

UNIVERSIDAD SAN PEDRO
VICERRECTORADO DE INVESTIGACIÓN
Dirección General de Investigación



FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

**RELACIÓN ENTRE ANSIEDAD Y GASTRITIS EN
PACIENTES DEL HOSPITAL REGIONAL “ALEAZAR
GUZMÁN BARRÓN” - 2016**

Meléndez Cuentas Hugo
Miguel Ángel Falcón Pavis
Espinoza Rosario Alexandra

Chimbote - Perú

2016

TITULO

**RELACIÓN ENTRE ANSIEDAD Y GASTRITIS EN
PACIENTES DEL HOSPITAL REGIONAL “ELEAZAR
GUZMÁN BARRÓN” - 2016**

PALABRAS CLAVE

TEMA	Ansiedad y gastritis
ESPECIALIDAD	Salud Pública

KEYWORDS

THEME	Anxiety and gastritis
SPECIALITY	Public Health

LINEA DE INVESTIGACION 3212 SALUD PUBLICA

Resumen

Esta investigación presenta el estudio realizado en pacientes que acuden al Hospital Regional “Eleazar Guzmán Barrón” del distrito de Nuevo Chimbote con el propósito de determinar la relación entre ansiedad y gastritis en pacientes de 30 -64 años.

Se realizó un trabajo de tipo observacional, analítico, para determinar la relación entre estas dos variables, para la obtención de la información se utilizó un test de ansiedad que valora el nivel de ansiedad que presentan los pacientes diagnosticados con gastritis ya que esta enfermedad es muy común en los pacientes adultos. En este trabajo no se logró encontrar relación entre la ansiedad y la gastritis.

Abstract

This study presents the study carried out in patients who visit the "Eleazar Guzmán Barrón" Regional Hospital of the district of Nuevo Chimbote in order to determine the relationship between anxiety and gastritis in patients aged 30-64 years.

An observational, analytical type of study was carried out to determine the relationship between these two variables. An anxiety test was used to obtain the information, which assesses the level of anxiety presented by patients diagnosed with gastritis and that this disease is very Common in adult patients. In this study, no relationship was found between anxiety and gastritis.

ÍNDICE

1. Palabra Clave	i
2. Título.....	ii
3. Resumen.....	iii
4. Abstracte.....	iv
5. Introducción	1
6. Metodología	15
7. Resultado.....	17
8. Discusión	22
9. Conclusiones y recomendaciones.....	24
10. Referencias bibliográficas.....	25
11. Anexos.....	27

I. Introducción

Antecedentes y Fundamentación Científica

Un estudio descriptivo transversal realizado en Ancash, Perú por Venegas (2015) se realizó un estudio en pacientes que presentaban enfermedades psicológicas, desencadenando enfermedades médicas. En dicho estudio el 95% de los pacientes del Centro de Salud Coishco, al tener enfermedades psicológicas como el estrés, ansiedad y depresión, originan una infinidad de enfermedades médicas, mientras que un 5% no desarrolla estas enfermedades. Las enfermedades médicas que se presentaron fueron: hipertensión, gastritis, úlceras, diabetes, diferentes tipos de parálisis cerebral, dolores de cabeza, espalda, musculares, etc. Por ello comprueban que el factor psicológico origina consecuentemente el factor médico, sin embargo, su estudio no muestra estadísticos de causalidad.

Vázquez (2016) realizó un estudio transversal y analítico en 87 odontólogos con la finalidad de determinar los síntomas sicopsiológicos del estrés crónico relacionados con la presencia de niveles altos de estrés. El estudio encontró que los niveles de estrés percibido fueron: alto (67.8%), medio (29.9%) y bajo (2.3%). El síntoma psicofisiológico más frecuente con el nivel alto de estrés percibido fue fatiga con 51%, siendo el género femenino el más afectado. Se demostró la existencia de una asociación significativa entre los síntomas psicofiológicos de estrés crónico: insomnio, fatiga y género femenino con el nivel de estrés percibido alto. No se halló significancia entre el nivel de estrés y la gastritis ($p = 0,42$).

En Venezuela, se realizó una investigación con la finalidad de diseñar un plan para prevenir la gastritis en los adolescentes en una institución educativa en un total de 90 alumnos, el estudio encontró factores de riesgo como la relación familiar poco favorable, el estrés, la depresión y la ansiedad. Los resultados evidenciaron que la mayoría de los adolescentes encuestados presentan factores de riesgo de tipo psicológico para la gastritis y menos factores sociales para ello (Peña y Tirado, 2009).

Santos y Palma (2015) En La Libertad – Ecuador, realizaron un estudio en 116 estudiantes universitarios con la finalidad de determinar si el estrés académico de los estudiantes es la causa de gastritis. El estudio concluye afirmando que del 100% de gastritis evaluadas, el 84 % se debe al estrés académico y que el 16% es por otras causas, sin embargo, el estudio no muestra ningún estadístico que muestre esta asociación y lo realiza de manera porcentual.

