentro de un corto tiempo después de la aparición del estresor. Ellas se manifiestan a través de daño en el funcionamiento social y ocupacional o a través de síntomas (depresión, ansiedad, etc.) que son en excesivos comparados con una reacción normal y esperada al estresor.

## **Estrés psicológico**

Descriptor Inglés:	Stress, Psychological
Sinónimos Español:	Angustia Estrés Emocional Estrés Vital Padecimiento Mental

Definición Español:

1) Estrés donde los factores emocionales son predominantes.

2) Cuadro mórbido característico, de naturaleza básicamente psíquica, donde existen alteraciones orgánicas capaces de ser evidenciadas por los medios usuales de examen médico, que aparece en condiciones especiales de trabajo o de guerra. Presenta cuadro psíquico predominante acompañado de repercusión orgánica. La sintomatología es múltiple y polimorfa con dolores de cabeza, mareos, falta de apetito, temblor de extremidades, adinamia, dificultad de concentración, crisis de llanto.

## **2. CAPÍTULO II: REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA**

### **2.1 ANTECEDENTES**

#### **INTERNACIONALES**

**Vinaccia S; Quiceno J; Medina A; Castañeda B; Castelblanco P. Calidad de vida, resiliencia, percepción y conducta de enfermedad en pacientes con diagnóstico de dispepsia funcional. Bogotá, Colombia 2014. (5)**

El presente trabajo de investigación tuvo un diseño 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).

Tuvo como objetivo 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.

Obteniendo como 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.

El autor concluye que se sugiere el desarrollo de programas de intervención psicológica para el tratamiento del distrés psicológico y la sintomatología física de los pacientes con dispepsia funcional.

**Acosta F; Cano M; Olarte M. Factores psicológicos asociados a síntomas dispépticos. Universidad Veracruzana, Xalapa, México. 2014.**

(14)

El presente trabajo de investigación es un exploratorio, utilizándose para ello un diseño correlacional de covariación entre variables con un solo grupo. Constituyó una muestra no probabilística conformada por 40 sujetos que asistían al servicio de urgencias del hospital de Fontibón, nivel II, ubicado en esa localidad en la ciudad de Bogotá; dicho hospital atiende a personas de estratos socioeconómicos bajos.

A pesar de los datos encontrados, hay escaso conocimiento respecto de la manifestación en la población colombiana, lo que fue el objetivo principal del presente estudio.

Obteniendo como resultados y concluyendo que la asociación existente entre los síntomas dispépticos y diversos factores cognitivos, emocionales, psicosociales y psicofisiológicos, corroborándose en esta población lo obtenido en otros estudios realizados con poblaciones diferentes.

Los resultados hallados ponen de manifiesto la necesidad de atender a dichos factores, pues la intervención en ellos tiene efectos positivos en los pacientes; en este sentido, se ha señalado que el tratamiento psicológico puede ser muy valioso para tratar, por ejemplo, el síndrome del intestino irritable, aunque sin olvidar que el tratamiento médico es necesario (Blanchard y Malamood, 1996), tal como se ha verificado en otros estudios, en los que se ha visto que al aplicar terapias tomadas de la psicología clínica, combinadas con medicamentos tradicionales, se logran mejores resultados en los pacientes con trastornos gastrointestinales que reciben sólo esos tratamientos tradicionales.

**Barraza L R, Muñoz N N, Alfaro G M, Álvarez M A, Araya T V, Villagra C J, et al. Ansiedad, depresión, estrés y organización de la personalidad en estudiantes novatos de medicina y enfermería. Revista chilena de Neuropsiquiatría. Chile. 2015. (15)**

El presente estudio corresponde a un diseño no experimental, de tipo transeccional de carácter correlacional realizado en una muestra de 110 estudiantes de primer año de la cohorte 2013, cuyas edades fluctuaban entre los 18 a 34 años ( $M = 20,7$ ;  $DE = 3,41$ ) y su moda es de 18, correspondientes a las carreras de medicina (66 estudiantes) y enfermería (44 estudiantes), de tres universidades de la Serena y Coquimbo, IV Región de Coquimbo, Chile.

Tuvo como objetivo establecer la relación de las dimensiones de personalidad, con la ansiedad, depresión y estrés en estudiantes de primer año de medicina y enfermería

Obteniendo como resultado correlación entre todas las dimensiones de organización de la personalidad, con la ansiedad, depresión y estrés. Además, un 47% presenta ansiedad, 28% depresión y 44% estrés, en rangos medio a muy severo. Un 65% califica con estructura de personalidad limítrofe donde dos dimensiones de personalidad presentan valores altos.

El autor concluye que, a mayor integración de la personalidad, menor es el nivel de ansiedad, depresión y estrés, A partir de ello se propone que evaluar tempranamente ambas condiciones permitiría orientar acciones paliativas que favorezcan el desarrollo de estos estudiantes en etapas iniciales del proceso formativo, por otra parte, se plantea la discusión en torno a ser consideradas conductas de entradas a evaluar en los procesos de selección a las carreras.

**Theaux A. Frecuencia de Dispepsia Funcional en estudiantes de Medicina de la Universidad Abierta Interamericana. Buenos Aires. Argentina 2012. (11)**

Se realizó un estudio de tipo descriptivo y transversal en base a 105 encuestas a estudiantes regulares del 1º al 5º año de la carrera de Medicina de la Universidad Abierta Interamericana, Sede Regional Rosario, durante el período comprendido entre el 5 de marzo del 2012 al 5 de junio del 2012, según los criterios diagnósticos Roma III.

Tuvo como objetivo conocer la frecuencia de presentación de Dispepsia funcional según edad, sexo y año de la carrera; indagar las características clínicas con la que se presenta la dispepsia funcional; analizar el tipo de tratamiento al que se someten los estudiantes; la frecuencia de automedicación y de consulta médica; conocer la frecuencia de recurrencia de la dispepsia; la frecuencia de infección por *Helicobacter Pylori*, método diagnóstico empleado, tratamiento indicado y resultado del mismo e indagar el antecedente de dispepsia funcional previo al ingreso en la carrera de Medicina.

Obteniendo como resultado Del total de la población, el 42.9% correspondía al diagnóstico de dispepsia (Roma III); el 31.4% no presentaba ningún síntoma; el 17.1% presenta predominantemente síntomas de regurgitación y pirosis, y en menor medida síntomas aislados. Los síntomas más frecuentes fueron: ardor epigástrico, epigastralgia (más de la mitad en relación con la ingesta de alimentos y de éstos el 55% calmaba con la ingesta o con el estómago lleno), regurgitación ácida y sensación de plenitud postprandial.

**Molina JCS, Brito MCP, Cardoso MGP. Estudio Descriptivo: Estrés y Calidad de Vida en Estudiantes de Medicina de la Universidad del Azuay. Cuenca. Ecuador 2017. (12)**

Se realizó un estudio observacional, desarrollado en un modelo longitudinal y comparativo. Incluyó a los estudiantes de primero y quinto ciclo de la facultad de Medicina. Se realizó una medición del cortisol plasmático durante el periodo de clases regulares y en la semana de exámenes finales para comparar los resultados, así como se aplicó el cuestionario Q LES Q (Quality of Life Enjoyment and Satisfaction Questionnaire) para determinar calidad de vida.

Tuvo como objetivo determinar los niveles de estrés y calidad de vida de estudiantes de primero y quinto ciclo de la carrera de medicina para compararlos y determinar la influencia de estos factores en su rendimiento académico.

Obteniendo como resultado que la calidad de vida fue catalogada como buena en un 27 % de estudiantes. La media de cortisol inicial fue  $9.88 \pm 3.35$   $\mu\text{g/dl}$  en alumnos de primer ciclo y  $14.88 \pm 7.09$   $\mu\text{g/dl}$  en los alumnos de quinto ( $p: 0.05$ ). Luego del periodo de exámenes, la media de cortisol llegó a  $14.36 \pm 5.43$   $\mu\text{g/dl}$  en alumnos de primer ciclo y  $18.23 \pm 5.83$   $\mu\text{g/dl}$  en los alumnos de quinto ( $p: 0.05$ ).

