



UNIVERSIDAD NACIONAL DEL ALTIPLANO

FACULTAD DE ENFERMERIA

ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERIA



**DISPEPSIA NO INVESTIGADA ASOCIADO A LOS ESTILOS DE
VIDA EN ESTUDIANTES DE ENFERMERÍA DE LA
UNIVERSIDAD NACIONAL DEL ALTIPLANO, PUNO - 2020.**

TESIS

PRESENTADA POR:

Bach. GIMENA KAREN TICONA PARI

PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE:

LICENCIADA EN ENFERMERIA

PUNO – PERÚ

2021



DEDICATORIA

*A nuestro amado Padre Celestial,
por darme la vida, la salud, el don de la
sabiduría, la fortaleza y la iluminación en
cada obstáculo de este camino.*

*A mi motor y motivo de esta vida,
mi mamita Iraida, por su inmenso amor
y apoyo incondicional, por sus sabios
consejos, por ser la instructora de mi
vida, y por nunca permitir que me quede
atrás. Sin ella no lo hubiese logrado. A
mi papá Julio, por sus palabras de
aliento y superación.*

*A cada miembro de mi familia por
formar parte de mi lucha y continuidad en
el logro de mis metas, en especial a mis tíos
Epi y Juanita.*

*A mi novio Rutbert, por
haberme brindado su compañía
especial durante todo este tiempo, por
ser mi confidente y por darme el
impulso para seguir adelante en mi
carrera universitaria.*

Gimena Ticona



AGRADECIMIENTO

A mi alma mater Universidad Nacional del Altiplano, por brindarme la oportunidad de adquirir conocimientos, desarrollar capacidades, y emprender un futuro prometedor mediante el desarrollo de mi preparación profesional

A la Facultad de Enfermería y a mis docentes que durante estos cinco años me acogieron y me impartieron conocimiento referente a esta hermosa profesión.

Con profunda gratitud a mi directora de tesis Dra. Denices Soledad Abarca Fernández, por su compromiso, confianza, paciencia, y por las orientaciones brindadas para desarrollar este trabajo de investigación.

A los miembros del jurado: Dra. Narda Estela Calsin Chirinos, Dra. Zoraida Nicolasa Ramos Pineda y Mtra. Doris Charaja Jallo, por sus sugerencias y soporte para la culminación del trabajo de investigación.

A los estudiantes de la Facultad de Enfermería, quienes lograron participar en la ejecución de este trabajo de investigación.

Gimena Ticona



ÍNDICE GENERAL

DEDICATORIA	
AGRADECIMIENTO	
ÍNDICE GENERAL	
INDICE DE TABLAS	
INDICE DE ACRONIMOS	
RESUMEN	8
ABSTRACT	9

CAPITULO I

INTRODUCCION

1.1 EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN	10
1.2 OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN	13
1.2.1 Objetivo General	13
1.2.2 Objetivos Específicos	13
1.3 HIPÓTESIS DE LA INVESTIGACIÓN	14

CAPÍTULO II

REVISION DE LITERATURA

2.1 MARCO TEÓRICO	15
2.1.1 DISPEPSIA	15
2.1.1.1 CLASIFICACIÓN	15
2.1.1.2 SINTOMATOLOGÍA	23
2.1.1.3 DIAGNOSTICO	25
2.1.2 ESTILOS DE VIDA	28
2.1.2.1 CLASIFICACIÓN DE LOS ESTILOS DE VIDA	29
2.1.2.2 DIMENSIONES DE LOS ESTILOS DE VIDA	31
2.2 MARCO CONCEPTUAL	41
2.3 ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN	41
2.3.1 A NIVEL INTERNACIONAL	41
2.3.2 A NIVEL NACIONAL	44
2.3.3 A NIVEL LOCAL	51

CAPÍTULO III

MATERIALES Y METODOS

3.1 TIPO Y DISEÑO DE INVESTIGACIÓN	53
--	----



3.1.1 Tipo de Investigación.....	53
3.1.2 Diseño de Investigación.....	53
3.2 ÁMBITO DE ESTUDIO	54
3.3 POBLACIÓN Y MUESTRA	54
3.3.1 Población	54
3.3.2 Muestra	54
3.4 VARIABLE(S) Y SU OPERACIONALIZACIÓN.	55
3.4.1 Variable Independiente	55
3.4.2 Variable Dependiente.....	55
3.5 TÉCNICA(S) E INSTRUMENTO(S) DE RECOLECCIÓN DE DATOS (VALIDEZ Y CONFIABILIDAD).....	58
3.5.1 Técnica.....	58
3.5.2 Instrumento	58
3.6 PROCEDIMIENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS	62
3.7 PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS.....	63
CAPÍTULO IV	
RESULTADOS Y DISCUSION	
4.1 RESULTADOS	65
4.2 DISCUSIÓN.....	74
V. CONCLUSIONES	82
VI. RECOMENDACIONES.....	83
VII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	84
ANEXOS	98

Área : Salud del Adulto

Tema : Dispepsia y Estilos de Vida

FECHA DE SUSTENTACIÓN: 20 de diciembre, 2021



INDICE DE TABLAS

TABLA N° 1:

RELACIÓN DE LA DISPEPSIA Y LOS ESTILOS DE VIDA EN ESTUDIANTES DE LA FACULTAD DE ENFERMERÍA DE LA UNA-PUNO, 2020. 65

TABLA N° 2

DISPEPSIA NO INVESTIGADA EN ESTUDIANTES DE LA FACULTAD DE ENFERMERÍA DE LA UNA-PUNO, 2020. 66

TABLA N° 3

ESTILOS DE VIDA EN ESTUDIANTES DE LA FACULTAD DE ENFERMERÍA DE LA UNA-PUNO, 2020. 67

TABLA N° 4

RELACIÓN DE LA DISPEPSIA CON LA ALIMENTACIÓN EN ESTUDIANTES DE LA FACULTAD DE ENFERMERÍA DE LA UNA-PUNO, 2020. 68

TABLA N° 5

RELACIÓN DE LA DISPEPSIA CON LA ACTIVIDAD FÍSICA EN ESTUDIANTES DE LA FACULTAD DE ENFERMERÍA DE LA UNA- PUNO, 2020. 69

TABLA N° 6

RELACIÓN DE LA DISPEPSIA CON EL SUEÑO EN ESTUDIANTES DE LA FACULTAD DE ENFERMERÍA DE LA UNA-PUNO, 2020. 70

TABLA N° 7

RELACIÓN DE LA DISPEPSIA CON EL CONSUMO DE ALCOHOL EN ESTUDIANTES DE LA FACULTAD DE ENFERMERÍA DE LA UNA-PUNO, 2020. 71

TABLA N° 8

RELACIÓN DE LA DISPEPSIA CON EL CONSUMO DE CIGARRILLO EN ESTUDIANTES DE LA FACULTAD DE ENFERMERÍA DE LA UNA-PUNO. 2020. 72

TABLA N° 9

RELACIÓN DE LA DISPEPSIA CON EL AUTOCUIDADO Y CONTROL MÉDICO EN ESTUDIANTES DE LA FACULTAD DE ENFERMERÍA DE LA UNA-PUNO, 2020. 73



INDICE DE ACRONIMOS

OMS: Organización Mundial de la Salud

DF: Dispepsia Funcional

IMC: Índice de Masa Corporal

PDS: Síndrome de distrés postprandial

EPS: Síndrome de Dolor Epigástrico

MEOS: Sistema Microsomal de Oxidación del Etanol

OPS: Organización Panamericana de la Salud

H.R.M.N.B.: Hospital Regional Manuel Núñez Butrón.

Ho: Hipótesis Nula.

Ha: Hipótesis Alternativa.

SPSS: Statistical Package for Social Sciences



RESUMEN

La dispepsia es considerada una entidad nosológica compleja y multifactorial que demanda de mayor investigación en cuanto a las causas y su fisiopatología debido a que según diversos autores, aún no se ha encontrado una clara relación entre las diferentes manifestaciones dispépticas y los mecanismos fisiopatológicos, en tal sentido la presente investigación se realizó con el objetivo de determinar la relación de la Dispepsia No Investigada y los Estilos de Vida en los estudiantes del primer al décimo semestre de la Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional del Altiplano, Puno – 2020. La población estuvo conformada por 413 estudiantes, y la muestra por 199 estudiantes, los cuales fueron seleccionados bajo los criterios de inclusión y exclusión. El tipo de estudio fue Correlacional – Descriptivo, y el diseño No experimental de corte transversal. La técnica utilizada fue la encuesta y el instrumento para la variable dispepsia fue el cuestionario “A new questionnaire for the diagnosis of dispepsia” (Un nuevo cuestionario para diagnosticar dispepsia) elaborado y validado por Bisbal y León Barua, con validez y confiabilidad de 0.872 mediante la prueba Alpha Cronbach; el instrumento para la variable estilos de vida fue el cuestionario sobre estilos de vida elaborado y validado por Arce E. y Puma L., con validez y confiabilidad 0.804 mediante la prueba Alpha Cronbach. Los resultados muestran que: el 71% de los estudiantes del primer al décimo semestre de la Facultad de Enfermería fueron identificados con dispepsia, y el 29% de los estudiantes sin dispepsia; respecto a los estilos de vida 87,5% presentó estilos de vida saludable y el 12,5% estilos de vida poco saludable. Se observa que del 87,5% de los estudiantes que tuvieron un estilo de vida saludable el 70% fueron identificados sin dispepsia y el 17,5% con dispepsia, en cuanto a los estudiantes que presentaron un estilo de vida poco saludable el 11,5% fueron identificados con dispepsia y el 1% sin dispepsia, al establecer la relación entre las variables se obtuvo un valor $X_c^2= 55.075$ y con un p-valor=0,000. Se concluye que, si existe relación entre la Dispepsia No Investigada y los estilos de vida en los estudiantes del primer al décimo ciclo de la Facultad de Enfermería.

Palabras Claves: Dispepsia, estilos de vida, estudiantes de enfermería.



ABSTRACT

Dyspepsia is considered a complex and multifactorial nosological entity that requires further investigation regarding the causes and its pathophysiology because, according to various authors, a clear relationship between the different dyspeptic manifestations and the pathophysiological mechanisms has not yet been found. In order to determine the relationship between dyspepsia and lifestyles in students from the first to the tenth semester of the Faculty of Nursing of the National University of the Altiplano, Puno – 2020. The population consisted of 413 students, and the sample of 199 students, who were selected under the inclusion and exclusion criteria. The type of study was correlational - descriptive, and the non-experimental cross-sectional design. The technique used was the survey and the instrument for the Dyspepsia variable was the questionnaire "A new questionnaire for the diagnosis of dyspepsia" (A new questionnaire to diagnose dyspepsia) prepared and validated by Bisbal and León Barua, with validity and reliability of 0.872 using the Alpha Cronbach test; The instrument for the Life Styles variable was the Life Styles questionnaire prepared and validated by Arce E. and Puma L., with validity and reliability 0.804 using the Alpha Cronbach test. The results show that: 71% of the students from the first to the tenth semester of the Faculty of Nursing were identified with dyspepsia, and 29% of the students without dyspepsia; Regarding Lifestyles, 87.5% presented healthy lifestyles and 12.5% unhealthy lifestyles. It is observed that of the 87.5% of the students who had a healthy lifestyle, 70% were identified without dyspepsia and 17.5% with dyspepsia, as for the students who presented an unhealthy lifestyle on the 11th, 5% were identified with dyspepsia and 1% without dyspepsia. When establishing the relationship between the variables, a value $X_c^2 = 55.075$ and a p-value=0,000 was obtained. It is concluded that, if there is a relationship between dyspepsia and lifestyles in students from the first to the tenth cycle of the Faculty of Nursing.

Keywords: Dyspepsia, lifestyles, nursing students.



CAPITULO I

INTRODUCCION

1.1 EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

De acuerdo con Carmona R., et. al.; “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”. En algunos casos es la manifestación de enfermedades orgánicas, sistémicas o metabólicas; mientras que, en otros no tiene una causa evidente. (1)

Actualmente considerada como un problema de Salud Mundial, en Estados Unidos se estima una prevalencia de 25%, en Brasil 48 %, en Argentina 29.6%, y en el Perú representa el 25 y 40% de las consultas gastroenterológicas (2) (3) (4). Es necesario considerar que alrededor del 50 % de los peruanos sufre de este problema de los cuales un 4% de estos podría derivar en cáncer al estómago, considerada como una de las principales causas de mortalidad oncológica en el Perú y que según estadísticas cerca de 5 mil personas mueren al año por esta neoplasia (5). Asimismo; supone un problema de salud pública muy importante con considerables repercusiones personales, laborales, sanitarias, económicas y sociales (6); todo ello porque tiene un gran impacto sobre la calidad de vida de las personas, ya que la sintomatología se prolonga en el tiempo y parece interferir en las actividades diarias, la ingestión de comida y bebidas, deteriora la vitalidad y produce ansiedad emocional, suponiendo una gran carga económica, ya que se ha relacionado con una elevada tasa de absentismo laboral, una disminución de la productividad y un aumento de los recursos sanitarios que se han confirmado en un estudio llevado a



cabo en Brasil, en el que se señaló una tasa de absentismo del 32,2% entre la población activa con Dispepsia Funcional y una reducción de la productividad del 78% (3). El estudio de esta enfermedad en alumnos de pregrado ha demostrado una alta prevalencia en diferentes poblaciones; en una facultad de medicina de Austria se encontró una prevalencia del 14%, mientras que en una universidad de Brasil fue del 25%. Siendo algunos de los factores más: el consumo de alcohol, tabaco, de antiinflamatorios no esteroideos, los estilos de vida, factores dietéticos, socioeconómicos y psicológicos, los cuales han sido identificados en estudiantes de pregrado de las carreras de ciencias de la salud. (7).

La universidad es una institución de enseñanza superior y social, es por ello que los estudiantes están inmersos en los cambios de la tecnología, de la información, en la creación del conocimiento, también en cambios sociales como adicciones, violencia social, enfermedades no transmisibles, conductas alimentarias de riesgo y escasa actividad física. Por otro lado, la actual situación originada por la pandemia Covid19, ha generado cambios en el método de enseñanza universitaria que pasó de ser presencial a remota, lo cual aumenta la exigencia y sobrecarga académica; y disminuye las relaciones interpersonales y actividades recreativas; todo ello trae como consecuencia modificaciones en los estilos de vida.

Es propicio mencionar que los diferentes hábitos alimentarios producto de los cambiantes estilos de vida en relación al horario académico, así como el consumo de determinados productos alimentarios vuelven a la población universitaria un grupo muy vulnerable desde el punto de vista nutricional; esto debido a que el horario y/o frecuencia de consumo de los alimentos actualmente son en forma desordenada, lo que genera consecuencias directamente relacionadas a problemas gastrointestinales,



entre estos la dispepsia. Además, la población joven tiene el concepto que son inmunes a cualquier enfermedad tal vez porque sus ideas están centradas en actividades propias de su edad, omitiendo en muchos casos sus malestares pensando que son pasajeros o auto medicándose ocultando signos y síntomas que podrían indicar algo más grave; este aspecto se evidencia con el 61.1 % de universitarios que no considera que debe preocuparse por la prevención de enfermedades; dato que coincide con el bajo nivel de autocuidado en estudiantes de enfermería de la Universidad de San Marcos (8).

Durante la cuarentena se pudo evidenciar la insatisfacción y las quejas de diversos estudiantes de nuestra casa de estudios, algunos manifestando que por la sobrecarga de trabajos tienen menos tiempo a realizar actividad física, que no pueden encontrarse con sus amigos para disfrutar de actividades recreativas; por otro lado, otros manifestaron que presentaron alteraciones en sus hábitos de consumo de alimentos, afirmando sentirse cada vez más “pesados” y sentir molestias digestivas. Atendiendo a estas consideraciones se ha demostrado que determinadas conductas de riesgo pueden contribuir a incrementar las enfermedades gástricas agudas y crónicas existiendo el riesgo de tener una futura población adulta mayor con altos índices de enfermedades degenerativas al que pueden estar frecuentemente sometidos. Dentro de este marco se ha considerado desarrollar el estudio “Dispepsia asociada a los estilos de vida en estudiantes de Enfermería”, debido a que en ellos cae una gran responsabilidad de responderse a sí mismos, a la familia y la sociedad, porque como futuros profesionales de la Salud ejercerán influencia en ellos, además porque el ambiente universitario permite plantear y ejecutar acciones preventivas de enfermedades crónicas y promocionales de la salud. Por tal motivo se realizó la presente investigación planteando la siguiente incógnita:



¿Existe relación entre la Dispepsia No Investigada y los estilos vida en los estudiantes de Enfermería de la Universidad Nacional del Altiplano Puno - 2020?

1.2 OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

1.2.1 Objetivo General

Determinar la relación de la Dispepsia No Investigada y los estilos de vida en los estudiantes del primer al décimo semestre de la Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional del Altiplano. Puno – 2020.

1.2.2 Objetivos Específicos

- Identificar la Dispepsia No Investigada en función a síntomas: dispéptico y no dispéptico, en los estudiantes de enfermería.
- Identificar los estilos de vida según escalas de salud: no saludable, poco saludable, y saludable en los estudiantes de Enfermería.
- Establecer la relación de la Dispepsia No Investigada con la alimentación en los estudiantes de enfermería.
- Establecer la relación de la Dispepsia No Investigada con la actividad física en los estudiantes de enfermería.
- Establecer la relación de la Dispepsia No Investigada con el sueño en los estudiantes de enfermería
- Establecer la relación de la Dispepsia No Investigada con el consumo de alcohol en los estudiantes de enfermería
- Establecer la relación de la Dispepsia No Investigada con el consumo de cigarrillo en los estudiantes de enfermería
- Establecer la relación de la Dispepsia No Investigada con el autocuidado y control médico en los estudiantes de enfermería



1.3 HIPÓTESIS DE LA INVESTIGACIÓN

Existe relación entre la Dispepsia No Investigada y los Estilos de Vida en los estudiantes del primer al décimo ciclo de la Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional del Altiplano Puno, 2020.



CAPÍTULO II

REVISION DE LITERATURA

2.1 MARCO TEÓRICO

2.1.1 DISPEPSIA

La dispepsia es un término que se utiliza ampliamente para describir cualquier tipo de molestia gastrointestinal, destacando la naturaleza crónica y presencia de malestar o dolor abdominal centrado en el hemi abdomen superior (9). Han existido discrepancias en si 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, entre otras; lo cual, obedece al gran desconocimiento de los mecanismos fisiopatológicos de muchas de las dispepsias. (10) Se define la dispepsia como cualquier dolor o molestia localizada en la parte central de la mitad superior del abdomen; el término proviene del vocablo griego “dys” que significa malo o difícil y “pepto” que significa cocer o digerir, por lo que su significado estricto es “mala digestión”. (11) El comité de Roma III lo define como: “Síntoma o conjunto de síntomas que la mayoría de médicos considera tienen su origen en la región gastroduodenal”. (10) Por otro lado, el Consenso Mexicano sobre la Dispepsia en el año 2017, menciona que: 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.

2.1.1.1 CLASIFICACIÓN

La dispepsia considerada como un cuadro clínico compuesto por un



conjunto de síntomas continuos o intermitentes y manifestados en el tracto digestivo superior, se clasifica en tres tipos: Dispepsia Orgánica, No Orgánica o Funcional y Dispepsia No investigada.