Ascencio (2007), realizó un estudio exploratorio, de tipo retrospectivo para determinar la asociación entre los trastornos de ansiedad y las enfermedades médicas, en el Servicio de Psicología del Hospital Juárez de México; la muestra fue de 15 pacientes, evaluados a través de entrevistas psicológicas, autoregistros, observaciones conductuales y escalas psicométricas de ansiedad, estableciéndose criterios clínicos de acuerdo al Manual Estadístico de Trastornos Mentales (DSM-IV); encontrando que el trastorno más frecuente fue el Trastorno de Ansiedad Generalizada asociado con el Trastorno Depresivo Mayor; el género femenino fue el de mayor prevalencia (87%), cuyas edades estuvieron comprendidas entre los 35 y 54 años (66%) y de 15 a 24% (20%); la patología médica concomitante más frecuente fue Colon irritable (19%), seguido por Gastritis (14%) y epilepsia (13%).

En el Hospital Nacional Cayetano Heredia de Lima, a 100 pacientes se les aplica el Cuestionario de Salud del Paciente-15 (PHQ-15) y un cuestionario de evaluación de síntomas físicos por entrevista directa. Buscando determinar la frecuencia de síntomas somáticos y comorbilidades físicas en pacientes con trastornos de ansiedad y depresión que acuden a la consulta externa de psiquiatría. Se encuentra que el 67% de participantes fueron mujeres. Según la entrevista directa, los principales síntomas fueron los dolorosos: cefalea (74,9%), dorsalgia (61,2%) y cervicalgia (59,6%). Otros síntomas importantes fueron: indigestión o gases (75,3%), boca seca (55%), disminución de la libido (51,3%), polaquiuria (50%), parestesias (49%), vértigos o mareos (47,5%) y bochornos (47,4%). La principal comorbilidad física fue gastritis (8%). Concluyen que encuentran síntomas somáticos en la mayoría de los casos, con predominio de los síntomas dolorosos y generales. La comorbilidad entre trastornos

de ansiedad y depresión se relaciona con un mayor nivel de síntomas físicos (Fiestas & Vega, 2012).

Montaño, Dossman, Herrera, Bromet y Moreno (2006), realizaron un estudio de casos y controles en 164 pacientes de un hospital universitario de Colombia con el objetivo de determinar la prevalencia de *Helicobacter pylori* y el estrés psicosocial en pacientes con síntomas digestivos recidivantes y diagnóstico previo de gastritis crónica. Se observó infección por *H. pylori* en 113 (68.9%) pacientes y estrés psicosocial en 115 (70.1%). Los niveles de ansiedad fueron mayores que los de depresión (ansiedad mediana = 9, rango 1-20; depresión mediana = 6, rango 0-17) especialmente en el HUV ($p = 0.03$). El estrés psicosocial no se asociaba con la infección por *H. pylori* ($p = 0.69$). El estudio concluye afirmando que los pacientes con diagnóstico endoscópico previo de gastritis crónica y síntomas digestivos recidivantes presentan una alta prevalencia de infección por *H. pylori* y estrés psicosocial sin estar asociados estos dos factores.

II. Marco referencial

Conceptualización de ansiedad

La ansiedad es una emoción de alarma que da lugar a una hiperactivación fisiológica, donde todo se vive con miedos y temores y malos presagios, se calcula que uno de cada diez pacientes que se atienden diariamente lo presentan. Juega un papel importante en la clínica ya que puede influir en el resultado final de prácticamente todas las enfermedades médicas. Por ello es importante familiarizarse con el diagnóstico y tratamiento de la ansiedad (Reyes Tica, 2013). No es un fenómeno unitario, ya que puede tener cuatro componentes esenciales que provocan cuatro sistemas de respuesta:

- A. **Respuestas físicas:** son manifestaciones somáticas y se deben a una activación del sistema nervioso autónomo. Los principales síntomas son:
- Taquicardia
 - Pellizco gástrico / nudo en el estómago

- Dificultad respiratoria
- Opresión precordial

- Sequedad de boca
- Aumento del tono muscular
- Náuseas o deseos de vomitar
- Despeños diarreicos
- Dificultad para tragar
- Vértigos o inestabilidad espacial

B. **Respuestas de conducta:** son manifestaciones observables de forma objetiva y que generalmente son motoras. Los más frecuentes son los siguientes síntomas:

- Contracción de los músculos de la cara
- Temblores diversos: en manos, brazos, piernas, etc.
- Bloqueo generalizado (como una cierta paralización motora)
- Estado de alerta
- Irritabilidad
- Respuestas desproporcionadas a estímulos externos simples
- Moverse de un sitio para otro (caminatas sin rumbo)
- Cambios y altibajos en el tono de la voz
- Tensión mandibular
- Morderse las uñas o los padrastrós
- Jugar con objetos en las manos o necesitar tener algo entre las manos