El auto concluye que existieron diferencias significativas entre los niveles plasmáticos de cortisol de los alumnos de primero y quinto ciclo, así como al comparar los valores en los dos periodos examinados. No se demostró que una calidad de vida regular se relacione con un desempeño académico negativo ni con los niveles plasmáticos de cortisol.

**Jiang S-M., et al. Incidencia y características psicológico-conductuales de la dispepsia funcional refractaria: Una investigación grande, multicéntrico y prospectiva de China. World Journal Gastroenterology. China. 2015. (16)**

El presente trabajo de investigación los sujetos de estudio fueron 1341 nuevos pacientes con dispepsia funcional (FD) que fueron diagnosticados según los criterios de Roma III en cuatro hospitales de la provincia de Guangdong entre junio y septiembre de 2012 y 100 voluntarios sanos. Todos los sujetos completaron los cuestionarios y las escalas administradas.

Tuvo como objetivo cuantificar la incidencia de dispepsia funcional refractaria (RFD) e identificar las características psicológicas y de comportamiento de los pacientes con RFD para ilustrar la importancia de reconocer y diagnosticar RFD y proporcionar una base para el tratamiento clínico y la prevención de recaídas.

Obteniendo como resultados que Trescientos veintisiete de los 1341 pacientes con FD tenían RFD (24,4%). La prevalencia de síntomas de depresión y ansiedad fue mayor en pacientes con RFD que en pacientes con dispepsia funcional no refractaria (NRFD). La prevalencia de comportamientos alimentarios poco saludables, falta de actividad física y trastornos del sueño fue mayor en los pacientes con RFD que en los pacientes con NRFD. Los pacientes con RFD buscaron consejo médico en más ocasiones y gastaron más dinero en el tratamiento que los pacientes con NRFD. Por último, los pacientes con RFD tenían peor calidad de vida que los pacientes con NRFD.

El autor concluye que RFD no es raro en la práctica clínica y debe llamar la atención de los pacientes y los médicos debido a su larga duración, síntomas severos, y asociaciones con psicología anormal y mala calidad de vida.

**Ebling B., et al. Influencia de diversos factores en la dispepsia funcional.**

**Osje ko-baranjska. 2016 (17)**

En el presente trabajo de investigación es transversal y de control de casos realizado en 2010 sobre una muestra sistemática de 900 sujetos entre 20 y 69 años de edad a cada sujeto se le envió una carta de invitación y un cuestionario de diagnóstico de Roma III para uno de los trastornos. Se utilizó un algoritmo de puntuación para confirmar o excluir el diagnóstico de dispepsia funcional (FD). Para el análisis se utilizó la prueba del chi cuadrado, la prueba t y la regresión logística.

Tuvo como objetivo establecer la prevalencia de la dispepsia en el condado de Osjecko-baranjska, establecer sus características específicas y determinar el efecto de las características demográficas, antropométricas y factores socioeconómicos.

Obteniendo como resultados y concluyendo que la prevalencia de dispepsia se registró en 16, 56% de los sujetos. No hay diferencia estadísticamente significativa en la prevalencia de dispepsia masculina y femenina. Hubo un mayor número de sujetos que tenían al menos un síntoma de alarma o algunos de los factores psicosociales y que a menudo sufrían de una enfermedad crónica. El riesgo de dispepsia aumenta con la edad, el aumento de índice de masa corporal (IMC) y la mala salud. La regresión logística mostró lo siguiente como estadísticamente significativo para la dispepsia: lugar de nacimiento y autoevaluación de la salud. FD presenta un importante problema de salud. El cuestionario de la encuesta de Roma III demostró ser un método aceptable para diagnosticar este trastorno funcional en la atención clínico-consiliaria y la atención primaria de salud para las personas que muestran signos de alarma y necesitan un tratamiento diagnóstico adicional.

**Chen Y., et al. Asociación de Características Psicológicas y Dispepsia Funcional Resultado del Tratamiento. Zhejiang, China. 2016. (18)**

En el presente trabajo de investigación para medir la personalidad, los síntomas psicológicos y la calidad del sueño en nuestros pacientes, se utilizó el cuestionario de personalidad de Eysenck (EPQ), la lista de síntomas 90 (SCL90) y el índice de calidad del sueño de Pittsburgh (PSQI). Leeds Dyspepsia Questionnaire (LDQ) se utilizó para evaluar los síntomas dispépticos al inicio y después de ocho semanas de tratamiento. Las puntuaciones de LDQ cambiar después de la terapia, y la tasa degradada de LDQ se utilizó para evaluar el pronóstico de los pacientes. Se utilizó un modelo de regresión logística para evaluar el efecto de la personalidad, los síntomas psicológicos y la calidad del sueño en el pronóstico de los pacientes.

Tuvo como objetivo investigar la asociación de características psicológicas y dispepsia funcional resultado del tratamiento en 109 pacientes que cumplieron con los criterios para FD fueron inscritos.

Obteniendo como resultados que la mala calidad del sueño (95% IC 1,83-32,25) y el mal estado matrimonial (IC del 95%: 1,10-1,36) tuvieron un efecto negativo en el pronóstico de FD, mientras que la extroversión en los rasgos de personalidad (IC del 95%: 0,76 -0.96) tuvo un efecto positivo en el pronóstico de la FD.

El autor concluye que debemos prestar atención a la calidad del sueño, la personalidad y el estado matrimonial de los pacientes con FD; Intervención psicológica puede tener beneficio en FD refractaria.

**Heidari Z; Keshteli A; Feizi A; Afshar H; Adibi P. Las quejas somáticas están significativamente asociadas con la dispepsia crónica no investigada y sus síntomas. Isfahan, Irán. 2016. (19)**

El presente trabajo de investigación es un estudio transversal realizado en 4763 adultos iraníes, las quejas somáticas se evaluaron mediante un exhaustivo cuestionario de 31 ítems. Los pacientes con dispepsia crónica no investigada (CUD) fueron identificados por los criterios de diagnóstico de Roma III.

Tuvo como objetivo que la somatización puede influir en la persistencia y severidad de los síntomas en las enfermedades gastrointestinales.

Obteniendo como resultado que CUD, molestia postprandial, saciedad temprana y dolor epigástrico o ardor fueron identificados en 723 (15,2%), 384 (8,1%), 302 (6,3%) y 371 (7,8%) de la población estudiada. La frecuencia de las 31 quejas somáticas fue significativamente mayor en los pacientes con CUD en comparación con los controles ( $P < 0,001$ ), y la más frecuente fue la fatiga severa (45,1%). Los perfiles de quejas somáticas se extrajeron en 4 dominios, incluyendo "psicológico", "gastrointestinal", "neuro-esquelético" y "faríngeo-respiratorio". Los valores psicológicos (OR, 1,49; IC del 95%: 1,44-1,54), gastrointestinales (OR, 2,22; IC del 95%: 2,09-2,37), neuroesqueléticos (OR, 1,52; IC del 95%: 1,44-1,59) y faríngeos-respiratorio (OR, 2,09; IC del 95%, 1,94-2,25) se asociaron significativamente con mayores probabilidades de CUD.

El autor concluye que CUD y sus síntomas están fuertemente asociados con mayores niveles de quejas somáticas y sus perfiles extraídos relacionados. Esto explica quizá por qué puede ser difícil de tratar, sin embargo, se requieren nuevas investigaciones prospectivas para confirmar estas asociaciones

## NACIONALES

**Vargas M., et al. Dispepsia funcional en estudiantes de ocho facultades de medicina peruanas. Influencia de los hábitos. Revista ACTA Gastroenterológica Latinoamericana. 2016. (10)**

El presente trabajo de investigación es un estudio transversal analítico y multicéntrico. Se realizó utilizando un cuestionario autoaplicado en estudiantes de ocho facultades de medicina del Perú. La dispepsia funcional se midió por un test validado en nuestro medio; las características de alimentación, el consumir alcohol, tabaco, café o bebidas energizantes fueron considerados hábitos comportamentales, además se midieron otros del ámbito educativo y social. Se halló estadísticas de asociación bivariado y multivariado.

Obteniendo como resultados que 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.

El autor 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.