Para fines del presente estudio se consideró la Dispepsia No investigada, puesto que no se realizó un estudio endoscópico para descartar la causa y poder clasificarla con precisión.

2.1.1.1.1 Dispepsia Orgánica

La Dispepsia Orgánica es aquella en la que los síntomas son debido a una causa orgánica o metabólica identificada, en la que si la enfermedad mejora o se elimina también mejoran o desaparecen los síntomas dispépticos. (10)

Etiología

Entre las causas digestivas más frecuentes figuran la enfermedad ulcerosa péptica y la esofagitis, también son consideradas el cáncer gástrico, duodenitis erosiva, las enfermedades biliopancreáticas, lesiones inflamatorias u obstructivas del intestino delgado y/o grueso. Por otro lado, existen causas extradigestivas que producen o hacen más evidentes los síntomas, entre ellos la diabetes mellitus, la insuficiencia renal o suprarrenal, uremia, hipercalcemia, las alteraciones hidroelectrolíticas, neuropatías y radiculopatías, enfermedades relacionadas con fármacos, y el consumo de alcohol.

2.1.1.1.2 Dispepsia No Orgánica o Funcional:

Se define como la presencia de síntomas que se piensa que se origina en la región gastroduodenal, en ausencia de cualquier enfermedad orgánica,



sistémica o metabólica que pueda explicar los síntomas. (12)

Hernando A. (2007), considera a la Dispepsia Funcional como un complejo sintomático, heterogéneo, altamente prevalente en la comunidad y en la práctica general; entre los factores fisiopatogénicos incluye los trastornos de la acomodación y del vaciamiento gástrico, dismotilidad duodenal, sensibilidad aumentada, factores psicosociales y una asociación con un estado postinfeccioso. Hasta la actualidad no se ha podido determinar el mecanismo etiopatogénico exacto que causa los síntomas.(13)

Mearin F. (2010) menciona que este tipo de dispepsia también es conocido como dispepsia no ulcerosa, esencial y dispepsia idiopática, porque no tiene evidencia de enfermedades estructurales (incluida la realización de una endoscopia digestiva alta) que puedan justificar los síntomas. (10)

Etiopatogenia

La etiopatogenia de la Dispepsia Funcional hasta la actualidad es desconocida y heterogénea.

En las últimas dos décadas se han sugerido una serie de mecanismos como la alteración de la acomodación gástrica a los alimentos ingeridos, enlentecimiento en el vaciamiento gástrico, hipersensibilidad visceral a la distensión gástrica, hipersensibilidad duodenal a lípidos y a ácidos, anormal motilidad duodeno yeyunal, fluctuaciones fásicas del volumen postprandial, alteraciones mioeléctricas y alteraciones de la regulación a nivel del sistema nervioso central y autónomo. Además, recientemente se ha considerado un



origen inflamatorio o postinfeccioso y una causa genética (relacionada a un polimorfismo funcional en una subunidad de la proteína G). Y una relación entre factores psicológicos, el medio ambiente, el funcionamiento gástrico y síntomas dispépticos también podría jugar un rol importante, y tendría como mediador una baja actividad vagal.(13) (14)

Talley N.J. (2016) menciona que la eosinofilia duodenal es ahora una asociación aceptada, y se considera que la infección por *Helicobacter pylori* está relacionada causalmente con la dispepsia, aunque solo una minoría responderá a la erradicación. (15) Asimismo, otros datos experimentales confirman que los eosinófilos duodenales y los mastocitos pueden alterar la estructura y función neuronal entérica en la Dispepsia Funcional.

- Alteraciones en la función motora gastroduodenal: Un 20-40% de pacientes con Dispepsia Funcional presentan alteraciones en la función motora gastroduodenal, incluyendo alteraciones en la acomodación gástrica, vaciamiento gástrico alterado y anormalidades de la contractilidad antral. Según Stanghellini V. et. al. la hipomotilidad antral es una anomalía motora frecuente pero inespecífica.(13) (16)
- Acomodación Gástrica: Es considerada importante en la fisiopatología de varios desórdenes gastrointestinales altos incluyendo la Dispepsia Funcional.

Definida como la reducción del tono gástrico e incremento de la complacencia que sigue a una ingesta de alimentos, e involucra dos respuestas: una “relajación receptiva” que permite recibir una carga de



volumen sin significativo aumento de la presión intragástrica, y una “relajación adaptativa”, durante la cual el tono gástrico es modulado en respuesta a específicas propiedades de los alimentos ingeridos (según el tipo de macronutriente). Asimismo, la acomodación gástrica se observa como respuesta a una distensión duodenal o a la infusión duodenal de nutrientes; es por ello que la distribución de alimentos dentro del estómago y la velocidad de vaciamiento gástrico varían en función de los nutrientes ingeridos. (13)

Según estudios realizados por Kim D., Sarnelly G., et. al. un 40% de los pacientes con Dispepsia Funcional presentan trastornos de la acomodación gástrica. (17)(18)

- Vaciamiento Gástrico: Un 20 – 50% de los pacientes presenta un enlentecimiento en el tiempo de vaciamiento gástrico. Algunos estudios han sugerido que este retraso en el vaciamiento gástrico se asocia a específicos patrones sintomáticos, sobre todo a sensación de plenitud postprandial y vómitos, especialmente en pacientes de sexo femenino (13)

Por otro lado, recientemente Delgado S., Camilleri M., et al. hallaron lo contrario: que, en adultos con Dispepsia Funcional observada en una práctica de derivación terciaria, la disminución del tamaño de la comida y los síntomas posprandiales se asocian con un volumen gástrico en ayunas bajo y un vaciamiento gástrico más rápido. (19)

- Anormalidades en las contracciones fásicas del estómago proximal: Las



contracciones fásicas fúndicas inducen incrementos transitorios en la tensión de la pared gástrica, estas contracciones están asociadas a los síntomas dispépticos.

- Anormalidades en el ritmo eléctrico gástrico: Se ha demostrado alteraciones en el ritmo eléctrico gástrico en más de las dos terceras partes de los pacientes con Dispepsia Funcional, generando un enlentecimiento en el vaciamiento gástrico. (20)(21)
- Disturbios en la sensibilidad visceral: Por medio de diversos estudios de la distensión gástrica se ha confirmado que los pacientes con Dispepsia Funcional tienen umbrales más bajos para la hipersensibilidad visceral, para malestar y para dolor que los pacientes con causas orgánicas de dispepsia. Del mismo modo, otros estudios demostraron que las personas con Dispepsia Funcional tenían un mayor grado de percepción visceral en comparación con voluntarios sanos, lo cual expresa la presencia de una hiperalgesia visceral, (22) la cual se asocia con síntomas de dolor epigástrico posprandial, eructos y pérdida de peso. (23)

Asimismo; se ha demostrado que los lípidos producen un aumento de la sensibilidad tanto en pacientes dispépticos como en sanos, y la acidificación duodenal en pacientes dispépticos incrementó la sensibilidad gástrica a la distensión gástrica proximal, e inhibe la acomodación gástrica a una comida. (24)

- Infección: Puede presentarse luego de un cuadro de gastroenteritis



infecciosa aguda bacteriana, viral o parasitaria, y el riesgo se incrementa en presencia de factores definidos. (1). Estudios de cohorte han confirmado que el riesgo de presentar dispepsia se incrementa cinco veces luego de un año de haber tenido gastroenteritis aguda bacteriana, entre ellos diversos gérmenes se han asociado a su desarrollo, pero destacan *Salmonella spp.*, *Escherichia coli*, *Campylobacter jejuni*, *Giardia lamblia* y norovirus. Un metaanálisis reciente que incluyó 19 estudios de buena calidad informó que la prevalencia de Dispepsia Funcional luego de gastroenteritis infecciosa en adultos fue del 9.55%. (25)

Por otro lado, el papel de la infección por *Helicobacter pylori* es controversial. Esta bacteria se asocia a trastornos motores, secretores e inflamatorios que pueden generar síntomas dispépticos, por lo que algunos enfermos podrían beneficiarse de su erradicación (1). No existen datos convincentes que la infección por *H. pylori* sea un factor patogénico; sin embargo, existen estudios que establecen una relación entre infección por *H. pylori* y Dispepsia Funcional, como es el caso de Talley N.J que recientemente el 2016 ha establecido esa relación.

- Anormalidades Psicosociales: La Dispepsia Funcional genera interés en la psicología clínica y de la salud, debido a la constatación de su asociación con diversos factores psicosociales, tales como el estrés psicosocial, la ansiedad, la depresión, el abuso infantil y la somatización, así como por la creciente evidencia de la eficacia de la terapia psicológica en esta condición médica. (26)



En un estudio realizado por Geeraerts B., Vandenberghe, J., et. al. se demostró que la ansiedad inducida experimentalmente altera la función sensoriomotora gástrica, lo que sugiere que los factores psicológicos pueden jugar un papel causal en la patogénesis de algunos síntomas y mecanismos dispépticos. (27) Estos datos son corroborados por numerosos estudios epidemiológicos realizados en diversas poblaciones, hallando que factores como la ansiedad, depresión, el estrés laboral, la alteración del sueño y la angustia psicológica se asocian con Dispepsia Funcional según los criterios de Roma III.(28)(29)(30)

De ello se afirma que los factores psicológicos pueden alterar la función fisiológica y pueden ser la base del origen de algunos de los síntomas de la Dispepsia Funcional.

2.1.1.1.3 Dispepsia No Investigada:

La Dispepsia No investigada es aquella en la que no se ha realizado un estudio, básicamente endoscópico, que permita establecer fehacientemente si existe o no una causa orgánica. Esta categoría no es infrecuente, ya que en muchos casos no será absolutamente necesario realizar exploraciones complementarias si no se cumplen criterios de edad ni hay síntomas o signos de alarma. Los síntomas no son suficientemente específicos para diferenciar la Dispepsia Orgánica de la Funcional y, por tanto, es etiquetada como: Dispepsia No Investigada. (10)



2.1.1.2 SINTOMATOLOGÍA

Mearin F., y Calleja J. (2011), de acuerdo a los resultados de una reunión de especialistas en aparato digestivo, realizado en la Universidad Autónoma de Madrid, hace referencia a la identificación de síntomas específicos de la dispepsia, las cuales son: molestia (como categoría de intensidad) o dolor epigástrico, pesadez postprandial, saciedad precoz. Asimismo, se identificó síntomas asociados como: náuseas, eructos, distensión abdominal y ardor epigástrico.(6)

- Molestia o Dolor Epigástrico: Sensación subjetiva desagradable de calor (quemazón o “acidez”) en el epigastrio. El término molestia que procede de la traducción del término “discomfort” en inglés ha sido objeto de controversia al interpretarse como un grado leve de dolor o bien como un complejo sintomático diferente que incluía otros síntomas no dolorosos como sensación de plenitud, saciedad precoz, hinchazón o incluso náusea
- Pesadez Postprandial: Sensación molesta de plenitud estomacal que incomoda, producida después de consumir alimentos de volumen normal, al menos varias veces por semana; también se entiende como sensación desagradable de persistencia prolongada de comidas en el estómago.
- Saciedad Precoz: Sensación de llenura inmediatamente después de ingerir alimentos, en ocasiones antes o después de alguna ingesta en cantidad menor de lo usual; ocasionado por patologías gastrointestinales diversas como tumores, acidez gástrica, retraso en vaciamiento del estómago, entre otros. (31)



- Náuseas: Sensación desagradable de necesidad de vomitar.
- Eructos: Es la necesidad de expulsión oral de gas desde el tracto gastrointestinal superior, que puede ser un fenómeno audible o silente en algunos casos. La ingestión de aire durante la comida es un fenómeno fisiológico normal al igual que expulsión de cierta cantidad de aire promovida por la relajación transitoria del esfínter esofágico inferior. Solo puede ser considerado como un síntoma cuando se convierte en excesivo y problemático.
- Distensión Abdominal: Es una alteración que consiste en hinchazón del abdomen o sensación de presión abdominal, la cual puede o no acompañarse de un incremento en el perímetro abdominal. (32)
- Ardor Epigástrico: Existe dificultad y posibilidad de confusión del término ardor epigástrico con la pirosis. En los criterios de Roma III una sensación de ardor epigástrico no es considerada como pirosis a no ser que se irradie hacia la región retroesternal. Anteriormente la presencia de pirosis o de regurgitación ácida fueron considerados síntomas suficientes para definir la dispepsia, pero en la actualidad se reconocen como síntomas esenciales en el diagnóstico de enfermedad por reflujo gastroesofágico.

Entre los factores que pueden agravar los síntomas, sin que se haya demostrado una relación causa - efecto, destacan: Masticación insuficiente, irregularidad en el horario de las comidas, estrés, exceso en el consumo de grasa y de alimentos que suelen causar intolerancia digestiva y exceso de líquidos, especialmente bebidas carbonatadas.(33)



En referencia a la Dispepsia Funcional, los síntomas se clasifican en dos categorías según la última presentación de los criterios de Roma IV (Comité de expertos en el diagnóstico y tratamiento de trastornos gastrointestinales funcionales): El síndrome de distrés postprandial (PDS) y el síndrome de dolor epigástrico (EPS). (34)

2.1.1.3 DIAGNOSTICO

El diagnóstico ha de ser clínico; ello exige una minuciosa historia clínica y una cuidadosa exploración física. Cuando la clínica y la exploración física no permiten un diagnóstico preciso, el siguiente paso consiste en la visualización del tracto digestivo superior. La endoscopia es mucho más sensible y específica que la radiología baritada y, permite la toma de biopsias. Dado el coste de esta técnica, su uso en todos los pacientes dispépticos ha sido objeto de gran controversia. Se recomienda practicarla en pacientes dispépticos mayores de 45 años (en los que la posibilidad de un origen orgánico es mayor), en quienes presentan síntomas o signos de alarma y en aquellos que no responden al tratamiento. (35)

Según el Consenso Mexicano sobre la dispepsia en el año 2017; los criterios diagnósticos basados en síntomas permiten establecer el diagnóstico positivo de Dispepsia Funcional en la mayoría de los enfermos sin síntomas o signos de alarma y sin factores de riesgo para el desarrollo de enfermedades orgánicas. No obstante, los criterios de Roma III y IV requieren la realización de una endoscopia para descartar la presencia de Dispepsia Orgánica o Secundaria. (1)

El comité de expertos para los criterios de Roma III recomendó denominar la Dispepsia Funcional como “complejo sintomático de la dispepsia”, y los



subclasificó en: Síndrome de Distrés Postprandial, y Síndrome de Dolor Epigástrico.

Criterios Diagnósticos para la Dispepsia Funcional: Roma III

Los pacientes deben haber tenido uno o más de los siguientes síntomas durante los últimos tres meses, con inicio de los síntomas por lo menos seis meses antes del diagnóstico:

- Plenitud postprandial
- Saciedad precoz
- Dolor epigástrico
- Ardor epigástrico
- Ninguna evidencia de enfermedad estructural (incluida la endoscopia digestiva alta) que pueda explicar los síntomas

Roma III: Criterios diagnósticos para el Síndrome de Dolor Epigástrico

Síntomas de por lo menos tres meses de duración, con inicio de por lo menos seis meses antes, con todos los siguientes criterios:

- Dolor y/o ardor en el epigastrio intermitente
- Dolor y/o ardor en el epigastrio de intensidad al menos de moderada a grave
- Dolor y/o ardor en el epigastrio mínimo de una vez por semana.
- Dolor y/o ardor en el epigastrio que no es generalizada o localizada a otras regiones abdominales o torácicas,



- Dolor y/o ardor en el epigastrio que no se alivia con la defecación o pasaje de flatos,
- Dolor y/o ardor en el epigastrio que no cumple criterios para desordenes de vesícula biliar o esfínter de Oddi.

Otros síntomas pueden incluir:

- Dolor epigástrico de una calidad de ardor, pero sin un componente retroesternal
- Dolor inducido o aliviado por la ingestión de una comida, pero que también puede ocurrir durante el ayuno
- Síndrome de distrés postprandial que puede coexistir

Roma III: Criterios diagnósticos para el Síndrome de Distrés Postprandial

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

- Plenitud postprandial molesta, que se producen después de las comidas de cantidad ordinaria, por lo menos varias veces por semana
- Saciedad temprana que impide terminar una comida regular, por lo menos varias veces por semana

Otros síntomas pueden incluir:

- Hinchazón abdominal superior o náuseas postprandial o eructos excesivos
- Síndrome de dolor epigástrico que puede coexistir



2.1.2 ESTILOS DE VIDA

Los estilos de vida han sido objeto de estudio de diversas disciplinas como sociología, psicoanálisis, antropología, la epidemiología y la disciplina biomédica; cada uno definido mediante su propio enfoque. En el enfoque sociológico se considera que las variables sociales son los principales determinantes de la adopción y del mantenimiento de un estilo de vida determinado, mientras que desde el psicoanálisis los determinantes se desplazaron desde la sociedad al individuo y a su personalidad; la antropología desde un enfoque cultural; y la medicina desde un enfoque biológico, la cual está anclada con la corriente epidemiológica y vinculado con las enfermedades crónicas, argumentando que los individuos tienen estilos de vida sanos o insanos por su propia voluntad, recayendo por lo tanto la responsabilidad sobre lo individual y no sobre lo institucional. En general se entiende los estilos de vida como la forma de vida de las personas o de los grupos.(36)(37)

La Organización Mundial de la Salud en 1998, establece que el estilo de vida es una forma de vida que se basa en patrones de comportamiento identificables, determinados por la interacción entre las características individuales, las interacciones sociales y las condiciones de vida socioeconómicas y ambientales.

Según la Organización Panamericana de la Salud (OPS) el término “Estilo de Vida” se utiliza para designar la manera general de vivir, basada en la interacción entre las condiciones de vida ,en su sentido más amplio, y las pautas individuales de conducta ,determinadas por factores socioculturales y características personales; está compuesto por sus reacciones habituales y por las pautas de conducta que ha desarrollado durante sus procesos de socialización., las cuales son interpretadas y



puestas a prueba continuamente en las diversas situaciones sociales y por tanto, no son fijas, sino que están sujetas a modificaciones.

Los estilos de vida son aquellos comportamientos que mejoran o crean riesgos para la salud. Este comportamiento humano es considerado dentro de la teoría del proceso salud enfermedad de Lalonde y Lafranboise junto con la biología humana, el ambiente y la organización de los servicios de salud como los grandes componentes para la producción de la salud o enfermedad de la población. (38) Estos comportamientos considerados como factores protectores y/o factores de riesgo deben ser vistos como un proceso dinámico. (39)

2.1.2.1 CLASIFICACIÓN DE LOS ESTILOS DE VIDA

La presencia de factores protectores y factores de riesgo para la salud, determinan su clasificación en: Saludables, Poco Saludables y No Saludables.

- **Estilos de Vida Saludable**

Un estilo de vida saludable es definido por la Organización Mundial de la Salud como una forma de vida que disminuye el riesgo de enfermarse o morir a temprana edad, mejorando la salud y permitiendo disfrutar más aspectos de la vida, porque la salud no es sólo la ausencia de enfermedad, también se trata de bienestar físico, mental y social. (40)

La Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud, considera a los estilos de vida saludables como componentes importantes de intervención para promover la salud.