C. **Respuestas cognitivas:** se refiere al modo de procesar la información que le llega y afecta a la percepción, la memoria, el pensamiento y la forma de utilizar los instrumentos de la inteligencia. Sus principales síntomas son:

- Inquietud mental
- Miedos
- temores de anticipación de lo peor
- Preocupaciones obsesivas

- Pensamientos intrusos negativos
- Pesimismo generalizado (sin base real)
- Dificultades de concentración
- Pensamientos de los que no se puede liberar
- Cualquier noticia le afecta negativamente
- Se acuerda más de lo negativo que de lo positivo

D. Respuestas asertivas (o sociales): hacen referencia al contacto interpersonal.

Sus síntomas más sobresalientes son:

- Le cuesta mucho iniciar una conversación con alguien que se encuentra
- Le cuesta mucho presentarse a sí mismo en una reunión social
- Le cuesta decir que no o mostrar desacuerdo
- Bloqueo en las relaciones sociales
- Está muy pendiente de lo que los demás puedan opinar de él
- Prefiere pasar desapercibido cuando está con gente

En cada caso, la ansiedad mezcla unos síntomas y otros se desdibujan o desaparecen. Se les llama respuestas fragmentadas. Se calcula que el porcentaje de la población que padece ansiedad oscila entre el 10 y el 20 por ciento, dependiendo de que se trate de población urbana o rural y, por tanto, del ritmo de vida que ese tipo de sujeto pueda llevar. Si nos vamos a la consulta del médico general, podremos observar que aproximadamente el 30 por ciento de los enfermos que a ella asisten tiene ansiedad. No hay que olvidar que cuando la ansiedad es muy intensa y dura mucho tiempo, la ansiedad produce manifestaciones físicas funcionales importantes, que, a la larga, constituyen el entramado de la patología psicosomática. La ansiedad es una manifestación esencialmente afectiva. Esto quiere decir que se trata de una vivencia, de un estado subjetivo o de una experiencia interior que podemos calificar de emoción, con las características apuntadas para la misma. Al mismo tiempo, esta ansiedad es adaptativa, ya que ayuda a enfrentarse (si su intensidad no es excesiva) a ciertos requerimientos y exigencias concretos de la vida. Esto entra de lleno dentro del campo de la motivación. Ahora bien, la ansiedad libre y flotante del neurótico fásico es ya otra cosa y tiene otra lectura: no es adaptativa; antes al contrario, provoca

respuestas de evitación e inhibición, manteniendo un estado de alerta de forma prolongada, sin que ya sea realmente necesario.

GASTRITIS:

La gastritis es una inflamación de la capa interior del estómago. Puede ocurrir repentinamente (aguda) o gradualmente (crónica). La gastritis crónica ocurre en 2 de cada 10,000 personas, mientras que la aguda es más común, y ocurre en 8 de cada 1,000 personas

La gastritis puede ser ocasionada por irritación debido a uso excesivo de alcohol, vómitos crónicos, estrés o el uso de ciertas medicinas como lo es la aspirina y otras drogas antiinflamatorias. También la pueden causar las siguientes:

- **Helicobacter pylori:** Es una bacteria que habita la cubierta mucosa del estómago. Sin tratamiento para la infección se pueden presenciar úlceras, y en algunas personas hasta cáncer del estómago.
- **Anemia Perniciosa:** Una forma de anemia que ocurre cuando el estómago carece de una sustancia que ocurre naturalmente y es necesaria para la absorción y digestión de vitamina B12.
- **Reflujo biliar:** Es un flujo retrógrado de bilis hacia el estómago.
- **Infecciones causadas por bacterias y virus**
- **Desórdenes autoinmunes** Si la gastritis no es tratada, puede haber pérdida sanguínea excesiva, o en algunos casos hay aumento del riesgo del desarrollo de cáncer gástrico.

Los síntomas de gastritis varían de individuo a individuo, y en mucha gente no hay síntomas. Pero, los más comunes incluyen: Vómitos, indigestión, hipo, pérdida de apetito, sensación de inflación del abdomen, vómitos de apariencia sanguínea o de material de tipo café molido, deposiciones negras de consistencia oleosa

La gastritis crónica es una de las causas de consulta más comunes en la población general, se han identificado diferentes factores asociados con su presentación, entre ellos factores nutricionales, factores ambientales como el estrés, factores iatrogénicos

como uso de medicamentos sobre todo el uso de AINES (antiinflamatorios no esteroideos) y factores infecciosos (Valdivia, 2011).