**Mejía C; Quezada C; Verastegui A; Cárdenas M; García K; Quiñones D. Factores psicosociales y hábitos asociados con dispepsia funcional en internos de un hospital nacional en Piura, Perú. 2016. (13)**

El presente trabajo de investigación es un estudio longitudinal prospectivo desarrollado en 24 internos de medicina. Se tomaron 5 encuestas, 1 basal antes de iniciar el internado médico y al finalizar cada rotación. Se usó la prueba (o test) "A new questionnaire for the diagnosis of dyspepsia" para el diagnóstico de dispepsia funcional; además, todas las pruebas utilizadas fueron validadas. Para el análisis bivariado y multivariado, se utilizó el PA-GEE, usando la familia binomial y función de enlace log, obteniendo riesgos relativos crudos (RRc) y ajustados (RRa) y sus intervalos de confianza al 95%.

Tuvo como objetivo determinar los factores psicosociales y hábitos asociados con dispepsia funcional (DF) en internos de medicina en el Hospital de Apoyo II-2 de Sullana, Piura.

Obteniendo como resultados que la edad promedio fue de 24,1 años ( $\pm 1,4$ ); el 58% (14) 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.

El autor concluye que, 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.

**Aparcana E. Síntomas dispépticos y los hábitos nocivos en estudiantes de la escuela de medicina de la Universidad Cesar Vallejo, Piura, Perú. 2017. (20)**

Estudio descriptivo, analítico, de corte transversal utilizando el test “A new questionnaire for the diagnosis of dyspepsia” para el diagnóstico de síntomas dispépticos, escala validada en español de Fargerstrom, para consumo de tabaco, escala validada al español de CAGE, para consumo de alcohol. Para el análisis bivariado y multivariado se usaron modelos lineales generalizados. Se consideró  $p < 0,05$  como valor significativo. Resultados: De los 284 estudiantes de medicina que participaron en el estudio, el 48,1% eran hombres, el 28% de estudiantes eran de primer año, el 88,4% afirmaba estar soltero, el 59,5% refería tener pareja, el 66,2% manifestaba no comer a sus horas, el 37,4% tenía problemas para conciliar el sueño. La mediana de edades fue de 22 (rango intercuartílico: 20 – 24), el 21% fumaba, el 41% consumía alcohol, el 42% consumía café y el solo el 27% consumía bebidas energizantes.

La prevalencia de síntomas dispépticos fue 39% y se encuentra asociado a los siguientes hábitos nocivos: consumir café y fumar. Los factores asociados a padecer síntomas dispépticos fue el ser hombre y la ansiedad. Las frecuencias de hábitos nocivos se detallan a continuación: fumar (60%), beber alcohol (41%), consumo de café (42%), consumo de bebidas energizantes (27%)

## 2.2 MARCO TEÓRICO

### 2.2.1 DISPEPSIA

Durante los últimos años han sido muchos los intentos de establecer una definición de la dispepsia. De acuerdo a Mearin F. (21) en la mayoría de los casos el resultado no ha sido muy afortunado y han existido discrepancias claras, en sí los síntomas debían o no estar relacionados con la digestión, qué tipo de síntomas se debían incluir, cuál debería ser la localización anatómica de las molestias, postura la que concordamos totalmente. La dispepsia en general puede ser clasificada en orgánica y no orgánica (o funcional). **(Figura 1)**. Desde un punto de vista práctico si bien la división entre orgánico y funcional puede ser en ocasiones bastante arbitraria y depender de la profundidad del estudio que de ella se realice, en este punto incluye una categoría adicional, como es la dispepsia no investigada. Así se pueden dividir en tres:

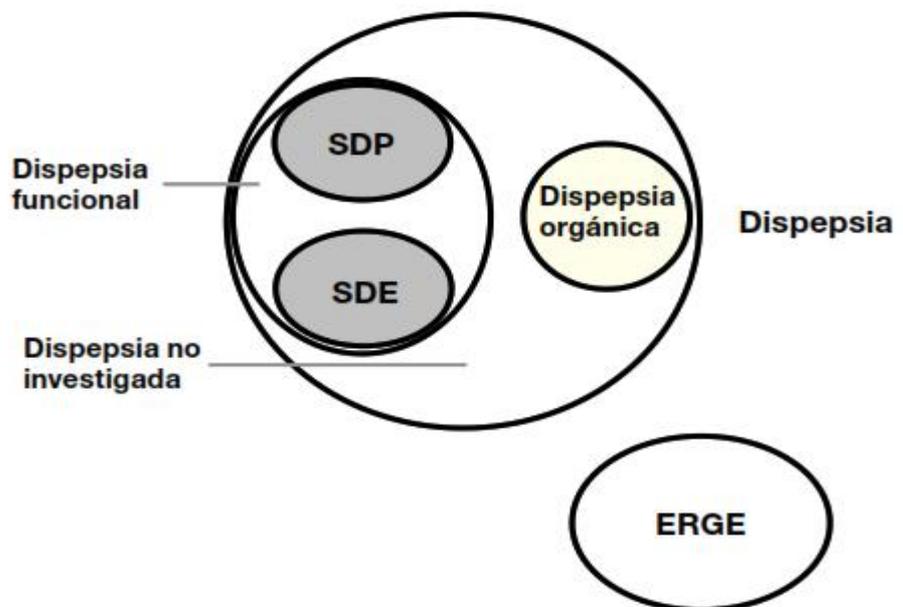


Figura 1. Subclasificación de dispepsia (21)

### 2.2.1.1 Dispepsia orgánica

Aquellas con una causa orgánica (Tabla 1) o metabólica identificada en las que, si la enfermedad mejora o se elimina, los síntomas dispépticos también mejoran o desaparecen.

<b>Gástricas</b> <ul style="list-style-type: none"><li>- Enfermedad ulcerosa péptica</li><li>- Cáncer gástrico</li></ul>
<b>Duodenales</b> <ul style="list-style-type: none"><li>- Enfermedad ulcerosa péptica</li><li>- Duodenitis erosiva</li><li>- Lesiones obstructivas</li></ul>
<b>Otras digestivas</b> <ul style="list-style-type: none"><li>- Enfermedades biliares o pancreáticas</li><li>- Lesiones inflamatorias u obstructivas del intestino delgado</li><li>- Lesiones inflamatorias u obstructivas del intestino grueso</li></ul>
<b>Enfermedades metabólicas</b> <ul style="list-style-type: none"><li>- Diabetes mellitus</li><li>- Uremia, hipercalcemia</li><li>- Enfermedad de Addison</li><li>- Hipertiroidismo, hipotiroidismo</li></ul>
<b>Neuropatías y radiculopatías</b>
<b>Relacionadas con fármacos</b> <ul style="list-style-type: none"><li>- AINES, antibióticos, levodopa, digitálicos, antiarrítmicos, antineoplásicos, estrógenos, progestágenos, etc</li></ul>
<b>Alcohol</b>

Tabla 1. Causas fundamentales de dispepsia orgánica (21)

### **2.2.1.2 Dispepsia no orgánica**

Llamada también dispepsia funcional, idiopática o esencial. El comité de Roma IV (22) recomienda la siguiente definición de dispepsia: "La dispepsia funcional se caracteriza por uno o más de los siguientes síntomas: Plenitud posprandial, saciedad temprana y dolor o quemazón epigástrico, sin evidencia de ninguna enfermedad estructural que pudiera justificar los síntomas, tras una evaluación clínica rutinaria".

### **2.2.1.3 Dispepsia no investigada**

Aquellas en las que no se ha realizado un estudio - básicamente endoscópico (que permita establecer fehacientemente si existe o no una causa orgánica de la dispepsia). Esta categoría no es infrecuente ya que en muchos pacientes no será absolutamente necesario realizar exploraciones complementarias si no cumplen criterios de edad ni existen síntomas ni signos de alarma. Las características de los síntomas no son suficientemente específicos para diferenciar la dispepsia orgánica de la funcional y, por tanto, es preferible etiquetarla como lo que es: dispepsia no investigada

### **Criterios diagnósticos para dispepsia**

El comité de Roma IV (22) ha propuesto definir a la dispepsia a dos niveles: Uno más general para uso fundamentalmente clínico, que no difiere en exceso de los criterios previamente utilizados; y otro, más específico para estudios fisiopatológicos y ensayos terapéuticos, en el que se definen dos entidades nuevas: 1. Síntomas dispépticos inducidos por la comida (síndrome del distrés postprandial o SDP), y 2.

