

UNIVERSIDAD HISPANOAMERICANA

CARRERA DE NUTRICIÓN

Tesis para optar por el grado académico de

Licenciatura en Nutrición

RELACIÓN DE LOS HÁBITOS ALIMENTARIOS EN LA
SINTOMATOLOGÍA ACTUAL DE ADULTOS DE 18 A 39
AÑOS DIAGNOSTICADOS CON GASTRITIS CRÓNICA,

SAN JOSÉ, 2016

Estudiante

Karen Rojas Cascante

Tutor

Lic. Paula Delgado Valverde

Junio- 2017

CARTA DEL TUTOR

CARTA DEL TUTOR

San José, 20 de junio del 2017

Angelica Hernandez Vargas

Encargada de Tesis

Carrera de Nutrición

Universidad Hispanoamericana

Estimado señor:

La estudiante Karen Rojas Cascante, cédula de identidad número 1-1489-0091, me ha presentado, para efectos de revisión y aprobación, el trabajo de investigación **“RELACIÓN DE LOS HÁBITOS ALIMENTARIOS EN LA SINTOMATOLOGÍA ACTUAL DE ADULTOS DE 18 A 39 AÑOS DIAGNOSTICADOS CON GASTRITIS CRÓNICA, SAN JOSÉ, 2016”**, el cual ha elaborado para optar por el grado de Licenciatura en Nutrición.

En mi calidad de tutor, he verificado que se han hecho las correcciones indicadas durante el proceso de tutoría y he evaluado los aspectos relativos a la elaboración del problema, objetivos, justificación; antecedentes, marco teórico, marco metodológico, tabulación, análisis de datos; conclusiones y recomendaciones.

De los resultados obtenidos por el postulante, se obtiene la siguiente calificación:

a)	ORIGINAL DEL TEMA	10%	9
b)	CUMPLIMIENTO DE ENTREGA DE AVANCES	20%	17
c)	COHERENCIA ENTRE LOS OBJETIVOS, LOS INSTRUMENTOS APLICADOS Y LOS RESULTADOS DE LA INVESTIGACION	30%	28
d)	RELEVANCIA DE LAS CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	20%	19
e)	CALIDAD, DETALLE DEL MARCO TEORICO	20%	19
	TOTAL		92

En virtud de la calificación obtenida, se avala el traslado al proceso de lectura.

Atentamente,


Dra. Paula Delgado Valverde, Nutricionista

Cédula de identidad 113040072

Carné Colegio Profesional 820-11

CARTA DEL LECTOR

San José, 11 de agosto de 2017

Señores

Comisión de Revisión de Tesis

Universidad Hispanoamericana

S.D.

Estimados Señores:

Por este medio hago constar, en mi calidad de lector de la carrera de Nutrición, que he revisado en forma detallada el documento bajo el formato Tesis para optar por el grado de Licenciatura en Nutrición de la estudiante **Karen Pilar Rojas Cascante**, cédula de identidad 1 1489 0091, titulado "RELACIÓN DE LOS HÁBITOS ALIMENTARIOS EN LA SINTOMATOLOGÍA ACTUAL DE ADULTOS DE 18 A 39 AÑOS DIAGNOSTICADOS CON GASTRITIS CRÓNICA, SAN JOSÉ, 2016".

El documento cuenta con las características y condiciones de una modalidad de graduación, razón por la cual lo doy por aprobado, dando el visto bueno para continuar con las siguientes fases

Atentamente



Lector

Dr. Víctor Rodríguez Arias

Nutricionista

CARTA DEL FILÓLOGO

M.S.c. María Elena Vargas Murillo

300 mts este entrada Principal Residencia Los Adobes | 60594668 | evargas_12@hotmail.com

18 de agosto del 2017

A quien interese

La suscrita M,S.c. María Elena Vargas Murillo con carnet número 244 de la Asociación de Filólogos de Costa Rica con cedula de identidad número 900630827 , Colegiada del Colegio de Licenciados y Profesores en Letras, Filosofía, Ciencias y Artes carnet número 26734 hago constar que he realizado la revisión filológica de la Tesis denominada “RELACIÓN DE LOS HÁBITOS ALIMENTARIOS EN LA SINTOMATOLOGÍA ACTUAL DE ADULTOS DE 18 A 39 AÑOS DIAGNOSTICADOS CON GASTRITIS CRÓNICA, SAN JOSÉ, 2016” para optar por el **grado académico de Licenciatura en Nutrición.**

Se extiende la presente al ser 18 de agosto del 2017 en la ciudad de Alajuela, al Srta. Karen Pilar Rojas Cascante portadora de la cedula número 1- 1489-0091 estudiante de la Universidad Hispanoamericana de Costa Rica sede Aranjuez.

Atentamente,



M.S.c. María Elena Vargas Murillo

**Carnet 244
Filologa**

DECLARACIÓN JURADA

DECLARACIÓN JURADA

Yo Karen Pilar Rojas Cascante, portador de la cedula de identidad número 1-1489-0091, en condición de egresado de la carrera de Nutrición de la Universidad Hispanoamericana, y advertido de las penas con las que la ley castiga el falso testimonio y perjuicio, declaro bajo la fe del juramento que dejo rendido en este acto, que mi trabajo de graduación, para optar por el título de Licenciatura en Nutrición, titulado "Relación de los hábitos alimentarios en la sintomatología actual de adultos de 18 a 39 años diagnosticados con gastritis crónica, San José, 2016", es una obra original y para su realización he respetado todo lo preceptuado por las Leyes Penales, así como la Ley de Derechos de Autor y Derecho Conexos, número 6683 del 14 de Octubre de 1982 y sus reformas, publicada en la Gaceta número 226 del 25 de Noviembre de 1982; especialmente el numeral 70 de dicha ley en el que se establece: *"Es permitido citar a un autor, transcribiendo los pasajes pertinentes siempre que estos no sean tantos y seguidos, que puedan considerarse como una producción simulada y sustancial, que redunde en perjuicio del autor de la obra original"*. Asimismo, que conozco y acepto que la Universidad se reserva el derecho de protocolizar el documento ante un Notario Público. Firmo, en fe de lo anterior, en la ciudad de San José, el día 20 de Junio del 2017.



Karen Pilar Rojas Cascante.