Incluyen conductas de salud, patrones de conducta, creencias,



conocimientos, hábitos y acciones de las personas para mantener, restablecer y/o mejorar su salud.(41)

Entre los factores protectores o estilos de vida saludable se considera: la práctica de ejercicio físico moderado, una nutrición adecuada basada en una dieta equilibrada, descanso adecuado, higiene adecuada, abstención total de consumo de alcohol, abstención de fumar tabaco otro tipo de drogas, equilibrio mental, y asistencia a control médico periódicamente porque permite dar un mejor seguimiento del estado de salud. (42)(43)

- **Estilos de Vida Poco Saludables**

Es un comportamiento o hábito que no es completo en su totalidad, y pone en riesgo el deterioro de la salud. Es causa de numerosas enfermedades crónicas no transmisibles.(8)

Comprende hábitos como: Práctica de ejercicio físico solo algunas veces, dieta que no cumple con el consumo adecuado de alimentos, consumo esporádico de alcohol, consumo de cigarrillo no habitual, asistencia a control médico y no cumplimiento del tratamiento. A nivel psicológico genera baja autoestima, dificultades de afrontamiento de situaciones de estrés y mayor probabilidad de padecer un trastorno del estado de ánimo.

- **Estilos de Vida No Saludables**

Es un conjunto de patrones conductuales pasivas y activas, consideradas como una amenaza para el bienestar físico y psíquico, ocasionando consecuencias negativas para la salud o comprometiendo aspectos del



desarrollo de la persona. De este modo son consideradas como factores de riesgo para el desarrollo de una enfermedad.

Las conductas de riesgo en las personas adultas jóvenes pueden afectar su salud física y mental en diferente grado, además de convertirse en problemas sociales y de salud pública. (44)

Comprende conductas como el sedentarismo, malos hábitos alimenticios, desarrollo de estrés considerado como un factor que desarrolla vulnerabilidad ante diversas enfermedades, higiene inadecuada, consumo de drogas y alcohol, no adherencia terapéutica, relaciones interpersonales inadecuadas y alteraciones del sueño y descanso.

2.1.2.2 DIMENSIONES DE LOS ESTILOS DE VIDA

Pastor et.al. en 1998, adaptó las variables y/o dimensiones relacionadas con los estilos de vida saludables en función del momento evolutivo: infancia-adolescencia, adultez y vejez. En la etapa de la adultez considera el consumo de alcohol, consumo de tabaco, alimentación, actividad física, hábitos de descanso, accidentes y conductas de prevención, y chequeos médicos. (39)

- Alimentación

Según Fernández (2003) la alimentación es el ingreso o aporte de los alimentos en el organismo humano. Es el proceso por el cual tomamos una serie de sustancias contenidas en los alimentos que componen la dieta; estas sustancias o nutrientes son consideradas imprescindibles para completar la nutrición. Según Elizondo y Cid, una buena alimentación implica no solamente ingerir los niveles apropiados de cada uno de los nutrientes, sino obtenerlos en un balance adecuado.



Una alimentación saludable es la que aporta todos los nutrientes esenciales y la energía que cada persona necesita para mantenerse sana. Está demostrado que una buena alimentación previene enfermedades crónicas como obesidad, diabetes, enfermedades cardiovasculares, hipertensión, osteoporosis, varios tipos de cáncer, entre otros. Asimismo, permite mejorar la calidad de vida en todas las edades.(45)

Para vivir con salud es bueno:

- Comer con moderación e incluir alimentos variados en cada comida.
 - Comer diariamente frutas y verduras de todo tipo y color.
 - Consumir todos los días leche, yogures o quesos, en todas las edades.
 - Comer una amplia variedad de carnes rojas y blancas, retirando la grasa visible.
 - Preparar las comidas con aceite preferentemente crudo y evitar la grasa para cocinar.
 - Disminuir los consumos de azúcar y sal.
 - Consumir variedad de panes, cereales, pastas, harinas, féculas y legumbres.
 - Disminuir el consumo de bebidas alcohólicas y evitarlo en niños, adolescentes, embarazadas y madres lactantes.
 - Tomar abundante cantidad de agua hervida durante todo el día.
 - Aprovechar el momento de las comidas para el encuentro y diálogo con otros.
-
- Actividad Física



La actividad física es cualquier movimiento corporal intencional producido por los músculos esqueléticos que determina un gasto energético. Incluye al deporte y al ejercicio, pero también a las actividades diarias como subir escaleras, realizar tareas en el hogar o en el trabajo, trasladarse caminando o en bicicleta y las actividades recreativas.(46)

Para la Organización Mundial de la Salud, la actividad física es una práctica de mayor relación con condiciones de vida saludables, en oposición al sedentarismo, la alimentación inadecuada y el tabaquismo, que son factores de impacto negativo sobre la salud especialmente de las dolencias crónicas no transmisibles.

Blumenthal y McCubbin, 1987 sostienen que la actividad física también es importante desde el punto de vista psicológico. Efectivamente, una actividad física enérgica practicada de manera regular reduce los sentimientos de stress y ansiedad.

La actividad física regular se define como el ejercicio durante al menos 30 minutos en el día, todos los días de la semana con una intensidad moderada. Se recomienda:

- Caminar como mínimo 30 minutos diarios (seguidos o fraccionados a lo largo del día).
- Antes de iniciar y al terminar la actividad, estirar para evitar lesiones y dolores musculares.
- Realizar actividad física, como actividades recreativas con movimiento, baile, gimnasia, gimnasia con aparatos, deportes recreativos, etc.



- Hacer pausas activas en el trabajo (en los minutos de descanso: salir a caminar, hacer ejercicios localizados o de flexibilidad, etc.).
- Moverse cada vez que sea posible (bajarse del colectivo unas cuadras antes; usar las escaleras; etc.)
- Realizar los quehaceres domésticos (barrer, pasear al perro, lavar el auto, cortar el pasto, etc.)

- Sueño

El sueño es el periodo de descanso para el cuerpo y la mente, durante el cual la voluntad y la conciencia están inhibidas de forma parcial o total, y las funciones corporales parcialmente suspendidas.(8)

Asimismo, es considerado como un proceso activo y complejo, fundamental para mantener un correcto estado de salud física y mental. Las necesidades de sueño varían a lo largo de la vida, fundamentalmente en relación con la edad, pero también en relación con diversos factores interindividuales y genéticos; se considera que los estudiantes universitarios deben descansar un promedio de siete horas diarias. Es necesario recalcar que no sólo la cantidad de horas de sueño es importante, sino que la calidad y la continuidad.(47)

- Consumo de alcohol

El alcohol es una droga con efectos tóxicos y otros peligros intrínsecos como, la intoxicación y la dependencia, su consumo está asociada a diversas situaciones sociales. (48) En referencia al consumo del alcohol hay diversos puntos de vista; por un lado, considerado como medicina para la salud; y



por otro, como riesgo y deterioro de la salud.

El consumo de alcohol puede describirse en términos de gramos de alcohol consumido, o por el contenido alcohólico de las distintas bebidas, en forma de unidades de bebida estándar. De ello se clasifica los patrones de consumo en: consumo de riesgo, consumo perjudicial, consumo excesivo episódico o circunstancial, y dependencia del alcohol. (49)

- Consumo de Riesgo: Es un patrón de consumo de alcohol que aumenta el riesgo de consecuencias adversas para la salud si el hábito del consumo persiste. La Organización Mundial de la Salud lo describe como el consumo regular de 20 a 40g diarios de alcohol en mujeres y de 40 a 60g diarios en varones.
- Consumo Perjudicial: Patrón de consumo que conlleva consecuencias para la salud física y mental de la persona. Está definido por la OMS como consumo regular promedio de más de 40g de alcohol al día en mujeres y de más de 60g al día en hombres.
- Consumo excesivo episódico o circunstancial: Patrón de consumo dañino para ciertos problemas de salud. Implica el consumo de por lo menos 60g de alcohol en una sola ocasión.
- Dependencia del alcohol: Conjunto de fenómenos conductuales, cognitivos y fisiológicos en los cuales el uso del alcohol se transforma en prioritario para el individuo, en contraposición con otras actividades y obligaciones que en algún momento tuvieron mayor valor.



Por otro lado, Marconi establece criterios basados en la cantidad y frecuencia:

- Abstinente total: persona que refiere que nunca ha bebido alcohol.
- Bebedor excepcional u ocasional: persona que refiere beber cantidades moderadas de alcohol (menos de 20 ml de etanol o sus equivalentes) en situaciones muy especiales, no más de 5 veces al año.
- Bebedor moderado: persona que refiere beber cantidades de alcohol menores de 100 ml con periodicidad no mayor de 3 veces a la semana (300 ml de etanol semanal o sus equivalentes) o experimente menos de 12 estados de embriaguez en un año. Grupo de riesgo para convertirse en bebedores excesivos.
- Bebedor excesivo: persona que refiere beber cantidades de alcohol iguales o mayores de 100 ml, con periodicidad mayor de 3 veces a la semana (300 ml de etanol semanal o sus equivalentes) o experimente 12 o más estados de embriaguez en un año.
- Bebedor patológico o alcohólico: persona bebedora de alcohol (independientemente de la cantidad y frecuencia) que presente regularmente síntomas y signos de dependencia del alcohol, ya sean físicos o psíquicos.

Según la Organización Panamericana de la Salud, el alcohol incrementa el riesgo de provocar una amplia variedad de problemas sociales de una



manera dosis dependiente, sin que existan evidencias de un efecto umbral; para el bebedor, cuanto mayor sea la cantidad de alcohol consumido, mayor es el riesgo.

El alcohol es causa de diversos tipos de lesiones, trastornos mentales y de la conducta, problemas gastrointestinales, cáncer, enfermedades cardiovasculares, trastornos inmunológicos, enfermedades óseas, trastornos reproductivos y daños congénitos. incrementa el riesgo de estas enfermedades y lesiones de forma dosis dependiente, sin que existan evidencias que sugieran un efecto umbral. Cuanto mayor es el consumo, mayores son los riesgos. (49)

Según la literatura científica, los efectos del alcohol en la salud son dosis-dependientes, ya que se han observado efectos beneficiosos cuando se consume en un nivel moderado en comparación con la abstinencia o el consumo excesivo.(50) Una dosis pequeña de alcohol reduce el riesgo de contraer enfermedades cardíacas, aunque aún está en debate cuál ha de ser el tamaño de dicha dosis para que resulte beneficiosa para la salud.

- Consumo de Cigarrillo

El consumo de tabaco es la principal causa de enfermedad, discapacidad y muerte en el mundo. Se estima que la mitad de los fumadores muere de una enfermedad relacionada al consumo de tabaco y que viven en promedio 10-15 años menos que los no fumadores.(45)

El cigarrillo es, muy probablemente, la fuente más importante de



compuestos químicos tóxicos causante de enfermedades humanas. (51)

Según la Organización Mundial de la Salud (2006) el tipo de consumo está asociado con el número de cigarrillos consumidos al día; en base a esto, se desarrolló la siguiente clasificación asumiendo como factor principal la frecuencia diaria de consumo, sin tener en cuenta otros aspectos clave como la intensidad de la ingesta y los problemas asociados al consumo:

- Fumador leve: Fuma menos de 5 cigarrillos diarios.
- Fumador moderado: Fuma un promedio de 6 a 15 cigarrillos diarios.
- Fumador severo: Fuma más de 16 cigarrillos por día en promedio

Según los criterios diagnósticos de la Organización Mundial de la Salud, se considera fumador a la persona que fuma actualmente y que ha fumado al menos 1 cigarrillo diariamente durante 6 meses. Mientras que otros criterios consideran fumador a la persona que fuma actualmente y que ha fumado al menos 100 cigarrillos en su vida.

Es así que la Organización Mundial de la Salud establece las siguientes categorías de fumador (a).

- No Fumador: No fuma ni ha fumado nunca de manera habitual o que ha fumado menos de 100 cigarrillos a lo largo de su vida.
- Ex Fumador: No fuma actualmente, pero ha fumado alguna vez a diario en una época anterior a seis meses.



- Fumador Ocasional: Fuma actualmente, pero no diariamente.
- Fumador habitual: aquella persona que fuma diariamente 1 o más cigarrillos.

El daño provocado por el consumo de los productos del tabaco, principalmente la inhalación del humo de los cigarrillos, es múltiple: enfermedades cardiovasculares, bronquitis crónica y enfisema, diversos tipos de cáncer. La relación entre el consumo de tabaco y cáncer está avalada por evidencias epidemiológicas, histológicas y génicas; asociado con cáncer de boca, faringe, laringe, esófago, estómago, páncreas, cuello uterino, riñón, uréter, vejiga, sistema sanguíneo y, especialmente, de pulmón. (52)

- Autocuidado y Control Médico

El autocuidado se refiere a las prácticas cotidianas y a las decisiones sobre ellas, que realiza una persona, familia o grupo para cuidar de su salud; estas prácticas son ‘destrezas’ aprendidas a través de toda la vida, de uso continuo, que se emplean por libre decisión, con el propósito de fortalecer o restablecer la salud y prevenir la enfermedad; ellas responden a la capacidad de supervivencia y a las prácticas habituales de la cultura a la que se pertenece. (53)

Orem lo define como “la conducta aprendida por el individuo dirigida hacia si mismo y el entorno para regular los factores que afectan su desarrollo en beneficio de la vida, salud y bienestar”. Los seres humanos, tienen habilidades intelectuales y prácticas que desarrollan a través de la



vida para satisfacer sus necesidades de salud, tienen habilidades para encontrar e internalizar las informaciones necesarias por sí mismas, y cuando no es así, buscan ayuda en la familia o en profesionales de la salud.(54)

Son considerados como comportamientos voluntarios que adoptan las personas para beneficio de su salud, en el sentido que implica cuidarla o hacer cuanto esté en sus manos (cuidar la higiene, tomar sus medicamentos según prescripción médica, realizarse autoexámenes físicos, llevar a cabo medidas de protección, etc.) para evitar que aparezcan lesiones, detectar a tiempo síntomas o señales de enfermedad, o que se facilite una pronta recuperación en caso de que exista afectación. Todos ello implica un mayor nivel de responsabilidad personal.

Cuando se trata de vigilar la salud, una de las recomendaciones básicas es que acuda a un médico para que se realice un examen general preventivo. Los controles médicos están considerados dentro de medicina preventiva, ejerciéndose tres tipos de prevención: La prevención primaria, en donde se reducen factores de riesgo antes de que la enfermedad aparezca, su objetivo principal es disminuir la incidencia de una enfermedad o condición. La prevención secundaria, destinada a la detección de una condición o enfermedad para revertirla o retardar su aparición, su objetivo principal es disminuir la prevalencia de una enfermedad o condición. Y finalmente la prevención terciaria, que minimiza los efectos negativos futuros de una enfermedad o condición sobre la salud.



El control de salud médico tiene como objetivos: Detectar enfermedades en sus etapas iniciales, evaluar el riesgo de problemas médicos futuros y fomentar un estilo de vida saludable.(8)

2.2 MARCO CONCEPTUAL.

- **Dispepsia:** 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.
- **Dispepsia No investigada:** Presencia de síntomas, en la que no se ha realizado un estudio, básicamente endoscópico, que permita establecer fehacientemente si existe o no una causa orgánica.
- **Dolor Epigástrico:** Dolor abdominal en epigastrio siendo ésta la región situada en la parte anterior, superior y central del abdomen. Es el síntoma principal, y más frecuente, de la patología digestiva
- **Distrés Postprandial:** Sensación molesta de plenitud tras una comida normal o saciedad precoz
- **Patrón de Comportamiento:** Es una forma constante que tiene una persona, de pensar, sentir, reaccionar físicamente y actuar en determinada situación.
- **Enfermedades Crónicas:** Las enfermedades crónicas son enfermedades de larga duración y por lo general de progresión lenta.

2.3 ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN.

2.3.1 A NIVEL INTERNACIONAL

Rios J. (55) llevó a cabo un estudio teniendo como objetivo determinar la prevalencia de dispepsia y sus factores asociados en los pacientes de 40 a 50 años atendidos con intervención endoscópica en el Hospital José Carrasco Arteaga, de



noviembre de 2016 a mayo de 2017. El estudio fue de tipo descriptivo, prospectivo de corte transversal. La muestra estuvo conformada por 107 pacientes de 40 a 50 años de edad atendidos por dispepsia con intervención endoscópica. Para la obtención de datos se revisaron las historias clínicas y se realizaron entrevistas a los pacientes que dieron el consentimiento informado, los datos se compilaron en el Formulario de recolección de datos. Se concluyó que la prevalencia de dispepsia en los pacientes de 40 a 50 años atendidos por patologías gastrointestinales en el IESS - Cuenca, en el período escogido fue alta (más del 50%) y los principales factores asociados son la infección con *Helicobacter pylori*, el descuido ante la aparición de los síntomas, así como el consumo de alcohol y el empleo indiscriminado de fármacos orales para curar dolencias.

Talledo L., et al. (7) realizaron un estudio con el objetivo de establecer la frecuencia y determinar los factores asociados con Dispepsia No investigada en estudiantes de 4 facultades de medicina de Latinoamérica. El estudio de investigación fue transversal analítico. La población estuvo formada por los estudiantes de 4 facultades de Medicina de Latinoamérica: Universidad Autónoma del Estado de México (Toluca, México), Universidad Tecnológica de Pereira (Pereira, Colombia), Universidad Dr. José Matías Delgado (San Salvador, El Salvador) y Universidad Católica de Santa María (Arequipa, Perú); se calculó un tamaño mínimo muestral de 282 estudiantes por cada sede. Se aplicó una encuesta autoadministrada, que incluía variables sociodemográficas, variables académicas, variables antropométricas y el test “*A new questionnaire for the diagnosis of dyspepsia*” para el diagnóstico de Dispepsia No Investigada. Los resultados revelaron que de los 1,241 encuestados, el 54% (841) fueron del sexo femenino y la mediana de edad fue de 21 años. La prevalencia de Dispepsia No Investigada fue



del 46%. Los factores que tuvieron una asociación directa a la dispepsia fueron: depresión, problemas para conciliar el sueño y el consumo de café. Por el contrario, comer regularmente en una pensión y el sexo masculino tuvieron una asociación inversa.

Masoumi S., et al. (56) realizaron un estudio cuyo objetivo fue determinar la prevalencia de dispepsia y su correlación con la calidad de vida. La población de estudio fue de 397 qashqai nómadas migratorios del sur de Irán que tenían 25 años de edad o más. Los participantes completaron un cuestionario que consistía en factores demográficos, datos de estilo de vida, síntomas gastrointestinales y el cuestionario Short-Form 36 Health Survey. Los resultados revelaron que existe una prevalencia del 48% de síntomas de dispepsia entre los participantes. La prevalencia fue mayor entre las mujeres, los menores de 35 años, los participantes casados y los que tenían un índice de masa corporal (IMC) bajo; la correlación entre dispepsia y calidad de vida fue significativa, los pacientes dispépticos se clasificaron en grupos similares a úlceras (27,9%), similares a dismotilidad (26,2%) y no especificados (45,9%). Existió una correlación significativa entre los síntomas de dispepsia y el consumo de productos lácteos, agua potable y té antes y después de las comidas, tabaquismo, disfagia, reflujo, pirosis y uso de antiinflamatorios no esteroides y acetaminofén.