Dolor epigástrico (síndrome del dolor epigástrico o SDE). Esta subdivisión se debe al hecho de que, aunque en muchos pacientes con dispepsia los síntomas se inician o agravan con la ingesta, también hay casos en los que las molestias aparecen en ayunas.

**a) Síndrome de distress posprandial (SDP)**

- a1) Sensación molesta de plenitud postprandial que ocurre después de comidas de volumen normal, al menos varias veces por semana.
- a2) Sensación precoz que impide la terminación de una comida normal, al menos varias veces por semana.

Criterios de apoyo:

- ) Pueden estar presentes la hinchazón en el abdomen superior o náuseas postprandiales o eructos excesivos.
- ) Puede coexistir el SDE.

**b) Síndrome de dolor epigástrico (SDE)**

- b1) Dolor o ardor localizado en el epigastrio, de intensidad al menos moderada, y con una frecuencia mínima de una vez por semana.
- b2) El dolor es intermitente.
- b3) No generalizado o localizado en otras regiones abdominales o torácicas.
- b4) No se alivia con la defecación o el ventoseo.
- b5) No cumple criterios de dolor biliar.
- b6) El dolor puede ser de tipo quemante (ardor) pero sin ser retroesternal.
- b7) El dolor frecuentemente se induce o alivia con la ingesta de comida, pero puede ocurrir en ayuno.
- b8) Puede coexistir el SDP.

### 2.2.2 ANSIEDAD

Los trastornos de ansiedad son una combinación de condiciones que se relacionan, y cada una tiene síntomas únicos. Sin embargo, todos tienen en común una característica: el persistente temor y miedo en situaciones que no son de riesgo o preocupantes. Los síntomas asociados con la condición pueden ser emocionales y/o físicos. (24)

Por lo tanto, se puede decir que la ansiedad es (Cano-Vindel, 1989):

- a) Una respuesta emocional donde el individuo difícilmente puede controlarse, siendo observado en tres niveles cognitivo-subjetivo, fisiológico y motor-expresivo; el malestar subjetivo, la alta activación fisiológica y la inquietud motora, respectivamente (Miguel-Tolbal, 1990).
- b) Reacción, que se da ante representación interna de una situación que se considera como potencialmente ansiógena. Las situaciones más frecuentes son: (a) En la que el individuo se sienta evaluado (Calvo y Eysenck, 1995); (b) una situación interpersonal (Pérez-Nieto y Cano-Vindel, 1998); (c) un estímulo fóbico (Capafons, Sosa, Viña y Averó, 1997); (d) algunos escenarios de la vida cotidiana (Cano-Vindel y Miguel-Tobal, 1995).
- c) En el nivel experiencial, la ansiedad se manifiesta como un estado de malestar psicológico, donde los sentimientos de tensión, preocupación, inseguridad, etc., conjuntamente con dificultades para concentrarse o recordar son característicos. Por lo tanto, se ve afectada la atención y a la memoria (Escalona y Hernández, 1996), así como la autoestima, control, la competencia personal, etc. (Fernández-Castro, Álvarez, Blasco, Doval y Sanz, 1998).
- d) A nivel fisiológico, se producen una serie de alteraciones que dependen de la intensidad de las respuestas del sistema nervioso autónomo como: alteraciones en la frecuencia cardíaca, conductibilidad eléctrica de la piel, la presión arterial, etc., que se acompañan de un incremento en la

tensión muscular. Esto puede generar a su vez: sudoración excesiva, arritmias y palpitaciones, molestias estomacales, dolores de cabeza, temblor en los brazos y piernas, escalofríos, respiración agitada, etc. Estas perturbaciones pueden llegar a hacerse habituales convirtiéndose en verdaderas enfermedades psicofisiológicas o psicosomáticas (Cano-Vindel y Miguel-Tobal, 1994).

- e) En el nivel expresivo hallamos: variadas conductas que muestran intranquilidad motora, así como situaciones que conllevan a un exceso de tensión muscular, conductas consumatorias que pueden dar sensación subjetiva de seguridad (Cano-Vindel, Miguel-Tobal, González e Iruarrizaga, 1994) que pueden disminuir la aceleración fisiológica y/o cognitiva. Todas estas conductas pueden ser evaluadas mediante la observación en escalas o autoinforme, encontrando semejanza entre ambos métodos (observación y autoinforme) de medida (Miguel-Tobal, 1990).

### **Clasificación de ansiedad**

De acuerdo al sistema del CIE 10 los trastornos de ansiedad se clasifican en las siguientes categorías diagnósticas:

- ) Trastorno de pánico
- ) Trastorno por ansiedad generalizada.
- ) Trastornos fóbicos: fobia específica, fobia social, agorafobia.
- ) Trastorno de ansiedad asociado al uso de drogas, medicamentos o tóxicos.
- ) Trastorno de ansiedad asociado a enfermedad médica.
- ) Trastorno de ansiedad no especificado.

### **Medición de la ansiedad**

- ) Dado que la ansiedad es una respuesta universal y que no siempre es patológica, resulta importante su medición. Para una persona es

importante saber si lo que le está sucediendo es normal o, por el contrario, debe preocuparse por ello y buscar soluciones.

) Si cuantificamos la frecuencia y/o la intensidad de las reacciones de ansiedad que tenemos normalmente (preocupaciones, inseguridad, temor, palpitaciones, evitación de situaciones, etc.) podemos medir nuestro nivel de ansiedad. Pero tenemos que comparar nuestro nivel de ansiedad con una norma (con las respuestas de una gran muestra de personas). Con este propósito, de medir o evaluar la ansiedad, se han construido muchos instrumentos de uso profesional, cuyas propiedades psicométricas (fiabilidad, validez, etc.) han sido bien estudiadas (29).

### **2.2.3 DEPRESIÓN**

La depresión se puede describir como el hecho de sentirse triste, melancólico, infeliz, abatido o derrumbado. La mayoría de nosotros se siente de esta manera de vez en cuando durante períodos cortos. La depresión clínica es un trastorno del estado anímico en el cual los sentimientos de tristeza, pérdida, ira o frustración interfieren con la vida diaria durante un período de algunas semanas o más. (25)

La depresión puede llegar a hacerse crónica o recurrente y dificultar sensiblemente el desempeño en el trabajo o la escuela y la capacidad para afrontar la vida diaria; en su forma más grave puede conducir al suicidio. Si es leve, se puede tratar sin necesidad de medicamentos, pero cuando tiene carácter moderado o grave se pueden necesitar medicamentos y psicoterapia profesional. Implica la presencia de al menos un episodio depresivo mayor, con la experiencia de humor depresivo casi todo el día, todos los días durante al menos 2 semanas. (CIE 10)

### **Clasificación de depresión**

Según el número y el nivel de síntomas puede clasificarse como leve, moderado y grave según el CIE – 10.

#### **A. Criterios generales para episodio depresivo.**

- El episodio depresivo debe durar al menos dos semanas.
- El episodio no es atribuible a abuso de sustancias psicoactivas o a trastorno mental orgánico.

#### **B. Presencia de al menos dos de los siguientes síntomas:**

- Humor depresivo de un carácter claramente anormal para el sujeto, presente durante la mayor parte del día y casi todos los días, que se modifica muy poco por las circunstancias ambientales y que persiste durante al menos dos semanas.
- Marcada pérdida de los intereses o de la capacidad de disfrutar de actividades que anteriormente eran placenteras.
- Falta de vitalidad o aumento de fatigabilidad.

#### **C. Deben estar presentes uno o más síntomas de la lista, para que la suma total sea al menos de cuatro:**

- Pérdida de confianza y estimación de sí mismo y sentimientos de inferioridad
- Reproches hacia sí mismo desproporcionados y sentimientos de culpa excesiva e inadecuada.
- Pensamientos recurrentes de muerte o suicidio cualquier conducta suicida.
- Quejas o disminución de la capacidad de concentrarse y de pensar, acompañadas de falta de decisión y vacilaciones.
- Cambios de actividad psicomotriz, con agitación o inhibición.
- Alteraciones del sueño de cualquier tipo.
- Cambios del apetito (disminución o aumento) con la correspondiente modificación del peso.