Cedula: 1-1489-0091

TABLA DE CONTENIDOS

CARTA DEL TUTOR.....	i
CARTA DEL LECTOR	ii
CARTA DEL FILOLOGO.....	iii
DECLARACIÓN JURADA.....	vi
INDICE DE TABLAS	viii
INDICE DE FIGURAS	ix
DEDICATORIA.....	x
AGRADECIMIENTO	xi
CAPÍTULO I: EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN	1
1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMAS	2
1.1.1 Antecedentes del problema	2
1.1.2 Descripción del problema	4
1.1.3 Delimitación del problema.....	5
1.1.4 Justificación de la investigación	5
1.2 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA.....	8
1.3 OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN.....	8
1.3.1 Objetivo General	8
1.3.2 Objetivos Específicos	8
1.4 ALCANCES Y LIMITACIONES	9
1.4.1 Alcances.....	9
1.4.2 Limitaciones	10
CAPÍTULO II: CONTEXTO HISTÓRICO Y TEÓRICO	11
2.1 CONTEXTO HISTÓRICO	12
2.1.1 Antecedentes a nivel internacional	12
2.1.2 Antecedentes a nivel nacional.....	17
2.2. CONTEXTO TEÓRICO	19
2.2.1 Estómago	19
2.2.1.1 Secreciones y características.....	20
2.2.1.1.1 Secreción gástrica.....	20
2.2.2 Reflejo vagovagal.....	24
2.2.3 Acetilcolina	24

2.2.4 Histamina	25
2.2.5 Somatostatina	25
2.2.6 Ácido clorhídrico.....	26
2.2.7 Ácido gástrico.....	26
2.2.8 Glándulas gástricas.....	26
2.2.9 Reguladores hormonales del aparato digestivo	27
2.2.10 Encimas digestivas	28
2.2.11 pH	29
2.2.12 Gastritis	30
2.2.12.1 Gastritis Aguda.....	31
2.2.12.2 Gastritis Erosiva	32
2.2.12.3 Gastritis Crónica.....	33
2.2.12.3.1 Factores que influyen en el desarrollo de la gastritis crónica	33
2.2.12.3.2 Clasificación de la gastritis crónica.....	34
2.2.12.3.3 Sintomatología	40
2.2.12.3.4 Diagnostico	41
2.2.12.3.5 Tratamiento	43
2.2.12.3.5.1 Farmacológico.....	43
2.2.12.3.5.2 Dietético	46
2.2.13 Hábitos Alimentarios	49
2.2.13.1 Importancia de los hábitos alimentarios	50
2.2.13.2 Factores que influyen en los hábitos alimentarios.....	51
2.2.13.3 Tipos de hábitos alimentarios.....	51
2.2.13.4 Beneficios de tener hábitos alimentarios adecuados	54
2.2.13.5 Consecuencias de tener hábitos alimentarios inadecuados.....	55
CAPÍTULO III: MARCO METODOLÓGICO	56
3.1 TIPO DE INVESTIGACIÓN.....	57
3.2 ÁREA DE ESTUDIO	58
3.3 POBLACIÓN	58
3.4 UNIDADES DE ANÁLISIS U OBJETOS DE ESTUDIO	59
3.4.1 Criterios de inclusión para la selección de la población	59
3.4.2 Criterios de exclusión para la selección de la población	60
3.5 FUENTES DE INFORMACIÓN	60
3.6 TÉCNICAS, EQUIPO E INSTRUMENTOS PARA RECOLECTAR DATOS	61

3.6.1 Técnicas.....	61
3.6.2 Instrumentos	62
3.7 PROCEDIMIENTOS PARA RECOLECTAR LA INFORMACIÓN.....	63
3.7.1 Etapa preliminar	63
3.7.2 Etapa de campo	65
3.8 DESCRIPCIÓN DE LAS VARIABLES.....	66
3.9 OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES	67
CAPÍTULO IV: ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE DATOS.....	71
4.1 DIAGNÓSTICO DE LA SITUACIÓN	72
4.2 CARÁCTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS	72
4.3 SINTOMATOLOGÍA DE LA GASTRITIS.....	76
4.4 ESTUDIO DE LOS HÁBITOS ALIMENTARIOS.....	83
4.4.1 Los hábitos alimentarios y el dolor asociado a la gastritis.....	93
4.4.2 Los hábitos alimentarios y la presencia de síntomas no dolorosos.....	98
4.4.3 Otras relaciones de interés	103
CAPÍTULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	107
5.1 CONCLUSIONES	108
5.2 RECOMENDACIONES	110
BIBLIOGRAFÍA	111
ANEXOS	122
ANEXO 1: INSTRUMENTO	123
ANEXO 2: CONSENTIMIENTO INFORMADO	131

INDICE DE TABLAS

Tabla N° 1: Operacionalización de las variables del estudio	68
Tabla N° 2: Hábitos alimentarios de interés.....	89
Tabla N° 3: Lapso de tiempo entre comidas	91
Tabla N° 4: Correlación entre la escala de intensidad del dolor y las escalas de frecuencia de consumo construidas.....	96
Tabla N° 5: Correlación entre la escala de intensidad de los síntomas y las escalas de frecuencia de consumo de alimentos	102
Tabla N° 6: Relación entre la edad y el sexo, casos de ocurrencia de la gastritis	104
Tabla N° 7: Relación entre el consumo de comida rápida y el sexo, casos de ocurrencia de la gastritis.....	105
Tabla N° 8: Relación entre el número de tiempos de comida y el sexo, casos de ocurrencia de la gastritis	106

INDICE DE FIGURAS

Figura N° 1: Distribución de la población por sexo	73
Figura N° 2: Distribución de la población por grupos de edad.....	74
Figura N° 3: Distribución de la población por estado civil	75
Figura N° 4: Distribución de la población por grado académico	76
Figura N° 5: Distribución de la escala de intensidad de dolor	78
Figura N° 6: Comportamiento del dolor promedio en los últimos 7 días ..	79
Figura N° 7: Intensidad de los trastornos no dolorosos.....	81
Figura N° 8: Medicamentos más frecuentemente utilizados	83
Figura N° 9: Escalas de consumo según los alimentos de interés.....	87
Figura N° 10: Número de tiempos de comida que realiza durante el día ..	90
Figura N° 11: ¿Cómo contrarresta la gastritis?	92

DEDICATORIA

A Dios, por la salud y la sabiduría brindada, que me permitió lograr mis objetivos, y culminar mi carrera con este proyecto.

A mis padres por ser el pilar fundamental de mi vida, por darme la oportunidad de desarrollarme como persona y crecer en el ámbito profesional. A mi papá, por cada palabra de guía y aliento, que me ha dado para poder salir adelante día tras día. A mi mamá, que es mi apoyo incondicional que ni un segundo de mi vida me ha abandonado, y en los momentos más difíciles o cuando ya me doy por vencida siempre me impulsa para seguir adelante.

A mis ángeles que sé que desde el cielo me cuidan y me iluminan para ir cumpliendo con mis metas personales, mis abuelitos Guillermo y Fernando, mi abuelita Rosario, pero sobre todo a mi ángel terrenal mi abuelita Daisy que ha sido parte fundamental de todo este proceso de la universidad, y siempre ha tenido una palabra de aliento para motivarme, cuando ya mis fuerzas me habían mermado.

A todos ellos, las palabras de agradecimiento se quedan cortas, pero mi gratitud y mi amor por ellos no tiene límites, son una bendición en mi vida.