Helicobacter pylori produce una de las infecciones bacterianas más comunes, su prevalencia en adultos de países occidentales está entre 20 y 40% y en países en vías de desarrollo en aproximadamente 80% (Rodríguez Ferrer, 2011). Todos los individuos infectados presentan gastritis crónica, moderada a severa, pero muchos permanecen asintomáticos. Sin embargo, 17% pueden presentar úlcera péptica, y un grupo menor gastritis atrófica, adenocarcinoma gástrico o linfomas. Después de la erradicación con antimicrobianos, el grado de reinfección varía según las condiciones socioeconómicas, pues en los países desarrollados es menor de 1% anual y en los países en vías de desarrollo oscila de 20% a 30% anual (Montaño, Dossman, Herrera, Bromet, & Moreno, 2006)

El estado de ánimo y el estrés emocional originan muchos síntomas digestivos, más difíciles de interpretar que los síntomas de padecimientos orgánicos. El estrés puede ser una causa contribuyente para la úlcera péptica pero su mecanismo se desconoce, sin embargo, el estrés psicosocial por vía neuroendocrina altera la respuesta inmunológica y facilita la aparición de enfermedades entre ellas las infecciosas.

Justificación

La ansiedad es probablemente la más común y universal de las emociones y está presente a lo largo de la vida de todo individuo. Es el primer trastorno psicológico en incidencia del mundo, por encima de la depresión. Alrededor de un 14% de las personas padecen un trastorno de ansiedad en su vida, puede ser causa de muchas enfermedades psicosomáticas como problemas de la piel, taquicardias, arritmias, úlceras y gastritis.

La gastritis considera una enfermedad que se genera en el aparato digestivo, principalmente en el estómago, el cual sufre una inflamación de la mucosa gástrica. Puede ser por causas comunes como es el caso de la bacteria *Helicobacter pylori* o por causas directamente relacionadas con síntomas asociados a las emociones.

Debido a esto y a que no hay trabajos realizados en este campo, decidimos mostrar una realidad más cercana, esperando que sea de aporte para futuras investigaciones.

La investigación se ha dirigido a una población adulta en la que sus ocupaciones, mayormente académicas y/o laborales, como factores estresantes, tendrían a desencadenar la gastritis. En la literatura no se han encontrado trabajos de investigación similares, por lo que se espera aportar en este vacío del conocimiento con los resultados y conclusiones encontradas.

Problema

¿Existe relación entre ansiedad y gastritis en pacientes de 30 a 64 años atendidos en el Hospital Regional “Eleazar Guzmán Barrón” en el año 2016?

Variable Dependiente: Gastritis: Es el paciente que cuenta con el diagnóstico definitivo con código CIE-10 realizado por especialista en gastroenterología, en el Hospital Regional “Eleazar Guzmán Barrón” de Nuevo Chimbote.

Variable Independiente: Ansiedad: Es el paciente valorado según Escala de Autovaloración D. A. por W. W. K. ZUNG.

Hipótesis

Existe relación entre ansiedad y gastritis en pacientes de 30 a 64 años atendidos en el Hospital Regional “Eleazar Guzmán Barrón” en el año 2016.

Objetivos

Objetivo general

- Determinar la relación entre ansiedad y gastritis en pacientes de 30 a 64 años, atendidos en el Hospital Regional “Eleazar Guzmán Barrón”, en el año 2016.

Objetivos específicos

- Identificar a los pacientes diagnosticados con gastritis de 30 a 64 años, atendidos en el Hospital Regional “Eleazar Guzmán Barrón”, en el año 2016.

- Determinar el nivel de ansiedad de los pacientes diagnosticados con gastritis de 30 a 64 años, atendidos en el Hospital Regional “Eleazar Guzmán Barrón” de Nuevo Chimbote, en el año 2016.

III. Metodología

1. Tipo y diseño de la investigación

Observacional, analítico.

Población

Población: Conformada por todos los pacientes de 30 a 64 años atendidos en el Servicio de Gastroenterología en el Hospital Regional “Eleazar Guzmán Barrón” en el año 2016. Se encontró que el servicio de gastroenterología atendió un total de 4230 atenciones el año, con 1578 pacientes atendidos, lo que constituye la población, de los cuales 442 presentaron el diagnóstico de gastritis simple, representando el 28%.

Criterios de inclusión

Pacientes de 30 a 64 años de edad atendidos en el Servicio de Gastroenterología del Hospital Regional “Eleazar Guzmán Barrón” en el año 2016.

Información completa en su Historia clínica

Criterios de exclusión

Pacientes con edad <30 a >64 años de edad atendidos en el Servicio de Gastroenterología del Hospital Regional “Eleazar Guzmán Barrón” en el año 2016.

Pacientes con información incompleta en su Historia Clínica

Muestra: Para hallar la muestra se usará la siguiente fórmula:

$$n = \frac{Z^2 P(1 - P)}{e^2}$$

Donde:

“*n*”, es el tamaño de muestra, “*P*” es la proporción de sujetos con diagnóstico de gastritis atendidos en la consulta externa de gastroenterología, “*e*” es el error.

Al reemplazar datos se tiene:

$$n = \frac{1,96^2 0,28 \cdot (1 - 0,28)}{0,05^2}$$

Siendo el tamaño de muestra de 310 historia clínicas de sujetos atendidos en la consulta externa de gastroenterología. Para efectos de errores se considera un 15% adicional, que equivalen a 47 historias clínicas de sujetos atendidos.