### 3. CAPÍTULO III: HIPÓTESIS, VARIABLES Y DEFINICIONES OPERACIONALES

#### 3.1. Hipótesis

¿Cuál es la asociación de dispepsia con ansiedad y depresión en estudiantes de la Facultad de Medicina de la Universidad Privada de Tacna en el año 2019-I?

#### 3.2. Operacionalización de las variables

VARIABLE	INDICADOR	CATEGORÍA	PUNTUACION	ESCALA
<b>Dispepsia</b>	Presencia o ausencia (Test de dispepsia)	Sí	Presencia de 2 síntomas (Al menos uno de ellos con 3 puntos o más)	Nominal
		No		
<b>Ansiedad</b>	Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS)	Muy bajo	07 – 09	Nominal
		Bajo	10 – 12	
		Intermedio	13 – 15	
		Alto	16 – 18	
		Muy alto	19 – 21	
<b>Depresión</b>	Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS)	Muy bajo	07 – 09	Nominal
		Bajo	10 – 12	
		Intermedio	13 – 15	
		Alto	16 – 18	
		Muy alto	19 – 21	

## **4. CAPITULO IV: METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN**

### **4.1. Diseño**

El diseño del presente trabajo fue de carácter descriptivo, observacional, retrospectivo de corte transversal.

Descriptivo porque no se influyó en el comportamiento de ninguno de los sujetos estudiados. Observacional porque no se modificaron ninguna de las variables en el estudio. Retrospectivo porque se procesaron los datos a partir de una encuesta, en estudiantes de medicina de la Universidad Privada de Tacna en el año 2019. De corte transversal porque solo se recolectaron los datos una vez en el tiempo.

### **4.2. Ámbito de estudio**

Escuela de medicina humana de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Privada de Tacna, ubicada en Campus Capanique, Av. Jorge Basadre Grohmann s/n Pocollay – Tacna.

La Universidad Privada de Tacna es una institución de carácter privado sin fines de lucro, esta se crea por iniciativa del Presbítero Luis Mellado Manzano, con la Ley N° 24060 dada por el Congreso de la República el 3 de enero de 1985 y publicada en el Diario Oficial “El Peruano” el día 09 de enero de 1985.

La Facultad de Ciencias de la Salud fue creada en el año 1993 por Resolución N° 021- 93-UPT-R como Escuela Profesional de Medicina Humana, en 1995 por Resolución Rectoral 545-95-UPT-R se convierte en Facultad de Medicina Humana y por medio de la resolución 002-2009-UPT/AU del 25 de mayo del 2009, la denominación de nuestra Facultad cambia para ser a partir de tal fecha la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Privada de Tacna.

### **4.3. Población y muestra**

- ) Universo: Estará conformado por los estudiantes de la Universidad Privada de Tacna del año 2019-I.
- ) Población: Serán todos los estudiantes de medicina (N=272) que pertenecen a la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Privada de Tacna del año 2019-I, los cuales se consideró a N=260 debido a que algunas encuestas fueron mal respondidas.

#### **4.3.1. Criterios de Inclusión**

- ) Estudiantes matriculados en el semestre académico 2019-I de la escuela de Medicina Humana de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Privada de Tacna.
- ) Estudiantes que aceptaron participar mediante consentimiento informado en el estudio.

#### **4.3.2. Criterios de Exclusión**

- ) Estudiantes que se encuentren realizando prácticas de internado

#### **4.3.3. Instrumentos de Recolección de datos**

- ) **Test de dispepsia:** [Anexo 1] “Evaluación de síntomas del tracto gastrointestinal superior” elaborado y validado por Bisbal y León Barúa 1998, (26) con el objetivo de evaluar cualitativa y cuantitativamente los síntomas sugestivos de dispepsia. Para efectos de este estudio sólo se utilizó la evaluación cualitativa del test.

La encuesta consiste en un cuestionario con 9 preguntas acerca de síntomas o molestias que hayan estado presentes en los últimos 3 meses. Además, se establece el grado de molestia. Presente la dispepsia cuando por lo menos dos síntomas y al

menos uno de los mencionados molesta medianamente o mucho (3 puntos o más en el test).

Esta prueba presenta una sensibilidad de 95% y una especificidad del 100%. Además, ya ha sido utilizado por otros investigadores en nuestro país. (27) (28).

) **HADS:** [Anexo 3] (Hospital Anxiety and Depression Scale) La procedencia de esta prueba es de la Universidad de Leeds (original en el idioma Inglés en el año 1994) fue adaptada al español por Marcelino Riveros Quiroz en Perú en el año 2001. (29).

En este cuestionario se le plantean al alumno una serie de preguntas sobre su estado de ánimo actual. En el cual los autores R. P. Snaith y S. Zigmond plantean 14 reactivos integrado por una subescala de 7 reactivos cada una, una de ansiedad (reactivos impares) y otra de depresión (reactivos pares).

Las opciones de respuesta son de tipo Likert que oscilan del cero al tres, dando un puntaje mínimo de cero, y un puntaje máximo de 21 para cada subescala.

Los puntos de corte de cero a siete indican ausencia de ansiedad y/o depresión, y según el grado de intensidad 07-09 muy bajo, 10-12 bajo, 13-15 intermedio, 16-18 alto, 19-21 muy alto.

## 5. CAPÍTULO V: PROCEDIMIENTOS DE ANÁLISIS DE DATOS

- ) Se abordó a todos los alumnos de forma individual. Se recogió la información en el mes de abril, se buscó espacios inmediatamente después de exámenes, para optimizar el número de alumnos encuestados y no interferir en sus labores académicas.
- ) Previo consentimiento informado los documentos fueron autoadministrados en presencia de encuestadores para aclarar cualquier duda. Dos encuestadores previamente capacitados en el instructivo de las pruebas colaboraron en la recolección de los datos.
- ) Luego de recolectados los datos se utilizaró el programa Microsoft Excel versión 2016 para Windows 7, para la creación de una base de datos y depuración de los mismos. Una vez terminado este proceso se hizo uso del programa SPSS v.19 para el análisis estadístico de las variables, mediante las técnicas adecuadas y guiados por un estadístico especialista en el tema.
- ) Se realizó el análisis descriptivo con el uso de tablas cruzadas categorizando las variables principales por variables como, dispepsia, ansiedad y depresión.
- ) Para el análisis bivariado, al cumplirse la aplicación del Chi cuadrado sólo para la variable sexo; se utilizó la prueba Exacta de Fisher, para evaluar la existencia de relación entre los Test aplicados; estableciendo un nivel de significancia del 95% y un valor p menor al 0.05.

## RESULTADOS

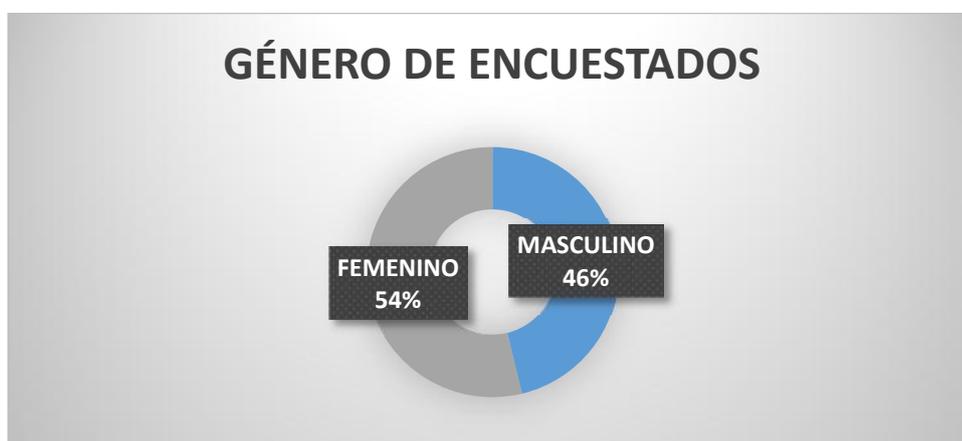
**TABLA 1: DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN SEGÚN GÉNERO Y NÚMERO.**