AGRADECIMIENTO

A todas las personas que se dedican a enseñar en la universidad, por todo el aporte, experiencia, conocimiento y paciencia que tienen para que nosotros aprendamos y lleguemos a ser unos excelentes profesionales.

A las personas que participaron de este estudio, por disponer de su tiempo para realizar las entrevistas y de esta manera facilitar la información para obtener resultados valiosos en esta investigación.

A los profesionales que colaboraron en este proyecto y me acompañaron en todo proceso, cada uno en su ámbito, realizaron aportes muy importantes y útiles con el fin de dar veracidad a la investigación.

CAPÍTULO I: EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

A continuación, se presenta los antecedentes del problema, la descripción y delimitación del mismo, así la justificación de la investigación.

1.1.1 Antecedentes del problema

Actualmente, por la rutina y el estrés diario que hay en la población, la presencia de malos hábitos alimentarios se incrementa cada segundo, teniendo como consecuencia una serie de patologías a nivel gástrico y cardiovascular principalmente, de las cuales muchas se pueden prevenir corrigiendo dichos hábitos. Así mismo, por las actividades cotidianas las personas no se preocupan por su estado de salud, erróneamente piensan que, con ingerir alimentos de cualquier tipo, y en algunos casos realizar un poco de actividad física, ya esto garantiza un nivel de salud óptimo. Sin embargo, no se trata únicamente de ingerir los alimentos apropiados, es también consumir las porciones adecuadas y sobre todo vigilar la frecuencia en la cantidad de tiempos de comida que se realizan al día (Bedoya, & Yopez,2000).

Las patologías a nivel gástrico son diversas, lamentablemente algunas son detectables en estadios avanzados, ya que inician asintomáticas y en otros casos cuando hay presencia de distintos síntomas la población no le da la importancia necesaria, sino más bien practican la automedicación esto porque, lo que hacen es consumir algún tipo de fármaco que disminuya el malestar en todas las ocasiones en que se presente el mismo, en lugar de acudir y consultar con un

médico especialista (Miranda, Chaves, Orozco, Román, Durán, Vargas, & Barrantes, 1998).

Indiscutiblemente del nivel de evolución en que se encuentre la patología, con solo que esta se encuentre a nivel gástrico implica una serie de complicaciones que afectan directamente la salud del individuo. En el caso de la gastritis crónica, es una fase avanzada de la patología gastritis, esto quiere decir que la persona ha presentado dicha patología por un tiempo prolongado, esto debido a que no fue tratada y diagnosticada de manera eficiente en el momento oportuno. En la mayoría de los casos esto sucede, más que todo porque dicha patología puede desarrollarse de manera asintomática o bien si hay presencia de síntomas, los mismos no son percibidos fácilmente (Sierra, 2002).

En Costa Rica, en una investigación realizada por INISA (Instituto de Investigaciones en Salud de la Universidad de Costa Rica), acerca de la aparición temprana de cáncer gástrico, una de las causas principales es por infección de la bacteria *Helicobacter pylori*, que, a su vez, es una de las causas que provocan la gastritis crónica. En nuestro país, el cáncer gástrico tiene una incidencia importante, es por esto que a nivel mundial ocupa el lugar número 11 en la escala. Así mismo, hay una mayor incidencia en varios cantones entre ellos Cartago, Pérez Zeledón, y en la zona de Los Santos. Cada año mueren aproximadamente 750 personas por este mal y se diagnostican alrededor de 950 casos nuevos.

A nivel mundial el cáncer gástrico es la segunda causa de muerte en el mundo, con 800,000 personas fallecidas anualmente y con una incidencia de un

millón de personas (Consejo Nacional para Investigaciones Científicas y Tecnológicas, 2011).

Con base a los datos anteriores, se puede determinar que hay un incremento importante en la incidencia de enfermedades gastrointestinales, que si no se tratan a tiempo suelen terminar desencadenando en cáncer. Si dichas enfermedades son detectadas con antelación se pueden tratar de forma eficaz, esto por medio de cambios en los hábitos alimentarios y por consiguiente controlando la sintomatología que se presenta en dichas patologías cuando ya son crónicas, de manera tal que se previenen mayores complicaciones.

1.1.2 Descripción del problema

Hoy en día, no es un secreto que el tiempo que se destina para favorecer la calidad de vida es mínimo o nulo en la población, esto debido a una serie de factores encabezados por falta de tiempo, de recursos económicos, cultura, educación a nivel de salud, entre otros.

A pesar de que actualmente se utilizan los medios de comunicación para promover y hacer conciencia del cuidado de la salud propia y de las personas cercanas, en muchos casos, esto no es suficiente, ya que la población tiende a excusarse de que por uno u otro motivo es que ellos, no le dan la importancia necesaria a su calidad de vida (Acevedo & Istúriz, 2013). Si bien es cierto, en algunos casos, el acceso a centros de salud, es deficiente por lo cual se ve un poco justificado el por qué muchos de los malestares o síntomas que presentan en

algún momento no son controlados ni tratados oportunamente, en otras circunstancias, donde el acceso es completo e inclusive de primera clase, las personas justifican la falta de tiempo para acudir al médico (Verdecia, 2016)

Es por esto que ha incrementado las enfermedades crónicas no transmisibles, porque las mismas cuando se pudieron atacar a tiempo, no se diagnosticaron debido a la falta de interés de la población por su salud (Villarreal, 2003).

En el caso específico de la gastritis crónica, es una de las patologías más referentes, ya que cuando una persona llega a este estadio, es debido a que en el momento en que se inició, no fue tratado o en algunos casos a pesar de conocer que se padecía y cuáles eran los pasos a seguir para evitar la evolución de la misma, no fueron acatados y desencadenaron en un mal crónico, que lamentablemente puede concluir en algo peor como lo es el cáncer gástrico (Buitrago, 2010).

1.1.3 Delimitación del problema

La investigación se realiza en una población de personas adultas de sexo masculino y femenino diagnosticadas con gastritis crónica, las cuales acuden a un centro de salud privado para el diagnóstico, control y tratamiento de dicha patología. Los pacientes tienen un rango de edad entre los 18 a los 39 años, provienen de distintos lugares del área metropolitana y se realiza durante el último cuatrimestre del año 2016 y los primeros dos meses del año 2017.

1.1.4 Justificación de la investigación

En la actualidad una de las patologías de mayor prevalencia en la población es la gastritis crónica, la cual se manifiesta como consecuencia de una serie de factores, entre ellos el consumo de algunos medicamentos, el exceso en la ingesta de irritantes como alcohol, alimentos grasos, alimentos altamente condimentados, descontrol en la cantidad y la frecuencia de los tiempos de comida que se realizan al día, o por infección de la bacteria *H. pylori*, entre otras. Los síntomas de esta patología suelen manifestarse en la población abundantemente, algunos coinciden y otros no.