Muestreo

Se realizó forma aleatoria sistemática, con la ayuda de la función aleatoria de Excel 2016, el cual se seleccionó aleatoriamente las 310 historias clínicas de sujetos a estudiar del total de la población, teniendo en cuenta el 15% adicional.

1. Procesamiento y análisis de información

Para el diagnóstico de gastritis se utilizó la evaluación médico definitivo de gastritis simple con código CIE-10 de K29, 7.

Para la valoración de Ansiedad se utilizó la Escala de William K. Zung (1971). Esta escala consta de 20 ítems donde se evalúan básicamente elementos afectivos y somáticos.

Se corrige en base a una puntuación de 25 a 100; de aquí que la escala identifica la presencia de cuatro grupos que se clasifican de la siguiente manera:

- Aquellos con puntuaciones de hasta 44 se consideran normales.
- Puntuaciones entre 45 y 59, ansiedad moderada.
- Puntuaciones entre 60 y 74, ansiedad marcada o severa.
- Puntuaciones sobre 75 indican ansiedad extrema. (Zung, 1971)

Los datos recolectados se organizaron en una base de datos del programa estadístico SPSS.23 el mismo que procesó la estadística descriptiva (promedios y proporciones) y la estadística analítica bivariada (análisis de chi cuadrado, determinación del odds ratio y su intervalo de confianza al 95%).

Los datos se presentan en salidas del Programa SPSS.23 modificadas para el estilo APA.

IV. Resultados

Se evaluaron un total de 323 historia clínicas de sujetos atendidos, cuyos resultados se muestran a continuación en tablas.

Tabla 1. Distribución de sujetos con gastritis y sin gastritis según variables de interés.

		Gastritis	No gastritis	p valor
Edad	Promedio	45,62	44,95	0,251
	Desviación estándar	7,91	9,19	
Puntaje	Promedio	41,91	40,36	0,091
	Desviación estándar	9,34	8,92	
Sexo	Masculino	42	105	0,469
	Femenino	44	132	
Religión	Católico	75	221	0,083
	Evangélico	11	16	
Procedencia	Urbano marginal	59	157	0,690
	Urbano	27	80	
Instrucción	Primaria	33	51	0,002
	Secundaria	53	186	
<i>Helicobacter pylori</i>	Si	34	47	0,0003
	No	52	190	
Aínes	Si	21	31	0,014
	No	65	206	

Fuente: Datos recolectados durante la investigación.

El nivel de instrucción, la presencia de *Helicobacter pylori* y la ingesta de Aines son diferentes entre los grupos con gastritis y no gastritis. Por lo que el análisis de estas variables se continúa con análisis bivariado.

Tabla 2. Ansiedad según puntaje Zung como factor asociado con la presencia de gastritis.

		Gastritis		No gastritis		Total	
		n	%	n	%	n	%
Ansiedad	Si	32	37,2%	63	26,6%	95	29,4%
	No	54	62,8%	174	73,4%	228	70,6%
	Total	86	100,0%	237	100,0%	323	100,0%

Fuente: Datos logrados en la investigación.

$X^2 (1, N = 323) = 3,4325$, p valor= 0,0639

Odds ratio= 1,6367, IC 95% (0,9695 – 2,7631)

El análisis porcentual muestra que la ansiedad es más frecuente en el grupo de sujetos con gastritis. Sin embargo el análisis bivariado no encuentra asociación entre el tener ansiedad y el padecer de gastritis. Se realizó un análisis ROC del puntaje de Zung como predictor de gastritis (ver anexo 3), y se obtiene un área bajo la curva de 0,652 el puntaje elevado favorece la gastritis pero no es un buen predictor. Sin embargo nos arroja un punto de corte para 34 a más puntos en la escala de Zung como predictores de gastritis, con lo que elabora una tabla de 2x2 (ver anexo 4), tampoco se encontró asociación de riesgo.

Tabla 3. Nivel de instrucción como factor de riesgo para gastritis.

Nivel de instrucción	Gastritis		No gastritis		Total	
	n	%	n	%	n	%
Solo hasta la primaria	33	38,4%	51	21,5%	84	26,0%
De secundaria a más	53	61,6%	186	78,5%	239	74,0%
Total	86	100,0%	237	100,0%	323	100,0%

Fuente: Datos logrados en la investigación.

X^2 (1, N = 323) = 9,3139, p valor= 0,0023

Odds ratio= 2,2708, IC 95% (1,3316 – 3,8724)

El análisis porcentual muestra que la frecuencia de sujetos que estudiaron solo hasta la primaria es mayor en el grupo de gastritis con 38,4% contra 21,5% del grupo de no gastritis, el análisis de chi cuadrado encuentra asociación entre estas variables para un error del 5%. Lo mismo ocurre con el OR de 2,2708 que es un indicador de riesgo, confiable y significativo.

Tabla 4. Presencia de infección por *Helicobacter pylori* como factor asociado para gastritis.