GÉNERO	N°	PORCENTAJE
MASCULINO	120	46.2
FEMENINO	140	53.8
<b>TOTAL</b>	<b>260</b>	<b>100.0</b>

Fuente: Elaboración propia

- El 46.2% de las personas encuestadas pertenecen al género masculino, y el 53.8% al género femenino (TABLA 1)

**REPRESENTACIÓN GRÁFICA DE TABLA 1: PORCENTAJES DE ENCUESTADOS SEGÚN GÉNERO Y NÚMERO**



- El 46.2% de las personas encuestadas pertenecen al género masculino, y el 53.8% al género femenino (REPRESENTACIÓN GRÁFICA DE TABLA 1)

**TABLA 2: DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN SEGÚN GÉNERO Y DISPEPSIA.**

GÉNERO	NO DISPÉPTICOS		DISPÉPTICOS		TOTAL	
	N°	%	N°	%	N°	%
MASCULINO	27	22.5	93	77.5	120	100.0
FEMENINO	15	10.7	125	89.3	140	100.0
<b>TOTAL</b>	<b>42</b>	<b>16.2</b>	<b>218</b>	<b>83.8</b>	<b>260</b>	<b>100.0</b>

Fuente: Elaboración propia

Chi cuadrado: 6.62 (p = 0.01)

- Según la tabla que asocia género con dispepsia, encontramos que el porcentaje total de dispépticos entre hombres y mujeres en los encuestados fue 83.8%.
- Muestra también predominancia en mujeres con 89.3% del total de dispépticos en el género femenino (a diferencia del género masculino que presentó dispepsia, con 77.5%)
- De esta forma, en Chi cuadrado el valor p fue de 0.01, siendo así estadísticamente significativa.

**TABLA 3: DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN SEGÚN EL GRADO DE ANSIEDAD Y SU FRECUENCIA.**

<b>GRADOS DE ANSIEDAD</b>	<b>NÚMERO</b>	<b>PORCENTAJE</b>
SIN ANSIEDAD	21	8.1%
MUY BAJO	28	10.8%
BAJO	110	42.3%
INTERMEDIO	84	32.3%
ALTO	12	4.6%
MUY ALTO	5	1.9%
<b>TOTAL</b>	<b>260</b>	<b>100.0</b>

Fuente: Elaboración propia

- Respecto a los grados de ansiedad que presentaron los encuestados, podemos observar que los porcentajes más altos corresponden a alumnos con grados de ansiedad baja (42.3%) y ansiedad intermedia (32.3%).
- Mientras que los porcentajes más bajos van a alumnos con grados de ansiedad alta (4.6%) y muy alta (1.9%).
- Muestra también que la población sin ansiedad fue sólo de un 8.1%.

**TABLA 4: DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN SEGÚN EL GRADO DE DEPRESIÓN Y SU FRECUENCIA.**

<b>GRADOS DE DEPRESIÓN</b>	<b>NÚMERO</b>	<b>PORCENTAJE</b>
SIN DEPRESIÓN	4	1.5%
MUY BAJO	62	23.8%
BAJO	141	54.2%
INTERMEDIO	36	13.8%
ALTO	17	6.5%
MUY ALTO	0	0.0%
<b>TOTAL</b>	<b>260</b>	<b>100.0</b>

Fuente: Elaboración propia

- Respecto a los grados de depresión que presentaron los encuestados podemos observar que los porcentajes más altos corresponden a alumnos con grados de depresión baja (54.2%) y depresión muy baja (23.8%).
- Mientras que los porcentajes más bajos corresponde a los alumnos con grados de depresión muy alta (0.0%) y sin depresión (1.5%)

**TABLA 5: DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN SEGÚN EL GRADO DE ANSIEDAD Y SU ASOCIACIÓN CON DISPEPSIA.**

GRADOS DE ANSIEDAD	NO DISPÉPTICOS		DISPÉPTICOS		TOTAL	
	N°	%	N°	%	N°	%
SIN ANSIEDAD	3	14.3	18	85.7	21	100.0
MUY BAJO	6	21.4	22	78.6	28	100.0
BAJO	19	17.3	91	82.7	110	100.0
INTERMEDIO	14	16.7	70	83.3	84	100.0
ALTO	0	0.0	12	100	12	100.0
MUY ALTO	0	0.0	5	100	5	100.0
<b>TOTAL</b>	<b>42</b>	<b>16.2</b>	<b>218</b>	<b>83.8</b>	<b>260</b>	<b>100.0</b>

Fisher's exact scale: 3.2 (p = 0.65)

- Según la tabla hubo una fuerte asociación entre alumnos dispépticos con grados de ansiedad altos (100%) y muy altos (100%).
- Sin embargo, de la población de alumnos sin ansiedad, un 85.7% presentaban dispepsia.
- De esta forma en la escala exacta de Fisher el valor p fue de 0.65, estadísticamente, no siendo significativa

**TABLA 6: DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN SEGÚN EL GRADO DE DEPRESIÓN Y SU ASOCIACIÓN CON DISPEPSIA.**

GRADOS DE DEPRESIÓN	NO DISPÉPTICOS		DISPÉPTICOS		TOTAL	
	N°	%	N°	%	N°	%
SIN DEPRESIÓN	0	0.0	4	100.0	4	100.0
MUY BAJO	10	16.1	52	83.9	62	100.0
BAJO	29	20.6	112	79.4	141	100.0
INTERMEDIO	0	0.0	36	100.0	36	100.0
ALTO	3	17.6	14	82.4	17	100.0
MUY ALTO	0	0.0	0	0.0	0	100.0
<b>TOTAL</b>	<b>42</b>	<b>16.2</b>	<b>218</b>	<b>83.3</b>	<b>260</b>	<b>100.0</b>

Fisher's exact scale: 11.70 (p = 0.14)

- Según la tabla hubo una fuerte asociación entre alumnos dispépticos con grados de depresión intermedia (100%).
- Sin embargo, de los alumnos sin depresión, un 100% eran dispépticos, además resaltar que no hay alumnos dispépticos que presenten grados muy altos de depresión.
- De esta forma en la escala exacta de Fisher el valor p fue 0.14, estadísticamente no siendo significativa.

## DISCUSIÓN

- J Si bien es cierto en el Perú se realizó un estudio sobre la asociación de dispepsia con depresión, neuroticismo y extraversión en una población general de bajo nivel socioeconómico de Lima reportándose una prevalencia de dispepsia del 37.5% (27); dicho porcentaje fue menor al encontrado (83.8%) en nuestra población de estudiantes universitarios, empleando el mismo test (26).
- J En cuanto al género, la dispepsia parece ser mucho más frecuente en las mujeres (26.7%) que en los varones (20.5%) según un estudio realizado en España (31). En una comunidad de la Selva Peruana se observa que del 37.6% de sujetos diagnosticados con dispepsia, el 67.8% corresponde a las mujeres (32). Al igual que en el presente estudio, esta diferencia entre géneros fue evidente, es decir el mayor porcentaje se dio a favor del sexo femenino (89.3%) frente al sexo masculino (77.5%). De esta manera existe una asociación estadísticamente significativa ( $p = 0.01$ )
- J La explicación de este alto porcentaje de dispepsia radicaría en que pudieran existir un mayor número de factores predisponentes, como se había citado con anterioridad a la dispepsia se le considera multifactorial, dentro de este grupo social en particular, daría cabida a la ansiedad y la depresión (27).
- J Una de las emociones negativas que más se ha asociado a la dispepsia es la ansiedad, diversos estudios que han empleado grupos de control compuestos por personas sanas han informado que los pacientes con dispepsia suelen presentar niveles elevados de ansiedad (33).