Debido a lo anterior, es que es de vital importancia, determinar el efecto de los hábitos alimentarios en la sintomatología de la gastritis crónica, y si estas molestias disminuyen o aumentan en los pacientes, ya que, a pesar de que existen una serie de recomendaciones nutricionales a nivel general, para controlar la sintomatología y prevenir la evolución de la enfermedad, no quiere decir, que todas las personas diagnosticadas pongan en práctica dichas recomendaciones obtendrían un beneficio (Sánchez, 2013).

Los hábitos alimentarios en la población dependen de las características sociodemográficas, culturales, nivel de educación nutricional, accesibilidad y disponibilidad de alimentos, preferencias y aversiones alimentarias, entre otras. Según algunos estudios, la población diagnosticada con esta patología en la mayoría de los casos prefiere tratar su sintomatología mediante el uso de medicamentos o fármacos en general, antes de implementar cambios y mantener una alimentación adecuada, lo cual, se ha demostrado que dentro de los hábitos alimentarios habituales en estos pacientes está presente un consumo

predominante de comidas rápidas y chatarra, así como, un descontrol en el horario alimenticio, ingesta abundante de sustancias irritantes, un consumo elevado de alcohol, tabaco y bebidas ricas en cafeína, entre otras (Sánchez, 2014).

Al ser actualmente tan escueta la información de esta patología en sí, en el país, y mucho más escasa su relación con los hábitos alimentarios, se hace más trascendental e interesante el estudio en dicha población específicamente. Los resultados de esta investigación beneficiarán a la población que padece de gastritis, ya sea, aguda o crónica, aunque la misma solo se base en gastritis crónica; debido a que se determinarán una serie de factores que afectan de manera directa e inclusive indirecta la evolución de los estadios de esta enfermedad, la cual se puede prevenir a que no llegue a ser crónica.

Los pacientes que presentan esta patología van a sentirse identificados al conocer su sintomatología en algunos casos, lo cual es igual a otros que la presentan; sin embargo, existe la posibilidad que, aunque estén diagnosticados con la misma patología, los síntomas no coincidan tanto. Esta característica, va evolucionando de gran manera, ya que cada día, es lo más común en esta población. Por esta razón, no es de extrañar que dicha población no presente únicamente los malestares descritos en la literatura o bien mencionados como “específicos” de esta enfermedad.

Además, esta investigación, busca brindar la información necesaria para las personas que padecen esta patología y puedan tener una calidad de vida, erradicando los malos hábitos alimentarios.

1.2 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

Ante la necesidad de relacionar los hábitos alimentarios con la sintomatología de los adultos diagnosticados con gastritis crónica, se plantea la interrogante que da fundamento a la presente investigación

¿Cuál es la relación de los hábitos alimentarios en la sintomatología actual de los adultos entre 18 a 39 años diagnosticados con gastritis crónica, San José 2016?

1.3. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

Seguidamente se detallan los objetivos de la investigación, los cuales son los encargados de proporcionar coherencia a la misma.

1.3.1 Objetivo General

- ✓ Analizar la relación de los hábitos alimentarios con la sintomatología actual de los adultos de 18 a 39 años diagnosticados con gastritis crónica, San José, 2016.

1.3.2. Objetivos Específicos

- ✓ Identificar las características sociodemográficas de la población adulta diagnosticada con gastritis crónica, mediante una entrevista.
- ✓ Reconocer los hábitos alimentarios de la población con gastritis crónica, por medio de una frecuencia de consumo.
- ✓ Definir la sintomatología de la gastritis crónica en la población específica, esto por medio de una entrevista.

- ✓ Establecer la relación entre los hábitos alimentarios de la población estudiada con la sintomatología actual de dicha patología.

1.4 ALCANCES Y LIMITACIONES

En este apartado se señala el impacto que va a tener la investigación con respecto a su visión y las limitaciones.

1.4.1 Alcances

Con esta investigación lo que se pretende es incentivar a los adultos diagnosticados con gastritis crónica, acerca de la importancia de conocer a fondo cuales alimentos aumentan o disminuyen la sintomatología de esta patología, y así puedan prevenir cualquier tipo de complicación futura, o la evolución de la misma. Como se mencionó anteriormente, es alarmante como en los últimos años se ha visto un incremento en las personas diagnosticadas con esta enfermedad, pero lo más preocupante es como cada día aumentan los diagnósticos del cáncer gástrico, el cual se da debido a una serie de factores, entre ellos la gastritis crónica no tratada, ni controlada adecuadamente.

Debido a lo anterior, esta investigación busca motivar a la población afectada con esta enfermedad a que conozcan detalladamente como pueden controlar la sintomatología mediante alimentos específicos que les beneficien. Las personas que padecen de esta enfermedad están conscientes de que, al estar catalogada como crónica, no va a existir un tipo de cura radical, la cual va hacer que desaparezca la enfermedad por completo, por ello es necesario encontrar la

condición ideal con la cual cada individuo, pueda controlar la presencia de las diversas molestias, y evitar que afecten directamente las actividades de la vida cotidiana y sobre todo alteren su calidad de vida, esto por medio de la práctica de buenos hábitos alimentarios que van a dar como resultado un beneficio notable.

1.4.2 Limitaciones

Refiere a las limitaciones de la investigación, se citan varios puntos importantes para el desarrollo de la misma. Para la recolección de la información se presentaron los siguientes escenarios, primero al ser realizado en un centro de salud privado, algunas personas cancelaban las citas el mismo día; en otros casos las personas no les agradaba brindar la información solicitada, ya que, mencionaban que todo lo relacionado a la patología que padecen es de carácter confidencial, por lo tanto, únicamente el médico a cargo debía conocer, otros casos son los pacientes preferían esperar los resultados de la gastroscopia, por lo cual se demoraba hasta la siguiente cita en la que tuvieran que asistir al centro médico para conseguir ser entrevistados, todos estos inconvenientes conllevaron a requerir más tiempo del cual se tenía previsto en un inicio, para recopilar la información y el estudio de la misma.

CAPÍTULO II: CONTEXTO HISTÓRICO Y TEÓRICO

2.1. CONTEXTO HISTÓRICO

A continuación, se presenta una serie de artículos científicos tanto a nivel mundial como nacional, que han estudiado la patología en sus posibles orígenes, causas y hábitos alimentarios.

2.1.1 Antecedentes a nivel internacional

La gastritis crónica, es una patología que se caracteriza por presentar una irritación de la mucosa del estómago esto debido a un exceso de secreción ácida, por un tiempo prolongado (Shunan, Ming, Esterlina, & Wenxing, 2017). Tiene entre su protocolo de abordaje realizar un diagnóstico rápido, para determinar cuál es la causa principal que origina dicha patología (Sánchez, 2013).