		Gastritis		No gastritis		Total	
		n	%	n	%	n	%
<i>Helicobacter pylori</i>	Si	34	39,5%	47	19,8%	81	25,1%
	No	52	60,5%	190	80,2%	242	74,9%
	Total	86	100,0%	237	100,0%	323	100,0%

Fuente: Datos logrados en la investigación.

X^2 (1, N = 323) = 13,039, p valor= 0,0003

Odds ratio= 2,6432, IC 95% (1,5443 - 4,5241)

El análisis porcentual muestra que el porcentaje de infección por *Helicobacter pylori* es más frecuente en el grupo de gastritis con 39,5% vs 19,8%, el análisis de chi cuadrado muestra un p valor de 0,0003 el cual sugiere una gran asociación. El OR tiene un valor de 2,6432 con un IC al 95% confiable.

Tabla 5. Ingesta de Aines como factor de riesgo para gastritis.

		Gastritis		No gastritis		Total	
		n	%	n	%	n	%
Ingesta de Aines	Si	21	24,4%	31	13,1%	52	16,1%
	No	65	75,6%	206	86,9%	271	83,9%
	Total	86	100,0%	237	100,0%	323	100,0%

Fuente: Datos logrados en la investigación.

$X^2 (1, N = 323) = 6,006$, p valor= 0,0143

Odds ratio= 2,1469, IC 95% (1,1547 – 3,9916)

El análisis porcentual muestra que la ingesta de Aines favorece la gastritis 24,4% contra 13,1% del grupo no gastritis, el análisis bivariado muestra una asociación significativa de la ingesta de Aines tanto para el chi cuadrado y el OR.

V. Análisis y Discusión

Se evaluaron un total de 323 historias clínicas de los cuales 86 presentaron el diagnóstico de gastritis y 237 se diagnosticaron otras enfermedades en el servicio de gastroenterología del Hospital Regional Eleazar Guzmán Barrón durante el 2016.

En las variables de interés para gastritis se encontró diferencia en relación a estudiar solo hasta la primaria, la infección por *Helicobacter pylori* y la ingesta de Aines. Estos resultados concuerdan con los realizados por Chirinos et al (2012) quien en un estudio sobre perfil epidemiológico del cáncer gástrico reportó que el bajo nivel de escolaridad se asocia con la gastritis atrófica. Montaña et al (2006) quien concluye afirmando que los pacientes con diagnóstico endoscópico previo de gastritis crónica y síntomas digestivos recidivantes presentan una alta prevalencia de infección por *H. pylori* y estrés psicosocial sin estar asociados estos dos factores. En relación a la ingesta de Aines nuestros resultados concuerdan con los realizados por Varona & Blanco (2016), así como el estudio de Méndez et al (2016) quienes en su estudio reportan asociación entre la infección por *Helicobacter pylori* y gastritis.

En relación a ansiedad según puntaje Zung y su asociación con gastritis nuestro estudio no encontró asociación estadística estos datos concuerdan con los reportados por Vásquez

(2016) quien no halla significancia entre el nivel de estrés y la gastritis; así mismo el estudio de Montaña (2016) concluye afirmando que los pacientes con diagnóstico endoscópico previo de gastritis crónica y síntomas digestivos recidivantes presentan una alta prevalencia de infección por *H. pylori* y estrés psicosocial sin estar asociados estos dos factores. Sin embargo los estudios realizados por Venegas (2015) concluye que el factor psicológico origina consecuentemente el factor médico, sin embargo su estudio no muestra estadísticos de causalidad. Por su parte el estudio de Peña y tirado (2009) reportaron que la mayoría de los adolescentes encuestados presentan factores de riesgo de tipo psicológico para la gastritis y menos factores sociales para ello, sin embargo esta observación solo fue en frecuencias, tampoco mostro en su estudio medidas de asociación. De la misma forma Santos y Palma (2015) concluye afirmando que del 100% de gastritis evaluadas, el 84% se debe al estrés académico y que el 16% es por otras causas, sin embargo el estudio no muestra ningún estadístico que muestre esta asociación y lo realiza de manera porcentual. El estudio de Asencio (2007) en su estudio realizado con la finalidad de determinar la asociación entre los trastornos de ansiedad y las enfermedades médicas reporto que el trastorno mental más frecuente reportado fue el de ansiedad y las patologías médica concomitante más frecuentes fueron el colon irritable (19%), seguido por gastritis (14%) y epilepsia (13%), pero tampoco muestra estadísticos de asociación.

Todos los estudios revisados anteriormente que tratan sobre ansiedad y gastritis, solo muestran un análisis de frecuencia y porcentajes, señalando un alto porcentaje en los pacientes con diagnóstico de ansiedad también presentan gastritis. Sin embargo ninguno de estos estudios muestra un indicador de asociación o riesgo. Por otro lado el estudio realizado por Vásquez (2016) y Montaña (2016) realizaron estadísticos de asociación y ninguno encontró relación entre la ansiedad y gastritis.