Camuendo E., (57) realizó un estudio el cual tuvo como objetivo determinar la prevalencia de la dispepsia en pacientes adultos mayores hipertensos atendidos en la consulta externa del servicio de Medicina Interna del Hospital Provincial Regional Docente Ambato en el período Julio-Septiembre 2012. El diseño de estudio, pertenece a un estudio descriptivo, retrospectivo, clínico – epidemiológico,



documentado, se incluyeron 117 pacientes adultos mayores que acuden a consulta externa. Conforme a los resultados se establece que los factores de riesgo y hábitos identificados, fueron consumo de tabaco alcohol, medicamentos especialmente AINES y por último estados de estrés.

2.3.2 A NIVEL NACIONAL

Ramírez J., (29) realizó una investigación con el objetivo de establecer los diferentes factores relacionados a la Dispepsia Funcional en trabajadores de establecimientos que ofrecen comida rápida en un centro comercial de Huancayo, Perú. El estudio fue de tipo transversal analítico. La muestra estuvo constituida por 128 personas que trabajan en las diferentes empresas de comida rápida de un centro comercial, en una localidad de la sierra del Perú. Se utilizó el test: “A new questionnaire for the diagnosis of dyspepsia” para determinar si tenían o no V Dispepsia Funcional, esto se asoció con variables biológicas y sociales, en donde se alcanzó relaciones de estadística. Los resultados revelaron que el 40% presentó Dispepsia Funcional, en donde el insomnio o la dificultad para dormir y el consumo regular de bebidas alcohólicas representaban los principales factores de padecer DF; adaptados por cinco variables. En cambio, el género femenino fue un factor protector. En el caso del régimen alimentario, la omisión del almuerzo (RPa: 1.88, IC 95 %: 1.22- 2.90, valor $p = 0.004$), la omisión de la cena (RPa: 3.44, IC 95 %: 2.72-4.35, valor $p < 0,001$) y la alimentación de forma regular en otros lugares como restaurantes (RPa: 1.87, IC 95 %: 1.22-2.88, valor $p = 0.004$); fueron los factores más vinculados, adaptados por tres variables.

Veliz J., (58) desarrolló un trabajo de investigación, el cual tuvo como objetivo establecer la relación que tienen el estrés y los hábitos alimentarios en la



aparición de la dispepsia en estudiantes de Medicina Humana de la Universidad Peruana los Andes. El estudio fue de tipo descriptivo, observacional, relacional, de corte transversal. La población estuvo conformada por los estudiantes matriculados en el periodo académico 2018-I, 2018-II y 2019-I del XIII ciclo de medicina humana. La obtención de los datos se realizó mediante cuestionarios: “Evaluación de síntomas de tracto gastrointestinal superior, test de estrés académico, Cuestionario de hábitos alimentarios” validados por sus autores, los cuales fueron aplicados en los estudiantes universitarios, los datos obtenidos fueron depurados y procesados con el programa estadístico IBM SPSS Statistics 20. Los resultados concluyeron en que la prevalencia de dispepsia fue del 46.1% encontrándose una mayor frecuencia en el sexo femenino 55%, el estrés no se comporta como factor de riesgo para el desarrollo de Dispepsia Funcional, por otro lado, sí existe relación de los hábitos alimentarios con la Dispepsia Funcional encontrándose como factores de riesgo la velocidad de ingesta, la omisión de comidas, el volumen de ingesta y la temperatura de ingesta.

Llacuchaqui D. (59) desarrollo un estudio con el objetivo de determinar la asociación de los hábitos nocivos y la presencia de Dispepsia No Investigada en estudiantes del primer año académico de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional Federico Villareal en el año 2018. El estudio de investigación fue de tipo cuantitativo, observacional de diseño transversal y enfoque analítico. La muestra estuvo conformada por 135 alumnos. Se aplicó una encuesta y como instrumentos se utilizaron el test “Un nuevo cuestionario para el diagnóstico de dispepsia”, las escalas de Fargerstrom para tabaco, y CAGE para alcohol. Los resultados revelaron que la prevalencia de Dispepsia No Investigada fue de 55.56% mayor en varones, la mediana de edad fue 22 años, consumir café presento una prevalencia de



dispepsia de 61.9%, alcohol 58.8%, bebidas energizantes 64%, y tabaco 57.1%. Concluyendo que el café, las bebidas energizantes y el sexo masculino tienen asociación estadísticamente significativa para la presencia de dispepsia, el dolor en la boca del estómago con el estómago vacío y que calma con la comida fue el síntoma más frecuente.

Lujan Z., Yucra V., (60) realizaron un trabajo de investigación el año 2018 en Ayacucho, que tuvo como objetivo establecer en qué medida los estilos de vida se relacionan con la intensidad de los síntomas de dispepsia, en los usuarios adultos que acuden al CLAS San Juan Bautista. El estudio fue de tipo aplicada, diseño no experimental, descriptivo correlacional. La población estuvo constituida por 480 usuarios del Servicio de Medicina, y la muestra por 138 usuarios, empleándose un muestreo probabilístico al azar simple. La técnica empleada fue la entrevista y los instrumentos: Cuestionario sobre estilos de vida saludables tomado de Salazar y Arrivillaga y el cuestionario PAGI-SYM para determinar síntomas de dispepsia. Los resultados indicaron que el 37.7% de usuarios manifiestan síntomas de dispepsia con un nivel de intensidad leve, un 21.7% manifiestan síntomas con un nivel de intensidad moderado, asimismo el 43.5% manifiesta estilos de vida poco saludables. El mayor porcentaje de síntomas de dispepsia con intensidad moderada se observa en las edades de 30 a 40 con 13%, de 41 a 50 años con 5.8%. La dispepsia moderada es mayor en el sexo femenino con 13% frente al 8.7%, mientras la dispepsia leve con 21.7% es mayor en el sexo femenino. La intensidad de la actividad física, tienen un nivel de correlación débil con la intensidad de los síntomas de dispepsia en los usuarios (Rho de Spearman: 0.206 y $P < 0.05$). La frecuencia de consumo de sustancia psicoactivas, tienen un nivel de correlación débil con la intensidad de los síntomas de dispepsia en los usuarios (Rho de



Spearman: 0.335 y $P < 0.01$), mientras los hábitos alimenticios inadecuados, tienen un nivel de correlación moderada con la intensidad de los síntomas de dispepsia en los usuarios (Rho de Spearman: 0.404 y $P < 0.01$). Concluyendo que los estilos de vida poco saludables, tienen un nivel de correlación moderada con la intensidad de los síntomas de dispepsia (Prueba de Rho de Spearman: 0.438 y $P < 0.01$).

Canales D., y Carhuaricra J., (61) desarrollaron un estudio el cual tuvo como objetivo determinar la asociación entre ansiedad, depresión y hábitos alimenticios con la Dispepsia Funcional en los estudiantes del primero a sexto año de la Escuela Profesional de Medicina Humana de la Universidad Nacional Hermilio Valdizán, Huánuco 2017. El diseño metodológico fue de tipo analítico, observacional y transversal. La población estuvo conformada por 402 estudiantes de los cuales 223 conformaron la muestra con los criterios de inclusión y exclusión. Se aplicó un cuestionario de 73 preguntas conformado por: cuestionario diagnóstico de la Dispepsia Funcional ROMA III, escala de autoevaluación de ansiedad de Zung (EAA), cuestionario de depresión de Beck y cuestionario de hábitos alimenticios. Los resultados revelaron que 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 asociados 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

Aparcana E. (62) realizó un estudio cuyo objetivo fue determinar la asociación entre los síntomas dispépticos y la frecuencia de los hábitos nocivos en los estudiantes de la Escuela de Medicina de la Universidad Cesar Vallejo Filial Piura, Perú, 2017. El diseño metodológico es de tipo descriptivo, analítico, de corte transversal. La población estuvo constituida por 336 alumnos y la muestra de 284. Se utilizó 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. Los resultados revelaron que 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. La frecuencia de hábitos nocivos se detalla a continuación: fumar (60%), beber alcohol (41%), consumo de café (42%), consumo de bebidas energizantes (27%)

Jáuregui H. (63) desarrolló un estudio, cuyo objetivo fue identificar los estilos de vida de la alimentación que influyen en la aparición de los síntomas de dispepsia en usuarios que acuden al servicio de Gastroenterología del Hospital Regional Miguel Ángel Mariscal Llerena de Ayacucho, 2017. El tipo de investigación es descriptivo, correlacional. La población estuvo conformada por 135 personas, teniendo como muestra 69 pacientes. La técnica fue la entrevista y se utilizó 02 instrumentos, el primero fue el cuestionario validado sobre estilos de vida Saludables tomado de Salazar y Arrivillaga y el segundo corresponde al cuestionario Pagi-SYM, que tiene el propósito de determinar síntomas de



dispepsia acorde con la calidad de vida. Se obtuvo como resultado que el mayor porcentaje manifiestan síntomas muy suaves relacionados con la dispepsia, de los cuales el 59%, pertenece al sexo femenino, frente a un 14% que pertenece al sexo masculino. El mayor porcentaje se manifiesta en mayores de 36 años, con nivel de instrucción primaria y secundaria, y en personas de condición civil casado(a) y conviviente. El mayor porcentaje de los usuarios(as) presenta un nivel de estilos de vida poco saludables, donde el mayor porcentaje expresa un bajo nivel de actividad física. El mayor porcentaje del sexo femenino (45%) expresa un nivel medio de estilos saludables, respecto al consumo de alcohol y tabaco. El mayor porcentaje manifiestan un nivel medio de estilos de vida saludables respecto a los hábitos alimenticios, de los cuales el 25% son del sexo masculino y el 64% del sexo femenino.

Mejía C., et al. (30) realizaron un estudio el cual 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. El estudio fue de tipo longitudinal prospectivo. La población y muestra estuvo conformada por 24 internos de medicina. Se tomaron 5 encuestas, 1 basal antes de iniciar el internado médico y al finalizar cada rotación. Se usó el test “A new questionnaire for the diagnosis of dyspepsia” para el diagnóstico de Dispepsia Funcional, los otros factores evaluados fueron los socioeconómicos (edad, género, estado civil, paternidad e independencia económica); los datos académicos (año de ingreso, semestre académico en curso, si ha desaprobado un curso, horas de estudio fuera del horario de clases de la universidad); las medidas antropométricas y los antecedentes clínicos IMC (según los criterios de la Organización Mundial de la Salud [OMS]); los hábitos alimenticios (cumplimiento del horario de alimentación,



lugar donde se alimenta); la ansiedad (escala validada en español para el diagnóstico de ansiedad de Zung, positivo si se obtenía $\geq 56/80$ puntos); la depresión (escala validada en español para el diagnóstico de depresión de Beck, positivo para depresión leve si se obtenían 4-8 de 20 puntos); la irritabilidad (escala de Minnesota Multiphasic Personality Inventory-2, positivo si se obtenían más de 5 puntos de los 16); el hábito tabáquico (escala validada en español de Fargerstrom, positivo si se obtenían 4 de 10 puntos); el hábito alcohólico (escala de CAGE, positivo si se obtenían 2 de 4 puntos); y el consumo de bebidas energizantes. Se obtuvo como resultado que 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.

Vargas M., et al. (64) realizaron un estudio cuyo objetivo fue determinar si los hábitos nocivos comportamentales están asociados a la Dispepsia Funcional en los estudiantes de Medicina de ocho Universidades del Perú. El diseño metodológico es transversal analítico y multicéntrico. Se realizó utilizando un cuestionario auto aplicado 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. Los resultados muestran 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

2.3.3 A NIVEL LOCAL

Blanco Y. (65) desarrollo un estudio en el año 2018, cuyo objetivo fue establecer la relación entre hábitos alimentarios, Dispepsia Funcional, y síndrome de Burnout con el estado nutricional de los internos de medicina del Hospital Regional Manuel Nuñez Butrón de la ciudad de Puno. El estudio fue de tipo descriptivo, analítico, de corte transversal y retrospectivo. La muestra estuvo conformada por 21 internos de medicina que reunieron los criterios de inclusión. Los métodos utilizados son; el antropométrico, con la técnica de la medición del peso y la talla; y para la determinación de la Dispepsia Funcional y el síndrome de Burnout, se manejó la entrevista mediante la encuesta, como instrumentos se emplearon los cuestionarios, del test de dispepsia elaborado por Bisbal y León Barúa, el cuestionario de MBI-HSSS elaborado por Christina Maslach y Susan E. Jackson, y el cuestionario de Hábitos Alimentarios (junto a una ficha de registro de datos del peso y la talla). Los resultados demostraron que el estado nutricional según IMC es del 4.76% con bajo peso y el 47.62% que se encuentra entre lo normal, y en la misma cifra con sobrepeso. En cuanto a sus hábitos alimentarios más del 50% omite sus tres tiempos de comida por falta de tiempo de una a dos veces por semana. La prevalencia de Dispepsia Funcional fue del 48%. Para el síndrome de Burnout, los internos presentaron un índice alto de; cansancio



emocional en un 43%, y el 57% de despersonalización, mientras que el 43% un índice bajo de realización personal. Se encontró relación entre la subescala de despersonalización y estado nutricional ($Rho=0.433$ y $p=0.050$), asimismo la frecuencia con que se omite la cena ($Rho=0.454$ y $p=0.039$) indica una relación positiva media significativa. Concluyendo que existe altos valores de Dispepsia Funcional, así como un alto índice de cansancio emocional, y despersonalización e inadecuados hábitos alimentarios, en los internos de medicina del H.R.M.N.B. de la ciudad de Puno.

CAPÍTULO III

MATERIALES Y METODOS

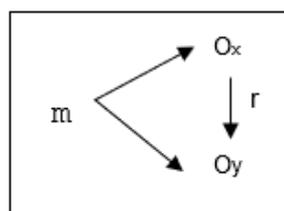
3.1 TIPO Y DISEÑO DE INVESTIGACIÓN.

3.1.1 Tipo de Investigación

De acuerdo a Fernández & Baptista, el presente trabajo de investigación es de tipo Correlacional – Descriptivo. Correlacional porque busca establecer la relación que hay entre la Dispepsia No Investigada y los estilos de vida en los estudiantes del primer al décimo ciclo de la Facultad de Enfermería. Y Descriptivo porque describirá todas las características de las variables (66).

3.1.2 Diseño de Investigación

Según Fernández & Baptista, el diseño de investigación es No Experimental de corte transversal. No Experimental porque no se ejercerá manipulación alguna sobre la variable estilos de vida. Y Transversal porque la recolección de datos se dará en un tiempo único (66).



Donde:

m: Muestra de estudio (Estudiantes de la Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional del Altiplano).

Ox: Representa información sobre los Estilos de Vida

Oy: Representa información sobre la Dispepsia No Investigada en los estudiantes



r: Representa la correlación entre las variables

3.2 ÁMBITO DE ESTUDIO

La presente investigación se realizó en la Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional del Altiplano, ubicada en el distrito, provincia y región de Puno, al sureste del Perú a 3827 metros sobre el nivel del mar, se caracteriza por tener un clima frígido y semiseco. Actualmente la población estudiantil que cursa el pregrado está conformada por 413 alumnos, los cuales se encuentran recibiendo educación remota por el contexto de la pandemia a causa del COVID 19, entre las edades de 17 a 24 años, en su mayoría de sexo femenino, procedentes de zonas rurales norte y sur del departamento de Puno, hablan el idioma aimara y quechua, aparte del castellano y su condición socioeconómica es de media a baja.

3.3 POBLACIÓN Y MUESTRA

3.3.1 Población

La población para el presente trabajo de investigación está constituida por 413 estudiantes de la Facultad de Enfermería que cursan el primer al décimo semestre del presente año 2020.

3.3.2 Muestra

La muestra estimada se realizó a través de un Muestreo Probabilístico Estratificado y está constituido por 199 estudiantes.

Criterios de Inclusión

- Estudiantes matriculados en el presente semestre 2020
- Estudiantes que acepten el consentimiento informado

Criterios de Exclusión

- Estudiantes que no acepten el consentimiento informado



- Estudiantes considerados en el sistema como retirados
- Estudiantes que cuenten con estudios endoscópicos
- Estudiantes que tengan problemas de conectividad al internet

3.4 VARIABLE(S) Y SU OPERACIONALIZACIÓN.

3.4.1 Variable Independiente

Estilos de Vida

3.4.2 Variable Dependiente

Dispepsia No Investigada

VARIABLE	DIMENSION	INDICADOR	ESCALA DE MEDICION	INDICE	
V. Independiente					
Estilos de vida: Según la OMS, es definida como una forma de vida que se basa en patrones de comportamiento identificables, determinados por la interacción entre las características individuales, las interacciones sociales y las condiciones de vida socioeconómicas y ambientales. Se utilizará el cuestionario sobre Estilos de Vida elaborado y validado por Arce E. y Puma L. (2014)	Alimentación	Frecuencia de consumo de alimentos	2-3 veces (1) 4-5 veces (3) Mas de 5 veces (2)	No Saludable: (0-29)	
		Horario de consumo de alimentos	Si (3) No (2) No tiene horario (1)	Poco Saludable: (30-59)	
		Características de los alimentos que consume	Diario (3) Algunas veces por semana (2) No consume (1)	Saludable: (60-87)	
	Actividad Física	Práctica de actividad física	Si (3) Algunas veces (2) No (1)		
		Frecuencia de práctica de actividad física	1 a 3 veces por semana (1) 4 a 6 veces por semana (2) Todos los días (3)		
		Tiempo de práctica de actividad física	3 a más veces por semana (3) 1 vez por semana (2) No tengo un tiempo determinado (1)		
	Sueño	Tiempo de descanso o sueño	Todos los días (3) De 3 a 6 veces por semana (2) De 1 vez por semana (1)		
		Horario de descanso o sueño	Todos los días (3) De 3 a 6 veces por semana (2)		



			De 1 vez por semana (1)
		Características del descanso y sueño	Todos los días (3) De 3 a 6 veces por semana (2) De 1 vez por semana
	Consumo de Alcohol	Frecuencia de consumo de alcohol	Nunca bebo (3) Solo en las fiestas o reuniones / una vez al mes (2) Más de 2 veces por semana (1)
		Cantidad de consumo de alcohol según género	VARON 1-4 vasos (3) 4-9 vasos (2) 10 a más vasos (1) MUJER 1 a 2 vasos (3) 3 a 5 vasos (2) 6 a mas vasos (1)
		Beber con responsabilidad	Nunca bebo (3) No más de 5 veces en este último año (2) Más de 12 veces en este último año (1)
		Relación entre el consumo de cigarrillo y bebidas alcohólicas	No consumo ninguno de ellos (3) Ocasionalmente (2)
	Consumo de cigarrillo	Hábito de consumo de cigarrillos	Si (1) No (3) Algunas veces (2) Fumador diario (1) Fumador ocasional (2) No fumo (3)
		Cantidad de cigarrillos que consume	Más de 6 cigarrillos (1) Menos de 5 cigarrillos (2) Nunca fumo (3)
	Autocuidado y Control Médico	Consulta preventiva en salud	Prevenir (para evitar enfermar) (3) De control (por estar en tratamiento) (2) Por enfermedad (1)
		Cumplimiento del tratamiento indicado	Siempre (3) Casi siempre (2) Nunca (1)
		Prácticas de automedicación	No, espero a consultar con un profesional de



			salud (3) Si, acudo a la farmacia con frecuencia (1) Dejo que pase mi malestar o tomo mates (2)	
		Consulta odontológica preventiva en salud	Para prevenir enfermedades bucales (3) Solo voy porque estoy con tratamiento o tengo caries (2) Prefiero no ir por temor (1)	
		Higiene dental	Después de cada comida (3) Una vez al día, pero diario (2) Menos de 6 veces por semana (1)	
V. Dependiente				
<p>Dispepsia Según el Consenso Mexicano sobre 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. La determinación de la intensidad de los síntomas se realizará mediante el cuestionario “New questionnaire for the diagnosis of dispepsia” elaborado y validado por Bisbal y Leon Barua.</p>	Dispepsia con estómago vacío	Dolor o ardor en la “boca del estómago” con estómago vacío y que calma al comer.	Nunca (1) Poco (2) Medianamente (3) Mucho (4)	<p>Con dispepsia: Mas de 3 puntos</p> <p>Sin dispepsia: menos de 2 puntos</p>
		Sensación de llenura fácil, con menos cantidad que de costumbre.		
	Dispepsia con estómago lleno	Sensación de llenura o pesadez en la “boca del estómago” después de comer.		
		Dolor o ardor en la “boca del estómago” inmediatamente (o menos de una hora) después de comer.		
Dispepsia con estómago vacío y lleno	Tres o más eructos después de las comidas, o eructos sin haber comido			



		Vinagreras o sensación de ardor que sube de la "boca del estómago" hacia el pecho.		
		Regreso desde el estómago hasta la garganta de contenido ácido (avinagrado) o amargo, o de alimentos.		
		Náusea o ganas de vomitar.		
		Vómitos de alimentos, jugo ácido, o bilis amarilla y amarga		

3.5 TÉCNICA(S) E INSTRUMENTO(S) DE RECOLECCIÓN DE DATOS (VALIDEZ Y CONFIABILIDAD).

3.5.1 Técnica

Se aplicó la técnica de la encuesta a los estudiantes del I al X semestre de la Facultad de Enfermería, con el propósito de obtener información referente a la Dispepsia No Investigada y los estilos de vida.