Entre los factores de riesgo se encuentran la calidad de vida, el uso de sustancias irritantes, el consumo inadecuado de medicamentos sin prescripción, entre ellos los antiinflamatorios, no esteroideos; así mismo, el rango de edad de la población afectada, ya que, según un estudio realizado, hay mayor probabilidad en la población adulta, la cual es su mayoría, una población activa laboralmente, tienen gran posibilidad de consumir alimentos fuera de la casa, dando como resultado un exceso en el consumo de alimentos ricos en grasa, e irritantes (Alarcón et al., 2016). Una de las peculiaridades que se encuentran en esta patología, es con relación a los síntomas, a pesar de ser una población específica diagnosticada con gastritis crónica, no quiere decir que todos van a presentar los mismos síntomas, lo cual en su mayoría los casos varían substancialmente. Sin embargo, los síntomas que suelen presentar son malestar estomacal, dolor de estómago, flatulencias, hemorragia abdominal, náuseas, vómitos (Intriago, 2014).

El diagnóstico se lleva a cabo mediante pruebas endoscópicas del tracto digestivo, así como con biopsias y en algunos casos hasta con exámenes serológicos esto para confirmar o descartar la presencia de una infección por algún tipo de microorganismo (Sánchez, 2013).

Entre las pruebas que mayormente se le envía a realizar al paciente es la prueba de *H. pylori*, esto debido a que la misma es resistente al medio ácido (Gutiérrez, Bayona, Barragan, Rojas, & Oliveros, 2017). Dicha prueba en la mayoría de los casos resulta positiva, no obstante, no se puede asegurar que una persona que presenta gastritis crónica es debido a la presencia de dicha bacteria (Intriago, 2014).

Además, según las guías prácticas de la Organización Mundial de Gastroenterología, la presencia de *H. pylori*, es un problema de salud pública.

En otro estudio realizado se determinó que las causas primordiales por las cuales se desencadena la gastritis son por una infección ocasionada por *H. pylori*, así como por la presencia de estrés psicosocial. Aunque estos dos factores predominaron en dicho estudio, no se puede establecer una relación entre sí, de los mismos (Montaño, Dossman, Herrera, Bromet, & Moreno, 2013).

En un estudio se determinó que la presencia de *H. pylori*, podría persistir durante décadas en el ambiente del estómago, dañando continuamente la mucosa gástrica, y alterar el patrón de la liberación de la hormona gástrica, dando como consecuencia una afectación directa de la fisiología gástrica (Graterón, Ortiz, Princz, Caballos, & Cavazza, 2016). El grado de inflamación y la evolución de esta patología puede variar en gran medida dependiendo de los factores de virulencia, factores de susceptibilidad del huésped, entre otros (Sonnenberg & Genta, 2015).

En Alemania y Europa, la infección activa por *H. pylori* es la causa más frecuente de inflamación gástrica, además en este estudio se menciona que el síntoma que coincide en la población que presenta un resultado positivo a la hora de realizar la biopsia de este microorganismo son los flatulencias (Varbanova, Frauenschläger, & Malfertheiner, 2014).

En una investigación realizada acerca de dicha bacteria, se comprobó que la presencia de la misma no tiene relación con la edad, ni el sexo de las personas, pero si con la ingesta de comida chatarra, de frutas y vegetales (Matta, Pazos, Bustamante-Rengifo, & Bravo, 2017). De igual modo, se comprobó la relación con el riesgo de cáncer gástrico a mediano o largo plazo dependiendo de la evolución que se vaya dando. También se concluyó que en los países subdesarrollados hay un incremento por año del 10%, en el diagnóstico de infecciones provenientes de dicha bacteria, afectando de gran manera principalmente a la población adolescente (Castellanos & Rosquete, 2012).

Es importante tomar en cuenta que la gastritis crónica puede ocasionar problemas severos en la población diagnosticada, si no es tratada adecuadamente, con la presencia de úlceras gástricas, y en algunos casos puede desencadenar en cáncer gástrico, siendo esta la mayor complejidad que puede llegar a presentar el paciente (Zak & Pasiyeshvili, 2016). Debido a esto siempre se trata de erradicar la bacteria, para curar o evitar la evolución de las úlceras asociadas a la patología, y contribuir a disminuir el riesgo de cáncer gástrico, lo cual en algunos países ya se encuentra como la primera causa de muerte (Otero & Vallejo, 2015).

Los hábitos alimentarios tienen gran relación con la presencia de la bacteria *H. pylori*, según un estudio efectuado, las medidas higiénicas sanitarias en los alimentos, así como el consumo de alimentos ricos en grasas y compuestos químicos irritan la mucosa, aunado al no tener horarios específicos para consumir los alimentos, hacen que incremente el riesgo de obtener un resultado positivo en lo que refiere a la presencia de dicha bacteria (Parra, Aponte, & Álvarez, 2017). Se determinó también en dicho estudio, que las personas que suelen consumir con mayor frecuencia vegetales y frutas tienen mayor riesgo de tener dicha bacteria en su organismo la cual ésta misma es la causa de la patología, esto porque dichos alimentos suelen consumirse crudos y en algunos casos las prácticas de higiene antes de consumir el alimento no son las mejores por lo tanto favorece la presencia de microorganismos, entre ellos dicha bacteria (Castellanos & Rosquete, 2012).

Como ya se ha mencionado anteriormente, los hábitos alimentarios son sumamente importantes tanto en la evolución de la patología como en la sintomatología de la misma. Según un estudio realizado, se pueden determinar tres aspectos fundamentales en lo que se refiere a hábitos, los cuales son el consumo de comida chatarra, no comer con una frecuencia adecuada, y el consumo de sustancias nocivas como lo son el alcohol y el tabaco (Sánchez, 2014).

En otra investigación se concluyó que los pacientes que tienen un patrón alimentario desequilibrado, principalmente en el consumo de frutas y verduras, y un consumo alto de alimentos que dañan o irritan la mucosa como los embutidos,

alimentos altamente condimentados, entre otros, generan un incremento en la probabilidad de presentar alteraciones en la sintomatología a corto plazo.

En otro aspecto, se determinó el factor psicológico que altera directamente los hábitos alimentarios de la población (Matta et al., 2017). Así mismo, se menciona que no necesariamente para que un paciente presente algún tipo de alteración en la sintomatología, debe tener un exceso en el consumo de alimentos considerados como perjudiciales tales como: los embutidos, carnes ahumadas, encurtidos, enlatados, entre otros; en algunos casos incluso con una ingesta insignificante el paciente puede presentar molestias, esto depende mucho del factor de tolerancia de cada persona (Salazar, 2013).

Además, se ha determinado que, el consumo insuficiente de alimentos protectores como; los cereales, vegetales, algunos tipos de frutas y frutos secos, así como cualquier tipo de alimentos que son fuente de vitamina C, puede afectar de manera más trascendental la sintomatología, que el consumo de alimentos clasificados como altamente irritantes para esta patología (Montero, 2010).