VI. Conclusiones y Recomendaciones

Se concluye:

- Los pacientes con gastritis y no gastritis no presentaron diferencias en relación a la edad, sexo, religión procedencia y puntaje de Zung; se encontraron diferencias significativas entre el nivel de instrucción, la infección por *Helicobacter pylori* y la ingesta de Aines con la gastritis.
- El nivel de ansiedad en los pacientes con diagnóstico de gastritis fue según el puntaje Zung fue de 37,2% con ansiedad.
- La ansiedad no se encontró asociada a la gastritis.

Se recomienda:

- Divulgar el estudio en el Hospital Regional Eleazar Guzmán Barrón de Nuevo Chimbote.
- Realizar un estudio con mayor nivel de análisis en las variables Nivel de instrucción, Infección por *Helicobacter pylori* e ingesta de Aines como factores de riesgo para gastritis.
- Realizar un estudio descriptivo sobre repercusiones médicas en los pacientes con ansiedad.

VII. Referencias bibliográficas

- Ascencio, L. (2007). Transtornos de ansiedad y enfermedades médicas concomitantes. Experiencia Clínica. *Rev Hosp Jua Mex*, 74(2), 80-92. Obtenido de <http://www.medigraphic.com/pdfs/juarez/ju-2007/ju072i.pdf>
- Chirinos, J. L., Carbajal, L. A., Segura, M. D., Combe, J., & Akib, S. (2012). Cancer Gástrico: Perfil Epidemiológico 2001-2007 en Lima, Perú. *Revista de Gastroenterología del Perú*, 32(1), 58-64.

- Fiestas Teque, L., & Vega Dienstmayer, J. (2012). Síntomas físicos en pacientes en pacientes con trastornos de ansiedad y depresión que acuden a la consulta externa de psiquiatría del Hospital Nacional Cayetano Heredia. *Rev Neuropsiquiatr*, 47-57.
- Méndez Leyva, L., Begué Dalmau, N., Tamayo Heal, S., Alonso Vázquez, A., Chang, F., & Virgen, N. (2016). Infección por *Helicobacter pylori* en el municipio de Palma Soriano durante el período 2008-2014. *MediSan*, 20(11), 2339-2344.
- Montaño, J., Dossman, X., Herrera, J., Bromet, A., & Moreno, C. (2006). *Helicobacter pylori* y estrés psicosocial en pacientes con gastritis crónica. *Colombia Médica*, 9(2), 39-44. Obtenido de <http://bibliotecadigital.univalle.edu.co/handle/10893/5608>
- Peña, J., & Tirado, B. (2009). *Plan de orientación dirigido a prevenir la gastritis en los adolescentes de la Unidad Educativa "Santisima Trinidad" de Puerto Ordaz Estado Bolívar, primer trimestre 2009*. Tesis de Bachiller, Universidad Central de Venezuela, Puerto Ordaz. Obtenido de <http://ecaths1.s3.amazonaws.com/investigacionenserviciosdesalud/1408333757.gastritis%20en%20adolescentes.pdf>
- Reyes Tica, A. (13 de Julio de 2013). *Transtornos de ansiedad Guía práctica para diagnóstico y tratamiento*. Obtenido de Biblioteca Virtual en Salud: <http://www.bvs.hn/Honduras/pdf/TranstornoAnsiedad.pdf>
- Rodríguez Ferrer, M. L. (2011). *Helicobacter pylori*: Avances en inmunogenética y metodologías diagnósticas. *Biociencias*, 89-96.
- Santos, S., & Palma, K. A. (2015). *Estrés académico factor casual de gastritis en estudiantes de la carrera de licenciatura en enfermería. UPSE. 2014 –2015*. Tesis de Bachiller, Universidad Estatal Península de Santa Elena, La Libertad - Ecuador. Obtenido de <http://repositorio.upse.edu.ec/bitstream/46000/1915/1/UPSE-TEN-2015-0006.pdf>
- Varona, A. G., & Blanco, C. P. (2016). Gastritis por *Helicobacter heilmannii* sensu lato: descripción de un caso y revisión de la literatura. *Revista Española de Patología*, 49(1), 37-40.
- Valdivia, M. (2011). Gastritis y gastropatías. *Revista de Gastroenterología del Perú*, 31(1), 38-48.
- Vázquez, M.F. (2016). Síntomas psicofisiológicos predictores del estrés en odontólogos. *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 54(2), 151- 8. Obtenido de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26960041>
- Venegas, H. M. (2015). Enfermedades psicológicas que desencadenan enfermedades médicas en los pacientes del centro de salud Coishco, 2015. In *Crescendo. Ciencias de la Salud*, 2(1), 277-284. Obtenido de <http://revistas.uladech.edu.pe/index.php/increscendo-salud/article/view/858>
- Zung, W. (1971). A Rating Instrument For Anxiety Disorders. *Psychosomatics*, 371-379.