3.5.2 Instrumento

Para la identificación de la Dispepsia No Investigada y los estilos de vida en los estudiantes de la Facultad de Enfermería se utilizó los siguientes cuestionarios:

- **Dispepsia:** Se usó el cuestionario "A new questionnaire for the diagnosis of dispepsia" (Un nuevo cuestionario para diagnosticar dispepsia) elaborado y validado por Bisbal y Leon Barua (1998), el cual tiene una sensibilidad de 95 % y especificidad de 100 %. Para la confiabilidad Aparca E. (2017) lo sometió a una prueba piloto, hallando un alfa de Cronbach de 0,9 que indica que el instrumento es confiable.(62)



El cuestionario contiene 09 preguntas en un lenguaje muy claro y comprensible, relacionado con los síntomas o molestias cardinales de la dispepsia que hayan estado presentes en los dos últimos meses. La escala permite la subclasificación en dispepsia con estómago lleno, dispepsia con estómago vacío y dispepsia con estómago lleno y vacío

Entre los síntomas considerados se encuentran:

- Sensación de llenura fácil, con menos cantidad que de costumbre
- Sensación de llenura o pesadez en la “boca del estómago” después de comer.
- Vinagreras o sensación de ardor que sube de la boca del estómago hacia el pecho.
- Regreso desde el estómago hasta la garganta de contenido ácido (avinagrado) amargo o de alimentos.
- Náuseas o ganas de vomitar
- Vómitos de alimentos, jugo ácido o bilis amarilla y amarga.
- Dolor o ardor en la boca del estómago inmediatamente (o menos de una hora) después de comer.
- Tres o más eructos después de las comidas o eructos sin haber comido.
- Dolor o ardor en la boca del estómago con estómago vacío y que calman al comer

Para su cuantificación, por cada síntoma, se tomó en cuenta su frecuencia e intensidad de presentación en las dos semanas anteriores:

- 1 punto, si el síntoma no molestó en absoluto o solo con poca frecuencia
- 2 puntos, si molesta solo un poco
- 3 puntos, si molesta moderadamente

- 4 puntos, si molestó mucho.

Se considerará la presencia de dispepsia, cuando en el cuestionario exista presencia de un mínimo de 2 síntomas, una respuesta positiva debe tener 3 puntos o más, es decir uno de ellos con una calificación de “medianamente” o más. En caso contrario, no se le considerará como dispepsia.

- **Estilos de Vida:** Se utilizará el cuestionario sobre Estilos de Vida elaborado y validado por Arce E. y Puma L. (2014) en un estudio realizado en Puno, Perú (8), con una confiabilidad estadística de 0.85% basado en la fórmula de Spearman-Brown.

El cuestionario está compuesto por las siguientes partes: título, introducción, datos generales, indicaciones e interrogantes sobre las dimensiones de los estilos de vida: alimentación, actividad física, sueño, consumo de alcohol, consumo de cigarrillo, autocuidado y control Médico. Se compone de 21 items, con 3 opciones de respuestas con escala de medición nominal: el mayor puntaje indica la respuesta saludable, el intermedio poco saludable y el menor puntaje indicara las prácticas no saludables. La escala de calificación fue hallada según criterios de evaluación del ministerio de educación (sistema vigesimal) aplicando una regla de tres simples. La cual se detalla a continuación:

ESCALA DE EVALUACIÓN GLOBAL DE LOS ESTILOS DE VIDA	
Valor	Puntaje
No saludable	(0-29)
Poco saludable	(30-59)
Saludable	(60-87)

La calificación para evaluar los estilos de vida por dimensiones está



determinada de la siguiente manera:

ALIMENTACIÓN	
Valor	Puntaje
No Saludable	(0-10)
Poco Saludable	(11-21)
Saludable	(22-33)
ACTIVIDAD FISICA	
Valor	Puntaje
No Saludable	(0-03)
Poco Saludable	(04-06)
Saludable	(07-09)
SUEÑO	
Valor	Puntaje
No Saludable	(0-03)
Poco Saludable	(04-06)
Saludable	(07-09)
CONSUMO DE ALCOHOL	
Valor	Puntaje
No Saludable	(0-04)
Poco Saludable	(05-08)
Saludable	(09-12)
CONSUMO DE CIGARRILLO	
Valor	Puntaje
No Saludable	(0-03)
Poco Saludable	(04-06)
Saludable	(07-09)
AUTOCAUIDADO Y CONTROL MEDICO	
Valor	Puntaje
No Saludable	(0-05)
Poco Saludable	(06-10)
Saludable	(11-15)

Es necesario mencionar que con el objetivo de comprobar la confiabilidad de ambos instrumentos utilizados se realizó una prueba piloto. Se tomó una muestra al 10% de la muestra de estudio, en este caso a estudiantes de Enfermería del I al X Semestre de la Universidad Peruana Unión Filial Juliaca; y para verificar la consistencia del constructo, fue sometido a la prueba Alpha Cronbach.

Para el instrumento de la Dispepsia Funcional “A new questionnaire for the diagnosis of dispepsia” se obtuvo $p=0.872$ que es bueno; por tanto, se



considera el instrumento confiable para su aplicación. Para el instrumento sobre estilos de vida se obtuvo $p=0.804$ que es bueno, y también considerado confiable.

Se aplicó por dos veces consecutivas, y se realizó modificaciones en la redacción de 02 interrogantes del cuestionario sobre “Estilos de Vida”. En cuanto al cuestionario “A new questionnaire for the diagnosis of dispepsia”, no se realizó ninguna modificación.

3.6 PROCEDIMIENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Coordinación

- Se solicitó la autorización correspondiente a la Decana de la Facultad de Enfermería, para el desarrollo de la investigación “Dispepsia asociada a los estilos de vida en estudiantes de Enfermería de la Universidad Nacional del Altiplano, Puno – 2020”.
- Se solicitó la autorización correspondiente al Director de Estudios de la Facultad de Enfermería, para la ejecución de la investigación.
- Se coordinó con la secretaria de la Facultad de Enfermería para poder acceder a la información de correos electrónicos y datos personales de los alumnos del primer al décimo semestre.

Ejecución

- Se procedió a elaborar un cuestionario virtual utilizando la herramienta virtual Google Drive en el que se consideró la información concerniente al tema de estudio, para la obtención del consentimiento informado, y las respectivas instrucciones.
- Para la aplicación del instrumento se logró contactar con los estudiantes mediante correo electrónico, llamada telefónica y/o whatsapp, para la



presentación del tema de investigación, su importancia e indicaciones respectivas.

- Se realizó el envío del cuestionario virtual, previo consentimiento informado.

3.7 PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS.

- Para el procesamiento y análisis de datos se organizó la información obtenida de los cuestionarios.
- Preparación de datos: Se empleó una preparación computarizada para los test del proyecto, empleando hojas de cálculo y también el software estadístico SPSS en su versión 22.
- Técnica estadística a usar: De acuerdo a nuestros objetivos se empleó las técnicas estadísticas para prueba de Correlación de Chi cuadrada de Pearson que nos permitieron determinar la relación entre las variables de estudio.
- Presentación de datos: Los datos se presentan en tablas de distribución de frecuencias y gráficos de barra para variables cualitativas.

TRATAMIENTO ESTADÍSTICO

Para el análisis de los datos se utilizó la estadística de **Chi-Cuadrado de Pearson.**

1. Prueba de Hipótesis.

H_0 : No existe relación entre la Dispepsia No Investigada y los estilos de Vida en los estudiantes del primer al décimo ciclo de la Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional del Altiplano Puno, 2020.

H_a : Existe relación entre la Dispepsia No Investigada y los Estilos de Vida en los estudiantes del primer al décimo ciclo de la Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional del Altiplano Puno, 2020.

2. Nivel de Significancia.



Si $X_c^2 < X_t^2$ = se rechaza la H_0 y se acepta la H_a , caso contrario se acepta la H_0

El valor de $p < 0.05$, existe relación entre las dos variables.

3. Prueba Estadística

$$X^2 = \sum_{i=1}^k \frac{(O_i - E_i)^2}{E_i}$$

Donde:

- E_i = Frecuencia esperada de la i -ésima clase
- O_i = Frecuencia Observada de la i -ésima clase
- N = Numero de clases
- k = Número de parámetros estimados a partir de la muestra

CAPÍTULO IV

RESULTADOS Y DISCUSION

4.1 RESULTADOS

TABLA N° 1

RELACIÓN DE LA DISPEPSIA NO INVESTIGADA Y LOS ESTILOS DE VIDA EN ESTUDIANTES DE LA FACULTAD DE ENFERMERÍA DE LA UNA-PUNO, 2020.

Dispepsia	Estilos de vida				Total	
	Poco saludable		Saludable		f	%
	f	%	f	%	f	%
Sin síntomas dispépticos	2	1,0	140	70,0	142	71,0
Con síntomas dispépticos	23	11,5	35	17,5	58	29,0
Total	25	12,5	175	87,5	200	100,0

Fuente: Resultado de la relación de los cuestionarios “A new questionnaire for the diagnosis of dispepsia”, y “Estilos de Vida”.

En la dispepsia con respecto a los estilos de vida se observa, que del 87,5% de los estudiantes que tuvieron un estilo de vida saludable el 70% fueron identificados sin síntomas de dispepsia y el 17,5% con síntomas de dispepsia. en cuanto a los que presentaron estilo de vida poco saludable el 11,5% fueron identificados con síntomas de dispepsia y el 1% sin síntomas de dispepsia.

Al aplicar la prueba de Chi cuadrado, se obtuvo un valor $X_c^2 = 55.075$ con un p-valor=0,000 que es menor a 0,05 indicando que, si existe relación entre la Dispepsia No Investigada y los estilos de vida.



TABLA N° 2

**DISPEPSIA NO INVESTIGADA EN ESTUDIANTES DE LA FACULTAD DE
ENFERMERÍA DE LA UNA-PUNO, 2020.**

Dispepsia	Frecuencia f	Porcentaje %
Con síntomas dispépticos	142	71.0
Sin síntomas dispépticos	58	29.0
Total	200	100.0

Fuente: Resultado del cuestionario "A new questionnaire for the diagnosis of dispepsia".

Se observa que el 71% de los estudiantes fueron identificados con síntomas de Dispepsia No Investigada, y el 29% de los estudiantes sin síntomas.



TABLA N° 3

**ESTILOS DE VIDA EN ESTUDIANTES DE LA FACULTAD DE ENFERMERÍA DE
LA UNA-PUNO, 2020.**

Estilos de vida	Frecuencia f	Porcentaje %
Poco saludable	25	12,5
Saludable	175	87,5
Total	200	100,0

Fuente: Resultado del cuestionario "Estilos de Vida".

En los estilos de vida se observa que el 87,5% presentó estilos de vida saludable y el 12,5% estilos de vida poco saludables.

TABLA N° 4

RELACIÓN DE LA DISPEPSIA NO INVESTIGADA CON LA ALIMENTACIÓN EN ESTUDIANTES DE LA FACULTAD DE ENFERMERÍA DE LA UNA-PUNO, 2020.

Dispepsia	Alimentación				Total	
	f	%	f	%	f	%
Sin síntomas dispépticos	11	5,5	131	65,5	142	71,0
Con síntomas dispépticos	7	3,5	51	25,5	58	29,0
Total	18	9,0	182	91,0	200	100,0

Fuente: Resultado de la relación de los cuestionarios "A new questionnaire for the diagnosis of dispepsia" y "Estilos de Vida".

En la Dispepsia No Investigada con respecto a la alimentación se observa que de los estudiantes que tuvieron un estilo de vida saludable el 65,5% fueron identificados sin síntomas de dispepsia y el 25,5% con síntomas. en cuanto a los estudiantes que presentaron un estilo de vida poco saludable el 5,5% fueron identificados sin síntomas de dispepsia y el 3,5% con síntomas.

Al aplicar la prueba de Chi cuadrado, se obtuvo un valor $X_c^2 = 0,939$ con un p-valor=0,332 que es mayor a 0,05 indicando que no existe relación entre la Dispepsia No Investigada con la alimentación.

TABLA N° 5

RELACIÓN DE LA DISPEPSIA NO INVESTIGADA CON LA ACTIVIDAD FÍSICA
EN ESTUDIANTES DE LA FACULTAD DE ENFERMERÍA DE LA UNA- PUNO,
2020.

Dispepsia	Actividad Física						Total	
	No saludable		Poco saludable		Saludable		f	%
	f	%	f	%	f	%	f	%
Sin síntomas dispépticos	4	2,0	112	56,0	26	13,0	142	71,0
Con síntomas dispépticos	4	2,0	43	21,5	11	5,5	58	29,0
Total	8	4,0	155	77,5	37	18,5	200	100,0

Fuente: Resultado de la relación de los cuestionarios “A new questionnaire for the diagnosis of dispepsia”, y “Estilos de Vida”.

En la Dispepsia No Investigada con respecto a la actividad física se observa que de los estudiantes que tuvieron un estilo de vida saludable el 13% fueron identificados sin síntomas de dispepsia y el 5,5% con síntomas; los que presentaron un estilo de vida poco saludable el 56% fueron identificados sin síntomas de dispepsia y el 21,5% con síntomas; en cuanto a los que tuvieron un estilo de vida no saludable el 2% fueron identificados sin síntomas de dispepsia y con síntomas respectivamente

Se aplicó la prueba de Chi cuadrado, se obtuvo un valor $X_c^2 = 1,842$ con un p-valor=0,398 que es mayor a 0,05 indicando que no existe relación entre la Dispepsia No investigada con la actividad física.

TABLA N° 6

RELACIÓN DE LA DISPEPSIA NO INVESTIGADA CON EL SUEÑO EN
ESTUDIANTES DE LA FACULTAD DE ENFERMERÍA DE LA UNA-PUNO, 2020.

Dispepsia	Sueño						Total	
	No saludable		Poco saludable		Saludable		f	%
	f	%	f	%	f	%		
Sin síntomas dispépticos	6	3,0	123	61,5	13	6,5	142	71,0
Con síntomas dispépticos	13	6,5	40	20,0	5	2,5	58	29,0
Total	19	9,5	163	81,5	18	9,0	200	100,0

Fuente: Resultado de la relación de los cuestionarios "A new questionnaire for the diagnosis of dispepsia", y "Estilos de Vida".

En la Dispepsia No Investigada con respecto al sueño, se observa que de los estudiantes que tuvieron un estilo de vida saludable, el 6,5% fueron identificados sin síntomas de dispepsia y el 2,5% con síntomas; los que presentaron un estilo de vida poco saludable el 61,5% fueron identificados sin síntomas de dispepsia y el 20% con síntomas; y los que tuvieron un estilo de vida no saludable, el 3% fueron identificados sin síntomas de dispepsia y el 6.5% con síntomas.

Se aplicó la prueba de Chi cuadrado, se obtuvo un valor $X_c^2 = 15,928$ con un p-valor=0,000 que es menor a 0,05 indicando que si existe relación entre la Dispepsia No Investigada con el sueño.

TABLA N° 7

RELACIÓN DE LA DISPEPSIA NO INVESTIGADA CON EL CONSUMO DE ALCOHOL EN ESTUDIANTES DE LA FACULTAD DE ENFERMERÍA DE LA UNA-PUNO, 2020.

Dispepsia	Consumo de alcohol				Total	
	Poco saludable		Saludable		f	%
	f	%	f	%		
Sin síntomas dispépticos	2	1,0	140	70,0	142	71,0
Con síntomas dispépticos	4	2,0	54	27,0	58	29,0
Total	6	3,0	194	97,0	200	100,0

Fuente: Resultado de la relación de los cuestionarios “A new questionnaire for the diagnosis of dispepsia”, y “Estilos de Vida”.

En la Dispepsia No Investigada con respecto al consumo de alcohol se observa, que de los estudiantes que tuvieron un estilo de vida saludable el 70% fueron identificados sin síntomas de dispepsia y el 27% con síntomas de dispepsia; los que presentaron un estilo de vida poco saludable el 2% fueron identificados con síntomas de dispepsia y el 1% sin síntomas.

Se aplicó la prueba de Chi cuadrado, se obtuvo un valor $X_c^2 = 4,262$ con un p-valor=0,039 que es menor a 0,05 indicando que si existe relación entre la Dispepsia No Investigada con el consumo de alcohol.

TABLA N° 8

RELACIÓN DE LA DISPEPSIA NO INVESTIGADA CON EL CONSUMO DE
CIGARRILLO EN ESTUDIANTES DE LA FACULTAD DE ENFERMERÍA DE LA
UNA-PUNO. 2020.

Dispepsia	Consumo de cigarrillo						Total	
	No saludable		Poco saludable		Saludable		f	%
	f	%	f	%	f	%		
Sin síntomas dispépticos	1	0.5	12	6.0	129	64.5	142	71.0
Con síntomas dispépticos	0	0.0	21	10.5	37	18.5	58	29.0
Total	1	0.5	33	16.5	166	83.0	200	100.0

Fuente: Resultado de la relación de los cuestionarios “A new questionnaire for the diagnosis of dispepsia”, y “Estilos de Vida”.

En la Dispepsia No Investigada con respecto al consumo de cigarrillo, se observa que de los estudiantes que tuvieron un estilo de vida saludable el 64,5% fueron identificados sin síntomas de dispepsia y el 18,5% con síntomas; los que presentaron un estilo de vida poco saludable el 10% fueron identificados con síntomas de dispepsia y el 6% sin síntomas; y los que tuvieron un estilo de vida no saludable el 0,5% fueron identificados sin síntomas de dispepsia.

Se aplicó la prueba estadística de Chi cuadrado, se obtuvo un valor $X_c^2 = 23,267$ con un p-valor=0,000 que es menor a 0,05 indicando que si existe relación entre la Dispepsia No Investigada con el consumo de cigarrillo.