2.1.2 Antecedentes a nivel nacional

A nivel nacional, a pesar de existir gran cantidad de personas que padecen de gastritis o bien que han sido diagnosticadas con gastritis crónica, no hay estudios recientes que pueden explicar cómo ha evolucionado dicha patología en la población costarricense, con el transcurso de los años. Los estudios encontrados son muy antiguos, sin embargo, se utilizan en esta investigación ya que son los únicos existentes.

De acuerdo con un artículo, publicado en la Revista Médica de Costa Rica y Centroamérica LXIII (1996), se concluye de manera general que la ingesta de antiinflamatorios no esteroideos tiene gran relación con la presencia de gastritis erosiva en los pacientes. Por otro lado, que la endoscopia es un método muy útil para determinar el estado y tipo de dicha patología.

Según el artículo en mención, se definió que en ese momento la gastritis erosiva fue el diagnóstico más común en la población con un 16,6%, seguido de la gastritis crónica superficial con 14,9% y en tercer lugar la presencia de úlcera duodenal con un 10,2% (Páez, Granados, & Villegas, 1996).

En otro informe realizado dos años después, se determinó que el país tenía gran incidencia de cáncer gástrico y que el *H. pylori* iba a producir en el futuro una revolución en el campo de la gastroenterología. Precisamente se consideró que la bacteria es un agente causal de la gastritis crónica antral, produciendo un factor de riesgo de cáncer gástrico (Miranda et al., 1998).

Como se puede observar la información de gastritis y gastritis crónica en el país es sumamente escasa, lo que hace más interesante abordar este tema, ya que no ha sido estudiado a profundidad y lamentablemente es una patología que ha ido aumentando con el pasar del tiempo.

En cuanto a los hábitos alimentarios en el país, según un estudio realizado por la Universidad de Costa Rica (2009), arrojó que el 50% de las familias en el país, han realizado cambios en los últimos años en relación a su alimentación. Un 87% mencionó que dichos cambios eran negativos, los cuales ellos eran conscientes que perjudicaban de gran manera su estado de salud.

Además, en este estudio, la población entrevistada menciona que estos cambios los han tenido que efectuar debido a las actividades diarias que realizan, ya que generalmente no tienen tiempo para cocinar sus propios alimentos y les es más fácil consumir comidas rápidas.

Justamente, los entrevistados mencionaron la importancia de incentivar a la población para que conserve hábitos alimentarios adecuados, por lo cual sugirieron realizar charlas en las que se brinde educación nutricional, estimular la producción local de alimentos, con el fin de abaratar costos y producir alimentos saludables e intervenir de manera directa en el control de los precios de la canasta básica.

2.2. CONTEXTO TEÓRICO

Seguidamente, se detallan todos los aspectos teóricos que se mencionan en esta investigación, el abordaje de este apartado inicia con el órgano que se ve más afectado con esta patología.

2.2.1 Estómago

Es un órgano que forma parte del tubo digestivo, se localiza en la parte alta del abdomen específicamente en el epigastrio y en una parte del hipocondrio izquierdo, entre el esófago y duodeno. Tiene una capacidad aproximada de 1.5 - 2.0 litros; además, presenta dos curvaturas: una menor que conforma el borde derecho y el superior y una mayor que incluye el borde izquierdo y el inferior (Noriega, 2011).

El estómago se divide en varias partes conocidas como: cardias, fondo, cuerpo, antro y el píloro. Además, las paredes del estómago se subdividen en una serie de capas como lo son: la túnica mucosa (conformada por tejido conectivo y glándulas gástricas); la tela submucosa (tiene tejido conectivo, entre ellos vasos linfáticos, vasos sanguíneos y nervios); la túnica muscular (es la encargada de brindar movimiento a los alimentos ingeridos, contiene tres capas adicionales: longitudinal, media lisa y oblicua); y la túnica serosa (capa más externa, se encuentran las células mesoteliales) (Fábregas, 2017).

La capa o túnica mucosa se subdivide en tres capas más como lo son el epitelio, la lámina propia de la mucosa, la lámina muscular de la mucosa. Esta última capa es la que tiene contacto directo con los ácidos del estómago (Fábregas, 2017).

Las funciones principales que se le pueden atribuir a este órgano son almacenar los alimentos ingeridos, mezclar los alimentos con los ácidos gástricos, y por último transportar los alimentos al intestino delgado (Fernández, 2002).

En este órgano inicia el proceso de digestión, los alimentos son transformados mediante la actividad proteolítica en el que intervienen directamente los ácidos y la pepsina, dando como resultado la disminución del tamaño de los alimentos, de esta manera pueden ser absorbidos los nutrientes presentes, estos al mezclarse van a conformar el quimo. Una vez ocurrido dicho proceso, regula la liberación del quimo hacia el duodeno, en pequeñas cantidades (Noriega, 2011).

2.2.1.1 Secreciones y características

A continuación, se puntualizan las secreciones que intervienen directamente en el estómago:

2.2.1.1.1 Secreción gástrica

Este tipo de secreción se produce específicamente mediante dos tipos de condiciones, las basales y las estimuladas.

- La secreción basal es por medio de un patrón circadiano, el cual tiene valores máximos durante la noche y mínimos durante las primeras horas de la mañana. Los principales componentes en esta fase son el estímulo colinérgico (neurotransmisor de acetilcolina) e histaminérgico (neurotransmisor de Histamina) (Rodríguez, 2010).

- La secreción de estimulación, está constituida por tres fases, las cuales se encargan de preparar el medio gástrico para que se dé adecuadamente la digestión. Dichas fases, según Páez (1996) son:
 - a. **Fase cefálica:** en esta fase intervienen los sentidos de la vista, el olfato y el gusto, junto con el estímulo vagovagal, donde ingresa el sistema colinérgico a estimular las células parietales, y se inhibe la liberación de la somatostatina, de esta manera se da la estimulación de la liberación de la gastrina, dando inicio a la secreción gástrica.
 - b. **Fase gástrica:** dicha fase se activa en el momento en que los alimentos llegan al estómago, lo que da lugar a la distensión abdominal en la que interviene el pH ácido. Al darse la distensión abdominal se activan una serie de reflejos, los cuales provocan la liberación de acetilcolina, la que estimula la generación de más jugos gástricos. El proceso durante esta fase es de alrededor de tres a cuatro horas. Así mismo, se encuentra la gastrina, que es el principal mediador, esta va a estimular la mucosa fúndica y es un coadyuvante de la secreción de ácido clorhídrico (HCl).