- ) Similares resultados se encontraron en el presente estudio, se halló resultados donde alumnos con grados de ansiedad altos y muy altos en su totalidad eran dispépticos (100%). Sin embargo, no se encontró asociación de ansiedad con dispepsia estadísticamente significativa, debido a que, de los estudiantes sin ansiedad el 87.5% eran dispépticos.
- ) Al igual que suele ocurrir con la ansiedad, la depresión también se encuentra relacionada con la dispepsia (33). Dicho resultado fue corroborado por nuestro trabajo donde alumnos con grados intermedios y altos de depresión presentaron porcentajes altos de dispepsia, sin embargo, tampoco podemos afirmar una asociación estadísticamente significativa ( $p = 0.14$ ), al menos no en estudiantes de medicina de la Universidad Privada de Tacna del año 2019-I.

## CONCLUSIONES

- ) La frecuencia de dispepsia hallada en estudiantes de medicina de la universidad privada de Tacna del año 2019-I es de 83.8% a predominio de mujeres 89.3% versus un 77.5% presente en hombres, siendo así estadísticamente significativa. ( $p = 0.01$ )
  
- ) Respecto a los grados de ansiedad los porcentajes más altos corresponden a alumnos con grados de ansiedad baja (42.3%) y ansiedad intermedia (32.3%). Mientras que los porcentajes más bajos corresponden a alumnos con grados de ansiedad alta (4.6%) y muy alta (1.9%). Cabe resaltar que hay muy poco alumnado sin ansiedad 8.1%
  
- ) La asociación de dispepsia con ansiedad no es estadísticamente significativa en la escala exacta de Fisher ( $p = 0.65$ )
  
- ) Respecto a los grados de depresión los porcentajes más altos corresponden a alumnos con grados de depresión baja (54.2%) y depresión muy baja (23.8%). No teniendo depresión sólo un 1.5%.
  
- ) La asociación de dispepsia con depresión no es estadísticamente significativa en la escala exacta de Fisher ( $p = 0.14$ ).

## RECOMENDACIONES

- )] Instaurar programas complementarios de ayuda orientados a mejorar la elevada frecuencia de casos de dispepsia, promocionando hábitos de vida y de salud mental adecuados entre los estudiantes, con un mayor énfasis en el público femenino. Por citar:
  - Evaluación psicológica periódicamente, de una forma estratégica, antes o después de los exámenes.
  - Evaluación psicológica y seguimiento, si amerita, de estudiantes que presenten bajo rendimiento académico o signos o sospechas de algún problema mental relacionado.
  - Pláticas motivacionales y manejo de emociones periódicamente por parte del personal de psicología.
  - Talleres de recreación, de esparcimiento, como parte de sus actividades laborales.
  
- )] Así mismo se podrá requerir más trabajos de investigación, que puedan establecer con mayor precisión aquellos factores de riesgos más importantes causales de dispepsia.
  
- )] A pesar de la capacidad de discriminación que una prueba de cribado pueda tener, estas no logran sustituir a una entrevista clínica y empática para el diagnóstico de la depresión y de la ansiedad. Por esta razón deben ser tomadas como punto de partida para la realización de un diagnóstico más profundo.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Moser G. Funktionelle gastrointestinale Störungen. *Wien Med Wochenschr.* 2006;156(15-16):435-40.
2. David A. McClellan RAL. Update on the evaluation and management of functional dyspepsia. *Am Acad Fam Physicians.* 2011;83(5):547-52.
3. Farreras P, Rozman C. *Medicina Interna. XVII.* España: Elsevier; 2012.
4. Osada J, Rojas M, Rosales C, Vega-Dienstmaier J. Sintomatología ansiosa y depresiva en estudiantes de medicina. *Rev Neuropsiquiatria* 2013; 73: 15-19.
5. Vinaccia S, Quinceno A, Castañeda B, Castelblanco P. Calidad de vida, resiliencia, percepción y conducta de enfermedad en pacientes con diagnóstico de dispepsia funcional [Internet]. [Bogotá, Colombia]: Universidad de San Buenaventura; 2014 [citado 17 de mayo de 2017]. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/acp/v17n1/v17n1a07.pdf>
6. Benites B, Bellido L. 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 [Internet]. [Lima, Perú]: UNMSM; 2006 [citado 21 de junio de 2017]. Disponible en: [http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/cybertesis/772/1/ellido\\_bl.pdf](http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/cybertesis/772/1/ellido_bl.pdf)
7. Theaux A. Frecuencia de Dispepsia Funcional en estudiantes de Medicina de la Universidad Abierta Interamericana [Internet]. [Argentina]: Universidad Abierta Interamericana. En: <http://img-biblio.vaneduc.edu.ar/fulltext/files/TC111844.pdf>
8. Miwa H, Ghoshal UC, Fock KM, Gonlachanvit S, Gwee K-A, Ang T-L, et al. Asian consensus report on functional dyspepsia. *J Gastroenterol Hepatol.* Abril de 2012;27(4):626-41.
9. Tobón S, Rojas ACN. Relación de factores psicológicos con los síntomas de dispepsia en estudiantes universitarios españoles. *Suma Psicológica* 2007; 14: 93-106.

10. Vargas M, Talledo L, Samaniego R, Heredia P, Rodriguez CA, Mogollón CA, et al. Dispepsia funcional en estudiantes de ocho facultades de medicina peruanas. Influencia de los hábitos [Internet]. Perú; 2016 [citado 17 de mayo de 2017]. Disponible en: <http://www.actagastro.org/numeros-antteriores/2016/Vol-46-N2/Vol46N2-PDF06.pdf>
11. Theaux A. Frecuencia de Dispepsia Funcional en estudiantes de Medicina de la Universidad Abierta Interamericana [Internet]. [Argentina]: Universidad Abierta Interamericana; 2012 [citado 21 de junio de 2017]. Disponible en: <http://imgbiblio.vaneduc.edu.ar/fulltext/files/TC111844.pdf>
12. Molina JCS, Brito MCP, Cardoso MGP. Estudio Descriptivo: Estrés y Calidad de Vida en Estudiantes de Medicina de la Universidad del Azuay. *Rev Médica HJCA*. 4 de abril de 2017;9(1):11-7.
13. Mejia CR, Quezada-Osoria C, Verastegui-Díaz A, Cárdenas MM, García-Moreno KM, Quiñones-Laveriano DM. Psychosocial Factors and Habits Associated with Functional Dispepsy in Intern at a National Hospital in Piura-Peru. *Rev Colomb Gastroenterol*. diciembre de 2016;31(4):354-9.
14. Acosta F, Cano M, Olarte M. Factores psicológicos asociados a síntomas dispépticos. 2014 [citado 14 de febrero de 2019];14(001). Disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/291/29114106.pdf>
15. Barraza L R, Muñoz N N, Alfaro G M, Álvarez M A, Araya T V, Villagra C J, et al. Ansiedad, depresión, estrés y organización de la personalidad en estudiantes novatos de medicina y enfermería. *Rev chil neuro-psiquiatr* [Internet]. Dic de 2015 [citado 21 de junio de 2017];53(4). Disponible en: [http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0717-92272015000400005](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-92272015000400005)
16. Jiang S-M, Jia L, Lei X-G, Xu M, Wang S-B, Liu J, et al. Incidence and psychological-behavioral characteristics of refractory functional dyspepsia: A large, multi-center, prospective investigation from China. *World J Gastroenterol WJG*. 14 de febrero de 2015;21(6):1932-7.