TABLA N° 9

RELACIÓN DE LA DISPEPSIA NO INVESTIGADA CON EL AUTOCUIDADO Y CONTROL MÉDICO EN ESTUDIANTES DE LA FACULTAD DE ENFERMERÍA DE LA UNA-PUNO, 2020.

Dispepsia	Autocuidado y control medico				Total	
	Poco saludable		Saludable		f	%
	f	%	f	%		
Sin síntomas dispépticos	90	45,0	52	26,0	142	71,0
Con síntomas dispépticos	44	22,0	14	7,0	58	29,0
Total	134	67,0	66	33,0	200	100,0

Fuente: Resultado de la relación de los cuestionarios “A new questionnaire for the diagnosis of dispepsia”, y “Estilos de Vida”.

En la Dispepsia No Investigada con respecto al autocuidado y control médico, se observa que de los estudiantes que tuvieron un estilo de vida saludable el 26% fueron identificados sin síntomas de dispepsia y el 7% con síntomas; y de los que presentaron un estilo de vida poco saludable el 45% fueron identificados sin síntomas y el 22% con síntomas de dispepsia.

Se aplicó la prueba de Chi cuadrado, se obtuvo un valor $X_c^2 = 2,902$ con un p-valor=0,088 que es mayor a 0,05 indicando que no existe relación entre la Dispepsia No Investigada con el autocuidado y control médico.



4.2 DISCUSIÓN.

Lo hallado en el presente estudio revela que, si existe relación entre la dispepsia y los estilos de vida en los estudiantes de la Facultad de Enfermería; ello debido a que el estilo de vida es considerado como determinante de la salud, lo cual ha sido demostrado en diferentes ciudades de desarrollo, donde el modo de vida condiciona un cuadro de morbilidad específico como el estrés, la vida contra reloj, el sedentarismo, la contaminación, la inseguridad y otros males que inciden sobre las personas, alteran su regulación psiconeuroinmunológica y facilitan alteraciones funcionales que tienden a degenerar y a transformarse en crónicas (enfermedades crónico-degenerativas)(67). Dentro de ellos se encuentra la dispepsia que es un conjunto complejo de síntomas generados por diversos factores, que hasta el día de hoy en el caso de la Dispepsia Funcional no es identificado con claridad. (68). La relación que los estudiantes universitarios presentan en esta zona ubicada a 3827 m.s.n.m., es explicado por múltiples razones, como en el contexto actual del COVID 19, muchos se han visto obligados a cambiar su ritmo de vida, a causa de las clases remotas, porque el estar sentados una gran parte del día frente a un dispositivo electrónico y hacer uso de herramientas virtuales nuevas, les impide tomar horas de reunión y recreación con amistades, disminuye el tiempo de descanso y sueño, impide la disminución del estrés causados por su carga académica, disminuye el tiempo de actividad física y movimientos que puedan ayudar en la digestión, esto viéndose condicionado por el tipo de alimentación, por la altura de ubicación geográfica, por los alimentos propios de la zona puneña, lo que enlentece su tiempo de digestión; lo cual científicamente está demostrado como posibles factores causantes de síntomas dispépticos (69). Esto es validado por lo hallado en el presente,



que indica que de un 12.5% de estudiantes que presenta un estilo de vida poco saludable, un 11.5% presenta síntomas dispépticos.

Los resultados son similares a los de Lujan & Yucra, Jáuregui H., Talledo L., Buitrago O., et al. (60) (63) (7). La similitud de lo hallado afirma la importante influencia de los estilos de vida en la aparición de síntomas dispépticos, lo cual constituye un aspecto importante en el análisis de la etiopatogenia, que según el Consenso Mexicano sobre la dispepsia refieren que hasta la fecha no se ha establecido un factor fisiopatológico universal en el caso de la Dispepsia Funcional (1). Al respecto no se encontró estudios que no tengan relación entre la dispepsia y los estilos de vida; considero que es debido entre otras causas a las limitaciones del contexto actual, que dificulta prácticas saludables lo que genera en la población un aumento de porcentajes de morbilidad en diferentes etapas de vida.

Los estilos de vida según Pastor et.al., están asociados a las siguientes dimensiones: alimentación, actividad física, hábitos de descanso, el consumo de alcohol, consumo de tabaco, accidentes y conductas de prevención, y chequeos médicos. Según los resultados hallados en la presente investigación, se afirma que, si existe relación entre la Dispepsia No Investigada con el sueño, el consumo de alcohol y cigarrillos; ello se asemeja a lo hallado por Talledo L., et al., Vargas M., et al., Rios J., Ramírez J., y Aparcana E., (7) (64) (55) (29) (62). Por otro lado estos resultados difieren con lo hallado por Cano E., Vinaccia S., et al. (70) que reveló que de su población de estudio diagnosticada con dispepsia, el 71,7% no consume cigarrillos y utiliza bajas cantidades de alcohol.

El sueño es una función biológica fundamental, diversos estudios muestran que existe una estrecha interrelación entre los procesos de sueño y el estado general de salud física y psicológica de una persona. Durante el sueño ocurren los cambios más



conocidos como las alteraciones del electroencefalograma (EEG), movimientos oculares rápidos (MOR), alteraciones del tono muscular (EMG) y cambios importantes cardiovasculares, respiratorios, hormonales, renales, digestivos y en general de todo el organismo. La función gástrica se inhibe y la motilidad disminuye, al igual que la secreción y salivación, la etapa tres de sueño prolonga la exposición gástrica y el reflujo es más frecuente; asimismo, el estómago puede tardar hasta un 50% más de tiempo en vaciarse en el caso de las comidas realizadas antes de acostarse a dormir, el tránsito intestinal se reduce en un 50%, y la secreción de ácido gástrico se reduce en una persona con función digestiva normal, mientras que en las personas con una úlcera activa, la secreción de ácido gástrico en realidad se incrementa 3-20 veces más de los niveles normales.(71). Es por ello la importancia de la cantidad y calidad de sueño en la etapa universitaria, puesto que ello está relacionado a diversas afecciones, debido a la carga académica al que muchos estudiantes están expuestos, sobre todo en el caso de los estudiantes de enfermería, que aparte de llevar cursos académicos teórico virtuales, también se incursionan en prácticas, lo que incluye las guardias nocturnas extracurriculares, impidiéndoles descansar las horas debidas de sueño.

Otra dimensión relacionada a la dispepsia, es el consumo de alcohol, el cual afecta al cerebro y a la mayoría de los órganos y sistemas, ello se relaciona con numerosos problemas sanitarios, incluyendo enfermedades mentales, neurológicas, digestivas, cardiovasculares, endocrinas y metabólicas, perinatales, cáncer, infecciones y lesiones intencionadas y no intencionadas. (72). Al consumir alcohol, éste llega al estómago, donde actúa la enzima ADH gástrica, el cual digiere un 20% del etanol, el 80% restante se absorbe en el estómago y duodeno, y circula por la sangre a través de todo el organismo; al llegar al hígado, se inicia la eliminación total



del etanol. En paralelo, una pequeña cantidad consigue eliminarse por orina, sudor y aliento, sin sufrir metabolismo. Existen además otros circuitos de eliminación del etanol, catalasa y MEOS (sistema microsomal de oxidación del etanol) en el hígado, que se activa únicamente si el nivel de alcohol es muy elevado, es decir que, si en algún momento el nivel de alcohol en sangre llega a 2,5 g/l, el cuerpo pone en marcha el mecanismo del vómito, y hasta que todo el alcohol ingerido no ha sido eliminado por completo, éste circulará actuando sobre cerebro y tejidos. (73) El consumo excesivo puede producir esofagitis por reflujo que se puede complicar con neumonía por aspiración debido a trastornos de la motilidad esofágica, también puede producir gastritis o gastralgias por aumento de la acidez y de la permeabilidad de la mucosa gástrica, diarrea por aumento de la motilidad intestinal y malabsorción, malnutrición, alteraciones de la flora intestinal y aumento de la absorción de toxinas microbianas que pueden alcanzar el hígado.(72)

En el caso de los estudiantes de la Facultad de Enfermería, del 3% que presenta un estilo de vida poco saludable según el consumo de alcohol, el 2% presenta síntomas de dispepsia, esto debido a la etapa universitaria, a la influencia de las amistades, y a las celebraciones que son típicas en la ciudad de Puno

En la dimensión del consumo de tabaco existen estudios que lo relacionan con diversas enfermedades, dentro de ellas gastrointestinales como la úlcera péptica, gastritis crónica y reflujo gastroesofágico (74), ello concuerda con lo hallado en este estudio que revela una relación entre el tabaquismo y la dispepsia. El tabaquismo es considerado un problema de salud pública, debido a la gran cantidad de padecimientos crónicos, progresivos e incapacitantes que ocasiona, y que la mayoría de las veces termina con la muerte prematura. (75). La temperatura del tabaco incandescente es de 300 °C y cuando se fuma alcanza de 900 a 1100 grados



centígrados, mientras que la temperatura del humo que se respira es de 55 a 60°C. Es importante considerar que las diferencias de la temperatura del humo respirado y del aire atmosférico actúan de modo destructivo sobre el organismo y, ante todo, sobre el estado del esmalte dental, la mucosa de la cavidad bucal y de la nasofaringe, por lo que se crean así las llamadas "puertas de entrada" para innumerables microorganismos (74). Asimismo, es necesario tomar en cuenta lo hallado por Lakatos, P. et al. en el 2013 que, en los resultados de una base poblacional de 1420 pacientes analizados entre 30 y 40 años, el 36,1% tenía el hábito de fumar. De los pacientes diagnosticados con Enfermedad de Chron de tipo inflamatoria el 47,2% presentó el hábito de fumar, por lo que se asoció esta conducta con el incremento de riesgo de padecer enfermedad de Chron. (76). Por otro lado, es necesario considerar que no existe variedad de información en relación del consumo de cigarrillo y las gastropatías.

Por otro lado, los resultados hallados indican que no existe relación entre la Dispepsia No Investigada con la alimentación, la actividad física, y autocuidado y control médico, lo cual difiere con lo hallado por Ramírez J. (29), en cuyo estudio se identificó que el régimen alimentario, la omisión del almuerzo, de la cena y la alimentación de forma regular en otros lugares como restaurantes, fueron los factores más vinculados a la dispepsia Funcional, al igual que lo hallado por Veliz J. (58), Canales D., y Carhuaricra J. (4) y Blanco Y. (65).

Pese a lo hallado en la presente investigación, muchos autores consideran que la alimentación está íntimamente asociada a la salud, actualmente se sabe que de las diez principales causas de muerte, seis tienen como factor en su etiología la dieta, dentro de ellas está la enfermedad cardíaca, cáncer, apoplejía, diabetes, enfermedades hepáticas, arteriosclerosis, la osteoporosis, obesidad, posiblemente Alzheimer, entre



otras, las cuales, disminuyen considerablemente la calidad de vida, el autocontrol y productividad (77). En el caso de la dispepsia, la fisiopatogenia considera a la acomodación gástrica, y a la “relajación adaptativa”, como factores durante la cual el tono gástrico es modulado en respuesta a específicas propiedades de los alimentos ingeridos, según el tipo de macronutriente. La acomodación gástrica se observa también como respuesta a una distensión duodenal o a la infusión duodenal de nutrientes, así, la distribución de alimentos dentro del estómago y la velocidad de vaciamiento gástrico varían en función de los nutrientes ingeridos. Un reflejo central estaría mediando la relajación del estómago proximal en respuesta a los alimentos.

(13)

Otro factor incluido en la fisiopatogenia, son los disturbios en la sensibilidad visceral, en el cual, los lípidos producen un aumento de la sensibilidad tanto en sanos como en pacientes dispépticos, lo cual no se observa con la infusión de glucosa (13). Ello afirma, la relación directa del consumo de alimentos en el desarrollo de la dispepsia; sin embargo, al no hallar una relación en el presente estudio, es explicado por el contexto actual que, debido a las clases virtuales, el estudiante se encuentra la mayor parte del día en casa, y realiza su alimentación dentro de ella, en el cual los hábitos, la calidad, y el régimen alimentario son los adecuados y saludables. De tal forma que se halló que un 91% de alumnos tiene una alimentación saludable, y un 9% una alimentación poco saludable.

Por otra parte, los factores psicológicos como la tensión, la neurosis y sus efectos sobre la función nerviosa central, también han sido postulados como mecanismos subyacentes para el desarrollo de síntomas característicos de la Dispepsia Funcional; puesto que, recientemente se comprobó que la ansiedad experimental inducida puede alterar la función sensorial y motora del estómago en



sujetos sanos. (15) Durante estos últimos tiempos se tomó mucho énfasis en los factores psicosociales como tensión cotidiana, alteraciones psicológicas (particularmente ansiedad, depresión y somatización), alteraciones de la personalidad, historia de abusos, y alteraciones del comportamiento, los cuales están considerados como factores importantes en el proceso que determina la búsqueda de una atención médica en diversas patologías. Es por ello que existe mucha literatura acerca de los beneficios de la práctica de actividad física a largo y corto plazo en el sentido del bienestar psicológico, estos incluyen cambios positivos en las autopercepciones y bienestar, mejora de la autoconfianza y la conciencia, cambios positivos en estados emocionales, alivio de la tensión y de estados como la depresión y ansiedad, de la tensión premenstrual, incremento del bienestar mental, la alerta y la claridad de pensamientos, incremento de la energía y la habilidad para enfrentarse a la vida diaria, incremento de la diversión a partir del ejercicio y los contactos sociales, así como el desarrollo de enfrentamiento positivo.(78) Ello debido a que mientras se ejercita, el cuerpo libera endorfinas, unas sustancias químicas en el cerebro que producen sensación de felicidad y euforia, además de esto, también produce norepinefrina, un químico que modera la respuesta del cerebro a la tensión generada por el estrés e inclusive puede aliviar ciertos síntomas de depresión. (79)

Sin embargo; pese a lo descrito, en el presente estudio no se halló relación de la actividad física con la dispepsia; ello debido a que un mayor porcentaje de 77.5% practica actividad física considerado como poco saludable, y de ese porcentaje un 56% no presenta síntomas. Los resultados hallados, entre otras causas, son explicados por la condición en que se encuentran los estudiantes, que por la educación remota pasan un mayor tiempo del día sentados frente a la computadora, y presentan una



sobrecarga de trabajos pendientes al área, lo cual les impide tomarse un tiempo de recreación y de actividad física.

En el caso del autocuidado, respecto al control y tratamiento médico, en lo hallado, no existe relación entre la Dispepsia No Investigada con el autocuidado y control médico, donde el 67% presentó estilos de vida en el autocuidado y control médico poco saludable y el 33% saludable; en esta variable se considera las visitas al odontólogo, el motivo de acudir a una atención médica, el cumplimiento de tratamiento médico, la automedicación, y el lavado de dientes. Al considerar la atención médica, tratamiento, y automedicación se considera el consumo de medicamentos, dentro de los cuales tienen efectos secundarios causantes de enfermedades gástricas; actualmente es demostrado que los AINEs inhiben la actividad de la enzima prostaglandínendoperóxido sintasa (PGHS), también llamada ciclooxigenasa (COX). Las prostaglandinas son reguladores críticos de la función celular normal y su inhibición crónica puede causar efectos no deseados, su reducción de la producción en el tracto gastrointestinal resulta un incremento de la producción de ácido y disminuye la formación de moco protector, lo cual puede inducir efectos gastrointestinales tales como dispepsia y formación de úlceras. (80). Por otro lado Talancha G. (81) realizó un estudio en el que halló que los AINES son un factor de riesgo para desarrollar una afección gástrica, en este caso hemorragia digestiva alta no variceal.



V. CONCLUSIONES

PRIMERA: Existe relación significativa entre la dispepsia y los estilos de vida en los estudiantes del primer al décimo semestre de la Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional del Altiplano Puno, 2020, demostrada mediante la prueba estadística de Chi cuadrado, cuyo resultado obtenido evidencia un valor $X_c^2 = 55.075$, con un nivel de significancia $p=0,000$.

SEGUNDA: Las dimensiones de los estilos de vida que principalmente se relacionan con la dispepsia son el sueño, consumo de alcohol y consumo de cigarrillo; y las que no se relacionan son alimentación, actividad física, autocuidado y control médico.

TERCERA: Respecto a la dispepsia, el 71% de estudiantes de Enfermería tienen síntomas característicos del síndrome.

CUARTA: El 87.5% estudiantes presenta estilos de vida saludable; sin embargo, el 12.5% que a pesar de ser del área de salud tienen prácticas poco saludables.



VI. RECOMENDACIONES

- PRIMERA:** A la Dirección de estudios de la Facultad de Enfermería de la UNA Puno, se sugiere promover en los estudiantes hábitos y estilos de vida saludable a través de un programa educativo sostenible relacionados con la actividad física, alimentación saludable, sueño, consumo de alcohol, consumo de cigarrillos, autocuidado y control médico.
- SEGUNDA:** Al departamento médico se sugiere realizar una evaluación de salud a los estudiantes para el descarte y diagnóstico de dispepsia, para así realizar seguimiento y un tratamiento oportuno.
- TERCERA:** A los docentes, se recomienda implementar temas y actividades relacionadas a los estilos de vida saludable durante el desarrollo de sus clases.
- CUARTO:** A los bachilleres, se sugiere realizar investigaciones de comparación sobre la relación con otras variables respecto a la dispepsia, además de mecanismos fisiopatológicos, manifestaciones dispépticas.
- QUINTO:** A los estudiantes, en específico a los delegados de cada semestre, organizar y gestionar actividades de recreación y relajación en áreas libres, para promocionar los estilos de vida saludable.