En esta fase se encuentran los reflejos nerviosos secretores locales, los reflejos vágales y la estimulación gastrina – histamina.
 - c. **Fase Intestinal:** dicha fase inicia al llegar los alimentos parcialmente digeridos al duodeno, así como por distensión y asimilación de los nutrientes; esto mediante los mecanismos nerviosos y hormonales (Rodríguez, 2010).

d. Fase pancreática: en dicha fase se da la secreción del jugo pancreático aumentando según la presencia de quimo en el intestino delgado (Noriega, 2011).

La mucosa gástrica se divide en tres regiones, esto de acuerdo a la estructura de las glándulas, entre ellas: la pequeña región glandular cardial, que se encuentra por debajo del esfínter esofágico inferior, y contiene las glándulas secretoras de moco; luego está la región glandular oxíntica, la cual secreta ácido; y por último la región glandular pilórica, ubicada debajo de la escotadura angular (Costanzo, 2014).

Dentro de la secreción gástrica se encuentran, cuatro tipos de secreciones específicas, las cuales, según Noriega, (2011) son:

a. Secreción ácida gástrica: está conformada por un líquido segregado en el estómago, conocido como jugo gástrico. Este es una mezcla de las secreciones provenientes de las células epiteliales superficiales y de las glándulas gástricas, entre los componentes más importantes de este jugo se encuentran las sales, agua, HCl, pepsinas, factor intrínseco y moco. Dichas secreciones con un funcionamiento adecuado o normal, únicamente aumentan durante la ingesta de alimentos.

b. Secreción de pepsinas: la pepsina o pepsinas son grupos de proteasas segregadas por las células principales de las glándulas gástricas. Las pepsinas están conformadas por proenzimas conocidas como pepsinógenos, estos intervienen en la digestión propiamente de las proteínas; la ruptura de los enlaces sensibles al ácido, va a convertir los

pepsinógenos en pepsinas activas, las cuales entre más bajo el pH más rápido se da la conversión.

- c. Secreción de factor intrínseco:** en dicho factor, se necesita de glucoproteínas las cuales son secretadas por las células parietales del estómago, para una absorción eficiente del organismo de vitamina B12.

El factor intrínseco se libera por una serie de estímulos que provocan la secreción de HCl esto mediante las células parietales. La función de este factor es esencial para la vida humana.

- d. Secreción de moco y bicarbonato:** dichas secreciones tienen mucinas glucoproteicas las cuales son viscosas y pegajosas, estas de manera global son conocidas como moco. Las mucinas son segregadas por las células conocidas como mucosas cervicales provenientes del cuello de las glándulas gástricas y de las células epiteliales superficiales del estómago. La liberación de moco se estimula mediante estímulos, que incrementan la secreción de ácido y pepsinógeno, principalmente la acetilcolina es liberada por las terminaciones nerviosas parasimpáticas cercanas a las glándulas gástricas

(Valdivia, 2011).

Las células epiteliales superficiales segregan un líquido acuoso el cual contiene concentraciones de sodio y cloro muy similares a las plasmáticas, pero si con más cantidad de potasio y bicarbonato. Debido a la elevada cantidad de bicarbonato es que el moco es alcalino, este es segregado por la mucosa y cuando se encuentra en reposo, recubre el estómago con una capa la cual es alcalina, pegajosa y viscosa; en el momento que se ingieren

los alimentos, incrementa la secreción de moco y bicarbonato (Fábregas, 2017).

El moco tiene como función formar como una especie de gel sobre la superficie luminal de la mucosa.

Tanto el moco como las secreciones alcalinas constituyen la barrera de mucosa gástrica, la cual tiene como principal función evitar las lesiones en la mucosa consecuentes del contenido gástrico (Fernández, 2002).

2.2.2 Reflejo vagovagal

Es una serie de reflejos los cuales intervienen en el tracto gastrointestinal por medio de las fibras aferentes y eferentes del nervio vago, este reflejo controla la contracción de las capas musculares gastrointestinales, siendo dicho proceso mecanismo de respuesta de la distensión abdominal. Se encuentra activo durante la relajación receptiva del estómago, como consecuencia de la deglución de los alimentos. El mecanismo funciona de la siguiente manera, cuando el alimento llega al estómago el reflejo inicia un impulso que va desde el estómago hasta el cerebro, luego al volver a llegar al estómago produce la relajación activa del musculo liso de la pared del estómago. Si este mecanismo, el cual es conocido como inervación vagal, se interrumpe va a causar un aumento en la presión intragástrica, y esta desencadena en el síntoma de vómito, esto por la incapacidad del musculo liso del estómago para relajarse (Valdivia, 2011).

2.2.3 Acetilcolina

Es un neurotransmisor, el cual es sintetizado a partir de colina y acetil CoA, los cuales son obtenidos del metabolismo de la glucosa esto gracias a la acción de la enzima colinacetiltransferasa. Un aumento en la cantidad de acetilcolina en el organismo disminuye la frecuencia cardiaca y aumenta la producción de saliva. Una vez cumple con su función la acetilcolina es degradada por la enzima acetilcolinesterasa, en colina y acetato.

En cuanto a nivel del tracto gastrointestinal, va a aumentar la motilidad, la secreción glandular y el peristaltismo. Si se presenta un descontrol en el organismo de producción de acetilcolina va a producir síntomas como cólicos, náuseas, vómitos y diarreas (Costanzo, 2014).

2.2.4 Histamina

Actúa como hormona y neurotransmisor, entre sus funciones se encuentran regular la producción de ácido gástrico en el estómago, la motilidad en el intestino, además de controlar el apetito. La histamina es una amina conformada por una serie de anillos, los cuales se obtiene producto de la descarboxilación del aminoácido Histidina, esto mediante la enzima L-histidina descarboxilasa. Una vez conformada la histamina se almacena o es inactivada por el sistema digestivo. La histamina aumenta la producción de pepsinógeno y factor intrínseco, este neurotransmisor es el mediador principal de la secreción ácida, esto por la estimulación de los receptores de H₂ (Páez et al., 1996).

2.2.5 Somatostatina

Es una hormona proteica la cual es producida por las células delta del páncreas, a nivel hipotalámico, y endócrinamente en la mucosa gastrointestinal. Esta hormona está conformada por varios péptidos; por otro lado, la secreción es regulada por los altos niveles de glucosa, aminoácidos, glucagón. La función principal a nivel gastrointestinal es inhibir la secreción de diversas células como lo son las encargadas de la secreción de saliva, secreción de hormonas gastrointestinales entre ellas, la gastrina, secretina, insulina, glucagón y pepsina.

Cuando hay deficiencia o exceso de la misma va a producir un trastorno en el metabolismo (Costanzo, 2014).

2.2.6 Ácido clorhídrico

Es conocido también como HCl, se caracteriza por ser un líquido claro, el cual es liberado una vez que se ingieren los alimentos, tiene como función descomponer los alimentos que llegan al estómago, y favorecer la liberación de enzimas las cuales ayudan en la digestión, principalmente en la de las proteínas, este las va a desnaturalizar, activando el cambio de pepsinógeno en pepsina. Otra función muy importante que también tiene es que protege contra enfermedades ya que mata los patógenos que se encuentran normalmente en los alimentos. El ácido clorhídrico se encuentra de manera natural en los jugos gástricos del estómago (Valdivia, 2011).