17. Ebling B, Jurcic D, Barac KM, Bilic A, Bajic I, Martinac M, et al. Influence of various factors on functional dyspepsia. *Wien Klin Wochenschr.* 1 de enero de 2016;128(1-2):34-41.
18. Chen Y, Wang C, Wang J, Zheng L, Liu W, Li H, et al. Association of Psychological Characteristics and Functional Dyspepsia Treatment Outcome: A Case-Control Study. *Gastroenterol Res Pract* [Internet]. 2016 [citado 27 de junio de 2017];2016. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4980513>
19. Heidari Z, Keshteli AH, Feizi A, Afshar H, Adibi P. Somatic Complaints Are Significantly Associated with Chronic Uninvestigated Dyspepsia and Its Symptoms: A Large Cross-sectional Population Based Study. *J Neurogastroenterol Motil.* 1 de enero de 2017;23(1):80-91.
20. Aparcana E. Síntomas dispépticos y los hábitos nocivos en estudiantes de la escuela de medicina de la Universidad Cesar Vallejo, Piura, Perú. 2017. [Internet] Disponible en: [http://repositorio.ucv.edu.pe/bitstream/handle/UCV/11066/aparcana\\_ce.pdf?sequence=1&isAllowed=y](http://repositorio.ucv.edu.pe/bitstream/handle/UCV/11066/aparcana_ce.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
21. Mearin F. Dispepsia funcional. *Rev Gastroenterol México.* 1 de noviembre de 2010;75:19-24.
22. Los nuevos criterios de Roma (IV) de los trastornos funcionales digestivos en la práctica clínica [Internet]. [citado 22 de marzo del 2019]. Disponible en: [https://www.researchgate.net/publication/313231178\\_Los\\_nuevos\\_criterios\\_de\\_Roma\\_IV\\_de\\_los\\_trastornos\\_funcionales\\_digestivos\\_en\\_la\\_practica\\_clinica](https://www.researchgate.net/publication/313231178_Los_nuevos_criterios_de_Roma_IV_de_los_trastornos_funcionales_digestivos_en_la_practica_clinica)
23. Miwa H, Kusano M, Arisawa T, Oshima T, Kato M, Joh T, et al. Evidence-based clinical practice guidelines for functional dyspepsia. *J Gastroenterol.* 1 de febrero de 2015;50(2):125-39.
24. NAMI: National Alliance on Mental Illness | Latinos [Internet]. [citado 21 de junio de 2017]. Disponible en: <https://www.nami.org/Find->

Support/Diverse-Communities/Latino-Mental-Health/La-salud-mental-en-la-comunidad-latina-/Trastornos-de-ansiedad

25. MedlinePlus enciclopedia médica. Depresión: descripción general [Internet]. 2016 [citado 21 de junio de 2017]. Disponible en: <https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/003213.htm>
26. Bisbal O. Validación de un test para diagnosticar dispepsia. [Lima, Perú]: Universidad Peruana Cayetano Heredia; 1998.
27. Goldenberg A. Asociación de la dispepsia con depresión, neuroticismo y extraversión en una población de bajo nivel socioeconómico de Lima. [Lima, Perú]: Universidad Peruana Cayetano Heredia; 2000.
28. Vidurizaga C. Niveles de estrés y depresión en pacientes con dispepsia sin «dolor de hambre» y con «dolor de hambre». [Lima, Perú]: Universidad Peruana Cayetano Heredia; 1999.
29. Huaman J. Correlaciones entre ansiedad, depresión y rendimiento académico en estudiantes de medicina de la Universidad San Martín de Porras. Universidad Nacional Federico Villarreal; 2004.
30. Curioso W, Donaires N, Bacilio C, Ganoza Chr, León Barúa R. Prevalencia y Asociación de la dispepsia y el síndrome de intestino irritable en una comunidad de la selva peruana. *Rev Gastroenterol Perú* 2002; 22; 129-140.
31. Caballero – Plasencia AM, Sofos S, Valenzuela M, Martín JL, Casado FJ, Guilarte J. Epidemiología de la dispepsia en una comunidad del sur de España. Prevalencia de la infección por HP. *Rev Esp Enf Dig* 2000; 92 (12): 781-786.
32. Bellido L, Benites B. Relación de hábitos alimentarios y dispepsia en estudiantes de la E.A.P de Nutrición; Universidad Nacional Mayor de San Marcos 2003.
33. Tobón S, Vinaccia S, Sandín B. Implicación del estrés psicosocial en la dispepsia funcional. *Anales de Psicología* 2003; 19(2): 223-234.

# ANEXOS

**Anexo n° 1**  
**EVALUACIÓN DE SÍNTOMAS DEL TRACTO GASTROINTESTINAL SUPERIOR**

**Código del encuestado:** \_\_\_\_\_ **Edad:** \_\_\_\_\_ **Sexo:**  M  F **Fecha:** \_\_\_\_\_

Lea con cuidado los enunciados (Síntomas) y marque con una equis (X) según corresponda el grado de molestia

SINTOMAS EN LOS ÚLTIMOS 3 MESES	NUNCA MOLESTA	MOLESTA POCO	MOLESTA MEDIANAMENTE	MOLESTA MUCHO
1. Sensación de llenura fácil (con menos alimento de lo normal)				
2. Sensación de llenura o pesadez en “boca del estómago” luego de comer				
3. Vinagrera o ardor que sube de la “boca del estómago” al pecho				
4. Regreso desde el estómago hacia la garganta de contenido ácido, amargo, o alimentario				
5. Náuseas o ganas de vomitar				
6. Vómitos alimentarios, ácidos, o bilis amarilla y amarga				
7. Dolor o ardor en “boca del estómago” luego de comer (<1 hr. Después)				
8. Tres o más eructos luego de comidas, o eructos sin haber comido				
9. Dolor o ardor en “boca del estómago” con estómago vacío y que calman al comer				

Anexo n° 2  
HADS

**1. Me siento tenso**

- A. Casi todo el tiempo
- B. Muy a menudo
- C. Algunas veces
- D. Nunca

**2. Me siento lento**

- A. Casi todo el tiempo
- B. Muy a menudo
- C. Algunas veces
- D. Nunca

**3. Aún me agradan las cosas que solían agradarme**

- A. Definitivamente
- B. No mucho
- C. Sólo un poco
- D. A penas

**4. Siento una sensación de temor, como un “cosquilleo” en el estómago**

- A. Nunca
- B. Ocasionalmente
- C. Con bastante frecuencia
- D. Muy frecuente

**5. Siento una sensación de temor, como si “algo” malo fuera a ocurrir**

- A. Definitivamente y muy malo
- B. Sí, pero muy malo
- C. Un poco, pero no me preocupó
- D. Nunca

**6. He perdido interés de mi apariencia personal**

- A. Definitivamente
- B. Bastante
- C. No tanto
- D. No

**7. Puedo reír y ver el lado gracioso de las cosas**

- A. Tanto o igual que siempre
- B. No tanto como antes
- C. Definitivamente no mucho
- D. Nunca

**8. Me siento inquieto y tengo ganas de moverme**

- A. Siempre o constantemente
- B. Bastante
- C. No mucho
- D. Nunca

**9. Pensamientos que me preocupan pasan por mi mente**

- A. La mayor parte del tiempo
- B. Gran parte del tiempo
- C. De vez en cuando, pero no muy seguido
- D. Sólo ocasionalmente

**10. Veo mi futuro con agrado y placer**

- A. Tanto o más que de costumbre
- B. Un poco más de lo usual
- C. Definitivamente un poco más de lo usual
- D. Apenas

**11. Me siento alegre**

- A. Nunca
- B. No muy seguido
- C. Algunas veces
- D. La mayor parte del tiempo

**12. Tengo súbitas sensaciones de pánico**

- A. Constantemente
- B. Con bastante frecuencia
- C. De vez en cuando
- D. Nunca

**13. Puedo sentarme y relajarme con facilidad**

- A. Definitivamente
- B. Usualmente
- C. No muy seguido
- D. Nunca

**14. Puedo disfrutar de un buen libro, escuchar la radio o ver la Tv**

- A. Frecuentemente
- B. Algunas veces
- C. No muy seguido
- D. Muy raras veces

### Anexo n° 3

## CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPANTES DE INVESTIGACIÓN

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

La presente investigación es conducida por TERRY AQUISE QUISPE, de LA UNIVERSIDAD PRIVADA DE TACNA. Si usted accede a participar en este estudio, se le pedirá completar una encuesta. Esto tomará aproximadamente 20 MINUTOS de su tiempo.

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.

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. Si alguna de las preguntas durante la entrevista le parecen incómodas, tiene usted el derecho de hacérselo saber al investigador o de no responderlas.

Desde ya le agradecemos su participación.

---

Reconozco que la información que yo provea en el curso de esta investigación es estrictamente confidencial y no será usada para ningún otro propósito fuera de los de este estudio sin mi consentimiento. 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. De tener preguntas sobre mi participación en este estudio, puedo contactar a TERRY AQUISE al teléfono 931265868.

---

Firma del Participante

Fecha