VIII. Anexos y Apéndice

ANEXO 1

INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Primera parte (Datos de identificación)

Nº de HC: _____, Nº de DNI: _____, Nº Ficha: _____

Nombres: _____, Fecha: ____ / ____ / ____

Edad: ____ años, Sexo: _____, Religión: _____, Nivel de Instrucción: _____

Dirección: _____

Segunda parte:

Marcar con una "X" según corresponda:

() (Sujeto con gastritis)

() (Sujeto sin gastritis)

Tercera parte (Registro de variables independientes o factores asociados)

Nº	Variable independiente	Si	No	Observaciones
1	Presencia de Ansiedad (WWK Zung)	()	()	Puntaje: _____
2	Presencia de Helicobacter pylori	()	()	Dx por IgG-IgM () Dx endoscópico () Otro método: _____
3	Ingesta regular de Aines	()	()	Tipo de AINE: _____ Frecuencia: _____ Automedica: _____

ANEXO2

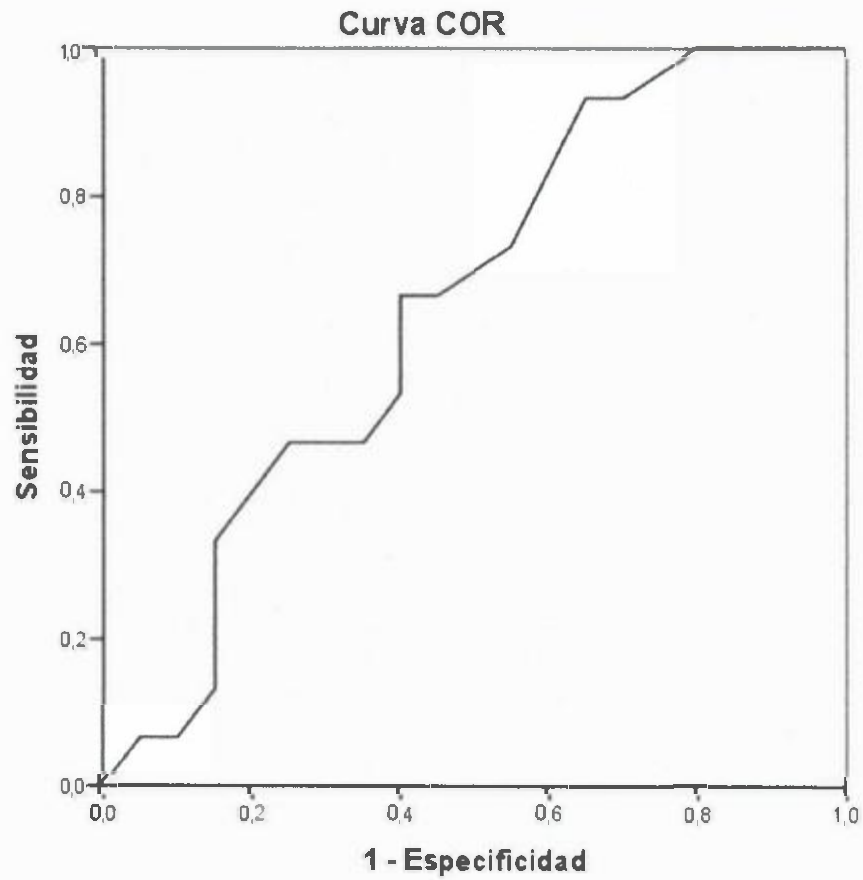
ESCALA DE AUTOVALORACIÓN D.A. POR W. W. K. ZUNG		Nunca o Casi Nunca	A veces	Con bastante frecuenc ia	Siempre o casi siempre	puntos
1	Me siento más nervioso(a) y ansioso(a) que de costumbre.	1	2	3	4	
2	Me siento con temor sin razón.	1	2	3	4	
3	Despierto con facilidad o siento pánico.	1	2	3	4	
4	Me siento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

VALORACIÓN:

- Puntuaciones de hasta 44 se consideran normales.
- Puntuaciones entre 45 y 59, ansiedad leve.
- Puntuaciones entre 60 y 74, ansiedad moderada.
- Puntuaciones sobre 75 indican ansiedad severa.

ANEXO3

Análisis ROC del puntaje de ansiedad según Zung como predictor de gastritis



Los segmentos de diagonal se generan mediante empates.

Figura 1. Análisis ROC del puntaje Zung como predictor de gastritis. Área bajo la curva 0,652, punto de corte 34.

ANEXO4

Tabla x. análisis bivariado de puntaje de Zung mayor o igual de 34 como factor de riesgo para gastritis.

		Gastritis		No gastritis		Total	
		n	%	n	%	n	%
Desproporción cefalopélvica	Si	69	80,2%	182	76,8%	251	77,7%
	No	17	19,8%	55	23,2%	72	22,3%
	Total	86	100,0%	237	100,0%	323	100,0%

Fuente: Datos logrados en la investigación.

$X^2 (1, N = 323) = 0,4309$, p valor= 0,5115

Odds ratio= 1,2266, IC 95% (0,6662 – 2,2584)

Se encuentra una asociación de riesgo no confiable.