VII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Carmona R, Gómez O, Zavala MV, Bielsa M, Coss E, Hernández A., et al. Consenso mexicano sobre la dispepsia. *Revista de Gastroenterología de Mexico* [Internet]. 2017 Jan;82(4):309–27. Available from: <https://reader.elsevier.com/reader/sd/pii/S0375090617300241?token=C12DF3AF9C1EF3814540F203A8C0FBE3E06DAE252370B5BC40836879DC81D57D6FACBC6CE56DD36AB52F03DC72439B71>
2. Talley NJ, Vakil N. Guidelines for the management of dyspepsia [Internet]. *American Journal of Gastroenterology*. 2005. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16181387/>
3. López A. Epidemiología. Guía Latinoam dispepsia Func [Internet]. 2014;44(Sup 2):44–7. Available from: <http://www.actagastro.org/numeros-antteriores/2014/Vol-44-S2/Vol44S2-PDF05.pdf>
4. Canales D, Carhuaricra J. Dispepsia funcional en estudiantes de medicina de la Universidad Nacional Hermilio Valdizán, 2017. *Rev Peru Investig en Salud* [Internet]. 2019;3(1):36–42. Available from: <http://revistas.unheval.edu.pe/index.php/repis/article/view/253/229>
5. EsSalud advierte acerca de los riesgos que produce la dispepsia [Internet]. EsSalud. 2014 [cited 2020 Aug 9]. Available from: <http://www.essalud.gob.pe/essalud-advierde-acerca-de-los-riesgos-que-produce-la-dispepsia/>
6. Mearin F, Calleja JL. Definiendo la dispepsia funcional. *Rev Española Enfermedades Dig*. 2011;103(12):640–7.
7. Talledo L, Buitrago O, Filorio Y, Casanova F, Campos L, Cortés F, et al. Factores



- asociados a dispepsia no investigada en estudiantes de 4 facultades de medicina de Latinoamérica: estudio multicéntrico. *Rev Gastroenterol México* [Internet]. 2018;83(3):215–22. Available from: <http://www.revistagastroenterologiamexico.org/es-pdf-S0375090618300569>
8. Arce E, Puma L. Estilos de vida en estudiantes del séptimo y octavo semestre del área de Biomedicas, Ingenierias y Sociales de la Universidad Nacional del Altiplano – 2013 [Internet]. Universidad Nacional del Altiplano; 2014. Available from: http://repositorio.unap.edu.pe/bitstream/handle/UNAP/1796/Arce_Soncco_Evelin_Melissa_Puma_Ticona_Lourdes_Verónica.pdf?sequence=1&isAllowed=y
9. Marzo M, Alonso P, Calvet X, Ferrándiz J, Gisbert J, Mascort J. Manejo del paciente con Dispepsia [Internet]. España: Elsevier; 2012. p. 1–87. Available from: https://www.aegastro.es/sites/default/files/archivos/guia-clinica/guia_de_practica_clinica_sobre_el_manejo_del_paciente_con_dispepsia_3_actualizacion_2012.pdf
10. Mearin F. Dispepsia funcional. *Revista de Gastroenterología de México* [Internet]. 2010;75(2):19–24. Available from: <http://www.revistagastroenterologiamexico.org/index.php?p=revista&tipo=pdf-simple&pii=X0375090610873447>
11. Morera M, Rodríguez M. Dispepsia funcional: caracterización clínico epidemiológica y endoscópica. *Rev Ciencias Médicas* Septiembre-Octubre [Internet]. 2014;18(5):733–42. Available from: <http://scielo.sld.cu/pdf/rpr/v18n5/rpr03514.pdf>
12. Tack J, Talley NJ, Camilleri M, Holtmann G, Hu P, Malagelada JR, et al.



- Functional Gastroduodenal Disorders. *Gastroenterology* [Internet]. 2006;130(5):1466–79. Available from: [https://www.gastrojournal.org/article/S0016-5085\(06\)00508-7/pdf](https://www.gastrojournal.org/article/S0016-5085(06)00508-7/pdf)
13. Hernando-Harder AC, Franke A, Singer M V., Harder H. Dispepsia funcional. Nuevos conocimientos en la fisiopatogenia con implicaciones terapeuticas. *Medicina (B Aires)* [Internet]. 2007;67(4):379–88. Available from: <http://www.scielo.org.ar/pdf/medba/v67n4/v67n4a12.pdf>
14. Talley NJ, Walker M, Holtmann G. Dispepsia Funcional. *Curr Opin Gastroenterol* [Internet]. 2016;32(6):467–73. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27540688/>
15. Talley NJ. Dispepsia funcional: nuevos conocimientos sobre patogénesis y terapia. *PubMed* [Internet]. 2016;31:444–56. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27048251/>
16. Stanghellini V, Ghidini C, Maccarini MR, Paparo GF, Corinaldes R, Barbara L. Motilidad gastrointestinal en ayunas y posprandial en dispepsias ulcerosas y no ulcerosas. *PMC* [Internet]. 1992;33(2):184–90. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1373927/>
17. Kim DY, Delgado S, Camilleri M, Samsom M, Murray J., O'Connor MK, et al. Medición no invasiva de la acomodación gástrica en pacientes con dispepsia idiopática no ulcerosa. *PubMed* [Internet]. 2001;96(11):3099–105. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/11721755/>
18. Sarnelli G, Vos R, Cuomo R, Janssens J, Tack J. Reproducibilidad de los estudios de barostato gástrico en controles sanos y en pacientes dispépticos. *PubMed* [Internet]. 2001;96(4):1047–53. Available from:



- <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/11316145/>
19. Delgado S, Camilleri M, Cremonini F, Ferber I, Stephens D, Duane D B. Contribuciones de los volúmenes gástricos y el vaciado gástrico al tamaño de la comida y los síntomas posprandiales en la dispepsia funcional. PubMed [Internet]. 2004;127(6):685–1694. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15578506/>
 20. Cucchiara S, Minella R, Riezzo G, Vallone G, Castellone F, Auricchio S. Reversión de las arritmias eléctricas gástricas por cisaprida en niños con dispepsia funcional. Informe de tres casos. Dig Dis Sci [Internet]. 1992;37(7):1136–40. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/1618063/>
 21. Lin Z, Eaker E, Sarosiek I, McCallum R. Actividad mioeléctrica gástrica y vaciamiento gástrico en pacientes con dispepsia funcional. Am J Gastroenterol [Internet]. 1999;94(9):2384–9. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/10483996/>
 22. Mertz H, Fullerton S, Naliboff B, Mayer EA. Síntomas y percepción visceral en dispepsia orgánica y funcional severa. PubMed [Internet]. 1998;42(6):814–22. Available from: [https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/9691920/#:~:text=Conclusions%3A Alterations in the perception,of altered visceral afferent function.](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/9691920/#:~:text=Conclusions%3A%20Alterations%20in%20the%20perception,of%20altered%20visceral%20afferent%20function.)
 23. Tack J, Caenepeel P, Fischler B, Piessevaux H, Janssens J. Síntomas asociados con hipersensibilidad a la distensión gástrica en la dispepsia funcional. PubMed [Internet]. 2001;121(3):526.535. Available from: [https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/11522735/#:~:text=Hypersensitivity to distention was associated,%2C belching%2C and weight loss.](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/11522735/#:~:text=Hypersensitivity%20to%20distention%20was%20associated,%20belching%20and%20weight%20loss.)



24. Lee KJ, Vos R, Janssens J, Tack J. Influencia de la acidificación duodenal en la función sensoriomotora del estómago proximal en humanos. PubMed [Internet]. 2004;286(2):G278–84. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12760903/>
25. Futagami S, Itoh T, Sakamoto C. Revisión sistemática con metanálisis: dispepsia funcional posinfecciosa. Aliment Pharmacol Ther [Internet]. 2015;41:177–88. Available from: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1111/apt.13006>
26. Tobón S, Vinaccia S, Sandín B. Modelo Procesual del estrés de la Dispepsia Funcional : implicaciones para la evaluación y el tratamiento. Rev Psicopatología y Psicol Clínica [Internet]. 2004;9(2):81–98. Available from: <http://revistas.uned.es/index.php/RPPC/article/view/3977>
27. Geeraerts B, Vandenberghe J, Oudenhove L, Gregory L, Aziz Q, DuPont P, et al. Influencia de la ansiedad inducida experimentalmente en la función sensoriomotora gástrica en humanos. Asoc Am Gastroenterol [Internet]. 2005;129(5):1437–44. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S001650850501735X>
28. Li Y, Gong Y, Li Y, Él D, Wu Y, Wang H, et al. La alteración del sueño y la angustia psicológica se asocian con dispepsia funcional según los criterios de Roma III. Psiquiatría BMC [Internet]. 2018;18(1):133. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29776354/>
29. Ramírez J. Factores asociados a Dispepsia Funcional en trabajadores de establecimiento de comida rápida en un centro comercial de Huancayo, Perú [Internet]. Universidad Continental; 2019. Available from: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0120-



99572018000400404&lng=en&nrm=iso&tlng=es

30. Mejía C, Quezada-Osoria C, Verastegui-Díaz A, Cárdenas M, García-Moreno K, Quiñones-Laveriano D. Factores psicosociales y hábitos asociados con dispepsia funcional en internos de un hospital nacional en Piura, Perú. *Rev Colomb Gastroenterol* [Internet]. 2016;31(4):354–9. Available from: <http://www.scielo.org.co/pdf/rcg/v31n4/v31n4a05.pdf>
31. Stone C. Saciedad Temprana [Internet]. MedlinePlus, Division of Gastroenterology. 2007 [cited 2020 Sep 19]. Available from: <http://www.funsepa.net/medlineplus/spanish/ency/article/003127.htm>
32. Puente Gutiérrez J. Distensión abdominal: : un enfoque fisiopatológico. *Rev andaluza Patol Dig* [Internet]. 2017;40(6):283–99. Available from: <https://www.sapd.es/revista/2017/40/6/03/pdf>
33. Martin M, Marcos E. Dispepsia funcional. *Farm Espac Salud* [Internet]. 2009;23(6):5. Available from: <https://www.elsevier.es/es-revista-farmacia-profesional-3-pdf-X0213932409428909>
34. Rome IV [Internet]. Rome Foundation. Available from: <https://romeonline.org/product/rome-iv-online-collection-all-six-rome-iv-books-online/>
35. Mearin F. Dispepsia funcional. *Revista de Gastroenterología de Mexico* [Internet]. 2010;2(75):19–24. Available from: <http://www.revistagastroenterologiamexico.org/index.php?p=revista&tipo=pdf-simple&pii=X0375090610873447>
36. Guerrero L, León A. Estilo de vida y salud. *Educere* [Internet]. 2010;14(48):13–9.



Available from: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=35616720002>

37. Álvarez L. Los estilos de vida en Salud: del individuo al contexto. *Fac Nac Salud Pública* [Internet]. 2012;30(1):95–101. Available from: <http://www.scielo.org.co/pdf/rfnsp/v30n1/v30n1a11.pdf>
38. Palomares L. Estilos de vida saludables y su relación con el estado nutricional en profesionales de la salud [Internet]. Universidad Peruana de ciencias Aplicadas; 2014. Available from: https://repositorioacademico.upc.edu.pe/bitstream/handle/10757/566985/TesisdeMaestría_LitaPalomares.pdf?sequence=2&isAllowed=y
39. Wong C. Estilos de vida [Internet]. Guatemala; 2012. Available from: <https://saludpublica1.files.wordpress.com/2012/08/estilos-de-vida-2012.pdf>
40. Wor. Vida Saludable: ¿Qué es un estilo de Vida Saludable? [Internet]. Oficina Regional de la OMS para Europa. 1999 [cited 2020 Sep 21]. Available from: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/108180>
41. Arrivillaga M, Salazar I. Creencias relacionadas con el estilo de vida de jóvenes Latinoamericanos. *Psicol Conductual* [Internet]. 2005;13(1):19–36. Available from: http://proinapsa.uis.edu.co/redcups/Biblioteca/DocumentosREDCUPS/Investigacion_Creencias_y_Estilos_de_vida.pdf
42. Sanitas. Hábitos de vida Saludable [Internet]. Sanitas. 2020 [cited 2020 Sep 22]. Available from: https://www.sanitas.es/sanitas/seguros/es/particulares/biblioteca-de-salud/estilo-vida/prepro_080021.html
43. Velázquez S. Salud Física y Emocional. In: Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo [Internet]. Sistema de Universidad Virtual; p. 1–16. Available from:



- https://www.uaeh.edu.mx/docencia/VI_Lectura/licenciatura/documentos/LECT103.pdf
44. Bolaños F, Guzmán J. Las conductas de riesgo en mujeres y hombres jóvenes como objeto de estudio Las conductas de riesgo en mujeres y hombres jóvenes como objeto de estudio Risk behaviors in women and young men as object of study Introducción Las conductas de riesgo en las pe. Divulg Boletín Científico la Esc Super Actopan. 2018;5(9):1–15.
45. Huarte C, Trunzo G, De la Puente A, Coste S. Por una vida saludable [Internet]. Ministerio de Salud. Presidencia de la Salud; p. 1–86. Available from: <http://www.msal.gov.ar/images/stories/ryc/graficos/0000000587cnt-por-una-vida-saludable.pdf>
46. Ministerio de Salud. A Moverse. Guía de actividad física. Secretaría Nacional del Deporte [Internet]. :1–33. Available from: https://www.paho.org/uru/index.php?option=com_docman&view=download&slug=guia-de-actividad-fisica-msp-compressed&Itemid=307
47. Merino M, Ruiz A, Madrid J, Martínez M, Puertas F. Sueño saludable: evidencias y guías de actuación. Documento oficial de la Sociedad Española de Sueño. Revista de Neurología [Internet]. 2016;63:1–30. Available from: <https://ses.org.es/docs/rev-neurologia2016.pdf>
48. Salud OP de la. El alcohol: Un producto de consumo no ordinario [Internet]. Segunda ed. Babor T, Caetano R, Casswell S, Edwards G, Giesbrecht N, editors. Washington, D.C.: Biblioteca Sede OPS; 2010. 395 p. Available from: [https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/2836/El Alcohol.pdf?sequence=1](https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/2836/El%20Alcohol.pdf?sequence=1)
49. Anderson P, Gual A, Colon J. Alcohol y atención primaria de la salud [Internet].



- Washington D.C: Organización Panamericana de la Salud; 2008. Available from:
https://www.who.int/substance_abuse/publications/alcohol_atencion_primaria.pdf
50. Redondo N, Nova E, Díaz L, Marcos A. Efectos del consumo moderado de cerveza en la salud. *Nutr Hosp* [Internet]. 2018;35(6):41–4. Available from:
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30351160/>
51. Ballén MA, Gualdrón AJ, Álvarez DL, Rincón A. El cigarrillo: implicaciones para la salud. *Rev Fac Med Univ Nac Colomb* [Internet]. 2006;54(3):191–205. Available from: <http://www.scielo.org.co/pdf/rfmun/v54n3/v54n3a05.pdf>
52. Lugones M, Ramírez M, Pichs L, Miyar E. Las consecuencias del tabaquismo. *Rev Cuba Hig y Epidemiol* [Internet]. 2006;44(0253-17–51):1–11. Available from:
<https://www.redalyc.org/pdf/2232/223220189007.pdf>
53. Tobón O. El Autocuidado una habilidad para vivir [Internet]. Available from:
<http://www.alcoholinformate.com.mx/AUTICUIDADO.pdf>
54. AVega O, Gonzalez D. Teoría del Deficit de Autocuidado: Interpretación desde los elementos conceptuales. *Rev Cienc y Cuid* [Internet]. 2007;4(4):28–35. Available from: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2534034>
55. Ríos J. Prevalencia y factores asociados a Dispepsia en pacientes adultos de 40 a 50 años con requerimiento de endoscopia digestiva alta en el IESS Cuenca – Ecuador, periodo Noviembre del 2016 – Mayo 2017. Universidad Católica de Cuenca; 2017.
56. Masoumi SJ, Mehrabani D, Moradi F, Zare N, Saberi-Firouzi M, Mazloom Z. La prevalencia de síntomas de dispepsia y su correlación con la calidad de vida entre



- los nómadas migratorios turcos qashqai en la provincia de Fars, sur de Irán. Pak J Med Sci [Internet]. 2015;v.31(Mar-Abr 2015). Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4476335/>
57. Camuendo E. Dispepsia en pacientes adultos mayores hipertensos atendidos en la consulta externa de Medicina Interna del Hospital Provincial Regional Docente Ambato en el período Julio-Septiembre 2012 [Internet]. Universidad Técnica de Ambato; 2013. Available from: <https://repositorio.uta.edu.ec/handle/123456789/19565?mode=full>
58. Veliz J. Asociación de la dispepsia funcional con el estrés y hábitos alimentarios en estudiantes de Medicina Humana [Internet]. Universidad Peruana los Andes; 2019. Available from: <http://repositorio.upla.edu.pe/handle/UPLA/534>
59. LLacuachaqui D. Hábitos nocivos y dispepsia no investigada en estudiantes del primer año académico de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional Federico Villarreal, Lima-2018 [Internet]. Universidad Nacional Federico Villarreal; 2019. Available from: http://repositorio.unfv.edu.pe/bitstream/handle/UNFV/2830/UNFV_LLACUACHAQUI_SALAZAR_DANILO_RADAMS_TITULO_PROFESIONAL_2019.pdf?sequence=1&isAllowed=y
60. Lujan Z, Yucra V. Estilos de vida que se relacionan con la prevalencia de dispepsia, en usuarios adultos que acuden al CLAS San Juan Bautista, Ayacucho 2018 [Internet]. Universidad Nacional de San Cristobal de Huamanga; 2018. Available from: <http://repositorio.unsch.edu.pe/handle/UNSCH/2711>
61. Cueto O. Manual De Ceremonial Y Protocolo Público.
62. Aparcana E. Síntomas dispépticos y los hábitos nocivos en estudiantes de la



- Escuela de Medicina de la Universidad Cesar Vallejo filial Piura, Perú, 2017 [Internet]. Universidad Cesar Vallejo; 2017. Available from: [http://repositorio.ucv.edu.pe/browse?type=subject&value=síntomas dispépticos](http://repositorio.ucv.edu.pe/browse?type=subject&value=síntomas+dispépticos)
63. Jáuregui H. Estilos de vida de la alimentación influyen en la aparición de los síntomas de dispepsia en usuarios que acuden al servicio de gastroenterología del Hospital Regional Miguel Angel Mariscal Llerena de Ayacucho - 2017 [Internet]. Universidad Nacional Federico Villareal; 2017. Available from: <http://repositorio.unfv.edu.pe/handle/UNFV/3456>
64. Vargas M, Talledo-ulfe L, Samaniego R, Heredia P, Rodríguez C, Mogollón C, et al. Dispepsia funcional en estudiantes de ocho facultades de medicina peruanas. Influencia de los hábitos. Acta Gastroenterol Latinoam [Internet]. 2016;2(46):95–101. Available from: <https://www.redalyc.org/pdf/1993/199346231004.pdf>
65. Blanco Y. Relación entre Hábitos Alimentarios, Dispepsia Funcional y Síndrome de burnout con el estado nutricional de los internos de medicina del Hospital Regional Manuel Núñez Butron de la ciudad de Puno – 2018 [Internet]. Universidad Nacional del Altiplano; 2018. Available from: http://repositorio.unap.edu.pe/bitstream/handle/UNAP/9852/Blanco_Velasquez_Yaqueline_Nohely.pdf?sequence=1&isAllowed=y
66. Hernández R, Fernández C, Baptista P. Metodología de la Investigación [Internet]. Sexta ed. Mexico: McGrawHill; 2014. 92–152 p. Available from: <https://www.uca.ac.cr/wp-content/uploads/2017/10/Investigacion.pdf>
67. Espinosa L. Cambios del modo y estilo de vida; su influencia en el proceso salud-enfermedad. Rev Cuba Estomatol [Internet]. 2004;41(03). Available from: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=s0034-



75072004000300009

68. Otero W, Gómez M, Otero L. Enfoque del paciente con dispepsia y dyspepsia funcional: Actualización. *Rev Colomb Gastroenterol* [Internet]. 2014;29(2):132–8. Available from: <https://www.redalyc.org/pdf/3377/337731614007.pdf>
69. Vera V, Torres J, Tello E, Orihuela E, De La Cruz J. Validation of scale of changes in lifestyles during the quarantine period in a population of university students from Lima, Peru. *Rev la Fac Med Humana* [Internet]. 2020;20(4):614–23. Available from: <http://www.scielo.org.pe/pdf/rfmh/v20n4/2308-0531-rfmh-20-04-614.pdf>
70. Cano E, Quiceno J, Vinaccia S, Garavito AM, Tobón Tobón S, Sandín B. Calidad de vida y factores psicológicos asociados en pacientes con diagnóstico de dispepsia funcional. *Univ psychol* [Internet]. 2006;5(3):511–20. Available from: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1657-92672006000300007
71. Aguirre R. Cambios Fisiológicos en el Sueño. *Rev Ecuatoriana Neurol* [Internet]. 2013;22(1–3):60–7. Available from: <http://revecuatneurol.com/wp-content/uploads/2015/06/9-Cambios.pdf>
72. Sarasa A, Sordo L, Molist G, Hoyos J, Guitart AM, Barrio G. Principales daños sanitarios y sociales relacionados con el consumo de alcohol. *Rev Esp Salud Publica* [Internet]. 2014;88(4):469–91. Available from: [file:///D:/TESIS/Discusión/Principales daños Sanitarios y Sociales relacionados con el consumo de alcohol.pdf](file:///D:/TESIS/Discusión/Principales%20daños%20Sanitarios%20y%20Sociales%20relacionados%20con%20el%20consumo%20de%20alcohol.pdf)
73. Maria R, Azpeleta C, Daunert C, Gavarró E, March M. El alcohol [Internet]. Barcelona; 2014. Available from:



- [http://diposit.ub.edu/dspace/bitstream/2445/53737/1/Trabajo alcohol.pdf](http://diposit.ub.edu/dspace/bitstream/2445/53737/1/Trabajo%20alcohol.pdf)
74. Ramos R, Ávila L. Fisiopatología del tabaquismo y beneficios de su abandono. 16 abril [Internet]. 2008; Available from: <http://www.16deabril.sld.cu/rev/238/06.html>
75. Ramírez A. Daños a la salud que ocasiona el tabaco. Ciencia [Internet]. 2014;55–7. Available from: https://www.revistaciencia.amc.edu.mx/images/revista/55_4/DaNos_salud_tabaco.pdf
76. Salazar G. Análisis de Patrones Alimentarios, hábitos de consumo y Estilos de Vida en pacientes diagnosticados con Gastritis Crónica atrófica en el Hospital General Enrique Garcés [Internet]. Pontificia Universidad Católica del Ecuador. Pontificia Universidad Católica del Ecuador; 2013. Available from: <http://repositorio.puce.edu.ec/bitstream/handle/22000/7518/8.29.001741.pdf?sequence=4&isAllowed=y>
77. Boza J. Alimentación y enfermedad. An la Real Acad Ciencias Vet Andalucía Orient [Internet]. 2003;16(1):167–200. Available from: <https://helvia.uco.es/bitstream/handle/10396/3877/vol1601.pdf?sequence=1>
78. Marquez S. Beneficios psicológicos de la actividad física y el deporte. Rev Psicol Gral y Aplic. 1995;(48):1.
79. España F. Grandes beneficios de la actividad física [Internet]. Unam.mx.revista. Mexico; 2014. Available from: <http://enp3.unam.mx/revista/articulos/3/actividad.pdf>
80. Luque I. Modificaciones Inducidas por Ibuprofeno y Diclofenaco sobre los



mecanismos defensivos de la mucosa gástrica de rata [Internet]. Universidad de Sevilla; 1996. Available from: <https://idus.us.es/handle/11441/96776>

81. Talancha G. Consumo de alcohol , tabaco y antiinflamatorios no esteroideos en el desarrollo de hemorragia digestiva alta en el Hospital Nacional Hipolito Unanue 2018 [Internet]. Universidad Ricardo Palma; 2019. Available from: <http://repositorio.urp.edu.pe/bitstream/handle/URP/1877/GTALANCHA.pdf?sequence=1&isAllowed=y>



ANEXOS



ANEXO 01

CONSENTIMIENTO INFORMADO

“DISPEPSIA ASOCIADO A LOS ESTILOS DE VIDA EN ESTUDIANTES DE ENFERMERÍA DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL DEL ALTIPLANO, PUNO – 2020”. La presente investigación es realizada por la Bachiller de Enfermería: Gimena Karen Ticona Pari.

Estimado compañero (a), en calidad de bachiller de Enfermería, previa autorización de la Sra. Decana, estoy realizando el estudio arriba mencionado, el cual tiene como objetivo: determinar la relación de la Dispepsia y los Estilos de Vida en los estudiantes del primer al décimo semestre de la Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional del Altiplano. Puno – 2020. El estudio es de tipo Correlacional – Descriptivo con diseño No experimental de corte transversal; para la identificación de los estilos de vida y la dispepsia en los estudiantes de la Facultad de Enfermería se utilizará el cuestionario sobre “Estilos de Vida” elaborado y validado por Arce E. y Puma L; y el cuestionario “A new questionnaire for the diagnosis of dispepsia” elaborado y validado por Bisbal y Leon Barua.

Los resultados hallados permitirán replantear los estilos de vida para evitar y/o controlar síntomas dispépticos. La información del presente instrumento será confidencial de uso exclusivo por la investigadora, garantizando que no se afectará su integridad física, mental, ni moral; con este motivo solicito su valiosa colaboración en el sentido de brindarme su consentimiento voluntario.

Por tal motivo al haber sido informada (o).

Yo con DNI No., y correo electrónico..... Consiento en participar de forma voluntaria en el presente estudio.

Firma



ANEXO 02

CUESTIONARIO DE ESTILOS DE VIDA

Semestre Académico: ()

Edad: ()

INSTRUCCIONES:

Marque según corresponda

1. ¿Cuántas veces comes al día?

- a) 2 a 3 veces ()
- b) 4 a 5 veces ()
- c) Más de 5 veces ()

2. ¿Respetas los horarios de comida?

- a) Si ()
- b) No ()
- c) No tengo horario ()

3. Marcar con una X la respuesta que crea conveniente, respecto a los alimentos que consume con mayor frecuencia.

Alimentos que consume	FRECUENCIA		
	Diario	Algunas veces por semana	No consumo
Carnes (pollo, pescado, res, cerdo, etc.)			
Verduras (apio, zanahoria, zapallo, etc.)			
Frutas (manzana, plátano, naranja, etc.)			
Cereales (trigo, arroz, quinua, fideos)			
Tubérculos (papa, camote, yuca)			
Hamburguesas, sándwich, empanada			
Bebidas gaseosas			
Menstras (frijol, pallar, lentejas, etc.)			
Dulces, galletas			

4. ¿Realiza usted algún ejercicio físico?

- a) Si ()
- b) Algunas veces ()
- c) No ()



5. ¿En caso de que realice ejercicio físico con qué frecuencia lo realiza?
 - a) 1 a 3 veces por semana ()
 - b) 4 a 6 veces por semana ()
 - c) Todos los días ()

6. ¿Cuántas veces realiza usted actividad física con una intensidad moderada (caminar, bailar, trotar, etc.) por lo menos durante 30 minutos?
 - a) 3 a más veces por semana ()
 - b) 1 vez por semana ()
 - c) No tengo un tiempo determinado()

7. ¿Cuántas veces duerme usted entre 7 y 8 horas seguidas por las noches?
 - a) Todos los días ()
 - b) De 3 a 6 veces por semana ()
 - c) De 1 vez por semana ()

8. ¿Cuántas veces por semana me acuesto y levanto en un horario fijo?
 - a) Todos los días ()
 - b) De 3 a 6 veces por semana ()
 - c) De 1 vez por semana ()

9. ¿Cuántas veces siento que he restaurado mis energías perdidas después de dormir?
 - a) Todos los días ()
 - b) 1 vez por semana ()
 - c) 3 a 6 veces por semana ()

10. ¿Usted fuma?
 - a) Si ()
 - b) No ()
 - c) Algunas veces ()

11. Dependiendo del número de cigarrillo que consume por día es
 - a) Fumador diario ()
 - b) Fumador ocasional ()
 - c) No fumo ()

12. En caso de fumar, generalmente ¿cuántos cigarrillos consume?
 - a) Más de 6 cigarrillos en un día ()
 - b) Menos de 5 cigarrillos en un día()
 - c) Nunca fume ()

13. Durante los últimos 6 meses ¿con que frecuencia has tomado bebidas alcohólicas?
 - a) Nunca bebo ()
 - b) Solo en las fiestas o reuniones/ una vez al mes ()
 - c) Más de 2 veces por semana ()



14. Si marco las alternativas b o c de la pregunta 13 responda: ¿cuántos vasos de bebidas alcohólicas tomas en un día? Marque según su género

VARON		MUJER	
1 a 4 vasos		1 a 2 vasos	
4 a 9 vasos		3 a 5 vasos	
10 a más vasos		6 a más vasos	

15. ¿Al consumir bebidas alcohólicas, lo acompaña con cigarrillo?

- a) Nunca
- b) Ocasionalmente
- c) Siempre

16. ¿Cuántas veces has bebido hasta embriagarte en este último año?

- a) Nunca bebo
- b) No más de 5 veces en este ultimo año
- c) Más de 12 veces en este ultimo año

17. ¿Cuál es el motivo por el cual acudes a una atención medica?}

- a) Preventivo (para evitar enfermar)
- b) De control
- c) Por enfermedad

18. Si estuviste con tratamiento médico, cumpliste con lo indicado hasta el último día:

- a) Siempre
- b) Casi siempre
- c) Nunca

19. ¿Se automedica o acude a la farmacia?

- a) No, espero a consultar con un profesional de salud
- b) Si, acudo a la farmacia con frecuencia
- c) Dejo que pase mi malestar o tomo mates

20. Sus visitas al odontólogo son:

- a) Para prevenir enfermedades bucales
- b) Solo voy porque estoy con tratamiento o tengo caries
- c) Prefiero no ir por temor

21. Generalmente te lavas los dientes

- a) Después de cada comida
- b) Una vez al día, pero diario
- c) Menos de 6 veces por semana



ANEXO 03

CUESTIONARIO DE DISPEPSIA “A new questionnaire for the diagnosis of dispepsia”

El cuestionario “A new questionnaire for the diagnosis of dispepsia”, pretende determinar la presencia y aparición de síntomas asociados a la dispepsia. Marque con una X el número de la pregunta que describe lo mejor posible los síntomas que usted a experimentado durante los 02 últimos meses.

N ^o	SINTOMAS EN LOS 02 ULTIMOS MESES	Nunca molesta o solo raramente	Molest a un poco	Molesta Medianamente	Molesta Mucho
1	Sensación de llenura fácil, con menos cantidad que de costumbre				
2	Sensación de llenura o pesadez en la “boca del estómago” después de comer.				
3	Vinagreras o sensación de ardor que sube de la “boca del estómago” hacia el pecho.				
4	Regreso desde el estómago hasta la garganta de contenido ácido (avinagrado) o amargo, o de alimentos				
5	Náusea o ganas de vomitar.				
6	Vómitos de alimentos, jugo ácido, o bilis amarilla y amarga				
7	Dolor o ardor en la “boca del estómago” inmediatamente (o menos de una hora) después de comer.				
8	Tres o más eructos después de las comidas, o eructos sin haber comido.				
9	Dolor o ardor en la “boca del estómago” con estómago vacío y que calma al comer				



ANEXO 04

CONFIABILIDAD DEL INSTRUMENTO

Para la confiabilidad se tomó una muestra piloto al 10% de la muestra de estudio, para verificar la consistencia del constructo fue sometido a la prueba Alpha Cronbach.

- Coeficiente alfa = > 9 es excelente
- Coeficiente alfa = > 8 es bueno
- Coeficiente alfa = > 7 es aceptable
- Coeficiente alfa = > 6 es cuestionable
- Coeficiente alfa = >5 es pobre

Se calculó mediante la varianza de los ítems:

$$\alpha = \frac{K}{K - 1} \left[1 - \frac{\sum Vi}{Vt} \right]$$

Donde:

α = Alfa de Cronbach

K= Número de ítems

V_i = Varianza de cada ítem

V_t = Varianza del total

Para el instrumento de la dispepsia funcional se utilizó el cuestionario “A new questionnaire for the diagnosis of dispepsia”. Se obtuvo $p=0.872$ que es bueno; por tanto, se considera el instrumento confiable para su aplicación.

Estadísticas de Fiabilidad

Alfa de Cronbach	N° de Elementos
.872	9

Para el instrumento sobre estilos de vida se obtuvo $p=0.804$ que es bueno; por tanto, se considera el instrumento confiable para su aplicación.

Estadísticas de Fiabilidad

Alfa de Cronbach	N° de Elementos
.804	29



VARIANZA DE CADA ITEM DEL INSTRUMENTO PARA DISPEPSIA FUNCIONAL

	N	Varianza
Ítem 1	20	.884
Ítem 2	20	1.105
Ítem 3	20	1.524
Ítem 4	20	1.516
Ítem 5	20	1.695
Ítem 6	20	.976
Ítem 7	20	1.629
Ítem 8	20	1.158
Ítem 9	20	.895
N válido (por lista)	20	

VARIANZA DE CADA ITEM DEL INSTRUMENTO PARA DISPEPSIA ESTILOS DE VIDA

	N	Varianza
Ítem 1	20	.884
Ítem 2	20	.997
Ítem 3.1	20	.263
Ítem 3.2	20	.239
Ítem 3.3	20	.261
Ítem 3.4	20	.261
Ítem 3.5	20	.366
Ítem 3.6	20	.305
Ítem 3.7	20	.379
Ítem 3.8	20	.105
Ítem 3.9	20	.484
Ítem 4	20	.450
Ítem 5	20	.095
Ítem 6	20	.484
Ítem 7	20	.408
Ítem 8	20	.471
Ítem 9	20	.526
Ítem 10	20	.408
Ítem 11	20	.134
Ítem 12	20	.134
Ítem 13	20	.239
Ítem 14	20	.326
Ítem 15	20	.134



Ítem 16	20	.239
Ítem 17	20	.537
Ítem 18	20	.253
Ítem 19	20	.871
Ítem 20	20	.239
Ítem 21	20	.345
N válido (por lista)	20	



ANEXO 05

PRUEBA ESTADISTICA

Para el análisis de datos y constatación de hipótesis, se utilizó la estadística de Chi-Cuadrado de Pearson.

1. Prueba de Hipótesis

H_0 : No existe relación entre la dispepsia y los estilos de vida en los estudiantes del primer al décimo ciclo de la Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional del Altiplano Puno, 2020.

H_a : Existe relación entre la dispepsia y los estilos de vida en los estudiantes del primer al décimo ciclo de la Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional del Altiplano Puno, 2020.

2. Nivel de Significancia

$$\alpha = 5\% = 0.05$$

3. Prueba Estadística

Para el análisis de los datos se utilizó la estadística de Chi-Cuadrado de Pearson.

4. Resultados de la Prueba Estadística

Pruebas de chi-cuadrado					
	Valor	g	Sig. asintótica (2 caras)	Significaci n exacta (2 caras)	Significaci n exacta (1 cara)
Chi-cuadrado de Pearson	55.075 ^a	1	.000		
Corrección de continuidad ^b	51.634	1	.000		
Razón de verosimilitud	51.781	1	.000		
Prueba exacta de Fisher				.000	.000
Asociación lineal por lineal	54.800	1	.000		
N de casos válidos	200				

5. Conclusión para la Hipótesis

Existe evidencia estadística para rechazar la hipótesis nula y aceptar la hipótesis alternativa, la cual indica que, si existe relación entre la dispepsia y los estilos de vida en los estudiantes del primer al décimo ciclo de la Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional del Altiplano Puno, 2020 con un nivel de significancia de $p = 0.000$.



PRUEBAS DE CHI-CUADRADO PARA ALIMENTACIÓN CON DISPEPSIA

	Valor	gl	Sig. asintótica (2 caras)	Significación exacta (2 caras)	Significación exacta (1 cara)
Chi-cuadrado de Pearson	.939 ^a	1	.332		
Corrección de continuidad ^b	.486	1	.486		
Razón de verosimilitud	.893	1	.345		
Prueba exacta de Fisher				.414	.238
Asociación lineal por lineal	.935	1	.334		
N de casos válidos	200				

PRUEBAS DE CHI-CUADRADO PARA ACTIVIDAD FÍSICA CON DISPEPSIA

	Valor	gl	Sig. asintótica (2 caras)
Chi-cuadrado de Pearson	1.842 ^a	2	.398
Razón de verosimilitud	1.682	2	.431
Asociación lineal por lineal	.236	1	.627
N de casos válidos	200		

PRUEBAS DE CHI-CUADRADO PARA SUEÑO CON DISPEPSIA

	Valor	gl	Sig. asintótica (2 caras)
Chi-cuadrado de Pearson	15.928 ^a	2	.000
Razón de verosimilitud	14.237	2	.001
Asociación lineal por lineal	7.765	1	.005
N de casos válidos	200		



PRUEBAS DE CHI-CUADRADO PARA CONSUMO DE ALCOHOL CON DISPEPSIA

	Valor	gl	Sig. asintótica (2 caras)	Significación exacta (2 caras)	Significación exacta (1 cara)
Chi-cuadrado de Pearson	4.262 ^a	1	.039		
Corrección de continuidad ^b	2.585	1	.018		
Razón de verosimilitud	3.764	1	.042		
Prueba exacta de Fisher				.049	.049
Asociación lineal por lineal	4.241	1	.039		
N de casos válidos	200				

PRUEBAS DE CHI-CUADRADO PARA CONSUMO DE CIGARRILLO CON DISPEPSIA

	Valor	gl	Sig. asintótica (2 caras)
Chi-cuadrado de Pearson	23.267 ^a	2	.000
Razón de verosimilitud	21.458	2	.000
Asociación lineal por lineal	18.425	1	.000
N de casos válidos	200		



PRUEBAS DE CHI-CUADRADO PARA AUTOCUIDADO Y CONTROL MÉDICO CON DISPEPSIA

	Valor	gl	Sig. asintótica (2 caras)	Significación exacta (2 caras)	Significación exacta (1 cara)
Chi-cuadrado de Pearson	2.902 ^a	1	.088		
Corrección de continuidad ^b	2.365	1	.124		
Razón de verosimilitud	3.003	1	.083		
Prueba exacta de Fisher				.099	.060
Asociación lineal por lineal	2.887	1	.089		
N de casos válidos	200				



ANEXO 06

AUTORIZACIÓN PARA EJECUCIÓN DE TRABAJO DE INVESTIGACIÓN



Universidad Nacional del Altiplano de Puno

FACULTAD DE ENFERMERÍA

Ciudad Universitaria Telefax (051)363862 – Casilla 291
Correo Institucional: fe@unap.edu.pe



"Año del Bicentenario del Perú: 200 Años de Independencia"

Puno C.U., 14 de enero de 2021

OFICIO N° 020-2020-D-FE-UNA-PUNO

Señora **M.Sc.**

SILVIA DEA CURACA ARROYO

Directora de la Escuela Profesional de Enfermería

Facultad de Enfermería – UNA - Puno

Ciudad.-

ASUNTO: SOLICITA BRINDAR FACILIDADES PARA EJECUCIÓN DE PROYECTOS DE INVESTIGACIÓN

Es muy grato dirigirme a usted, para expresarle un cordial saludo y a su vez solidarizar se sirva autorizar y brindar las facilidades del caso a la egresada GIMENA KAREN TICONA PARI, quien ejecutará en vuestra representada el proyecto de investigación que se detalla, bajo el asesoramiento de la docente Dra. Denices Soledad Abarca Fernández:

RESPONSABLE	TITULO DEL PROYECTO DE INVESTIGACION
GIMENA KAREN TICONA PARI	"Dispepsia Asociado a los estilos de vida en estudiantes de enfermería de la Universidad Nacional del Altiplano, Puno – 2020"

Agradeciendo su amable atención, renuevo a usted mi mayor consideración personal.

Atentamente,



Mg. ROSA PILCO VARGAS
Decana de la Facultad de Enfermería
UNA – Puno