2.2.7 Ácido gástrico

Se denomina como ácido gástrico al conjunto de jugos gástricos, los cuales contienen principalmente cloruro de potasio (KCl) y cloruro de sodio (NaCl), el

ácido clorhídrico al ser altamente corrosivo conforma los jugos gástricos, pero en pequeña cantidad aproximadamente un 5%. Además de una serie de enzimas importantes para la digestión como lo son la pepsina, gastrina y la lipasa. El pH de ácido gástrico es alrededor de 1 a 2, lo cual quiere decir que es un pH muy bajo. La mucosa gástrica produce alrededor de 2 a 3 litros de estos jugos (Rodríguez, 2010).

2.2.8 Glándulas gástricas

Estas se encuentran en pequeñas cavidades de la mucosa gástrica, tienen forma alargada y están conformadas por varios tipos de células, entre ellas:

- a. Células superficiales:** además de las células mucosa, estas segregan mucosa protectora.
- b. Células principales:** estas células están compuestas por los pepsinógeno, los cuales son los precursores inactivos de la pepsina. Estos se activan al contacto de los ácidos, de manera tal que evita la destrucción de las glándulas gástricas.
- c. Glándulas parietales:** son las encargadas de producir los jugos gástricos y el factor intrínseco, este último se une con la vitamina B12 para que la misma pueda ser absorbida adecuadamente (Fábregas, 2017).

2.2.9 Reguladores hormonales del aparato digestivo

Estos se producen y liberan a partir de las células de la mucosa. Mediante un proceso en el que interviene la sangre que pasa por el aparato digestivo, luego va

al corazón, y este mecanismo al realizarse de manera constante, va a estimular la producción de los jugos digestivos. Entre estas hormonas se encuentran:

- a. **Gastrina:** Es una hormona polipeptídica, la cual tiene gran importancia a nivel digestivo, es el principal agente regulador de la secreción ácida en el estómago. Esto debido a que la gastrina estimula la secreción de HCl, facilita, la movilidad gastrointestinal, la producción de factor intrínseco, la producción de la secretina y del pepsinógeno, el cual se convierte en pepsina en condiciones de bajo pH.

La gastrina es secretada por una serie de estímulos, entre ellos el alcohol, la cafeína y la estimulación vagal, por la distensión antral y por la existencia de proteínas pre digeridas. Dicha hormona deja de liberarse en la presencia de ácido, como el ácido clorhídrico y por la acción de hormonas como la somatostatina, secretina, entre otras. Es importante para obtener la secreción máxima de esta hormona un pH de 5 a 7 siendo este el ideal (Rodríguez, 2010).

- b. **Secretina:** producida por el páncreas, es un jugo rico en bicarbonato; la misma ayuda a la producción de pepsina y en el hígado favorece que se produzca la bilis (Intriago, 2014).
- c. **Colecistoquinina:** ayuda al aumento del páncreas y que se produzcan las enzimas del jugo pancreático, también hace que la vesícula biliar se vacíe. No se encuentra directamente en el estómago sino, más bien en el duodeno, se segrega como respuesta a la grasa presente del quimo (Miján, 2004).

- d. **Péptido inhibidor gástrico:** también se encuentra en el duodeno, sin embargo, disminuye el movimiento en el estómago, esto para aumentar el tiempo en que se produzca el vaciamiento gástrico. Además, favorece a la secreción de insulina (Salazar, 2013).
- e. **Péptido inhibidor vasoactivo:** se origina en el duodeno, y esta no interviene a nivel del estómago, ya que estimula la producción de enzimas del páncreas y de bilis en la vesícula (Miján, 2004).

2.2.10 Enzimas digestivas

Entre las enzimas importantes que afectan directamente la digestión y que se encuentran en mayor o menor cantidad en el estómago son:

- a. **Pepsina:** Como ya se ha mencionado anteriormente la pepsina es una enzima encargada de degradar las proteínas presentes en los alimentos, se segrega por las células de la mucosa gástrica, y se libera en forma de pepsinógeno. El pepsinógeno al estar en contacto con el ácido clorhídrico del estómago, lo descompone en pepsina, esta actúa y produce polipéptidos y aminoácidos, entre ellos fenilalanina, triptófano y tirosina, sin embargo, no llega a degradarlos por completo. Y como todos los componentes presentes en el estómago es necesario un pH sumamente bajo de 1 a 2 (Fábregas, 2017).
- b. **Gastrina:** La cual tiene doble función como hormona y enzima.

- c. **Lipasa:** enzima encargada de la digestión de las grasas presentes en los alimentos. Esta lo que facilita es la hidrólisis de triacilglicerol a glicerol y ácidos grasos libres (Costanzo, 2014).

2.2.11 pH

Existe una gran relación entre el pH presente en el estómago, y el funcionamiento adecuado del mismo es por esto, que es de suma importancia conocer los tipos de pH que se pueden encontrar, el pH se mide de acuerdo a una escala del 0 al 14.

Los tres tipos de pH son:

- a. **pH Acido:** se ubican todos los valores menores a 7. Un pH por debajo de 5, se considera ya como extremadamente ácido.
- b. **pH Neutro:** lo que se encuentre en el rango o valor de 7.
- c. **pH Básico o alcalino:** lo superior al valor de 7, pero se considera que mayor al nivel de 8 es sumamente básico.

La mayoría de enzimas digestivas son sumamente sensibles al pH, y en un pH tan bajo como el del estómago no funcionan (Enciclopedia Salud, 2010).

2.2.12 Gastritis

Esta patología se puede definir de manera general como un conjunto de alteraciones digestivas de tipo inflamatorio, presentes en la capa externa del estómago, conocida como mucosa. Dicha enfermedad, se encuentra dentro de las primeras veinte enfermedades que puede afectar de gran manera a la población entre los 25 a 44 años. Sin embargo, se puede presentar y ser diagnosticada en cualquier etapa de la vida (Mariño et al., 2014).

La gastritis etiológicamente es multifactorial, esto quiere decir que pueden intervenir múltiples factores ya sean exógenos o endógenos (Fernández, 2002).

Entre los factores de riesgo, para que se desarrolle esta patología se encuentran hábitos alimentarios inadecuados (alimentos excesivamente grasosos, muy condimentados, picantes), así como, el abuso de analgésicos (Ácido Acetil Salicílico, Piroxicam, Indometacina, etc.) o infección por *H. pylori*, estos factores dan origen a la inflamación mucosa gástrica (Barreto & Vélez, 2014).

Los síntomas varían grandemente de una persona a otra, incluso aunque estén diagnosticados con el mismo grado de evolución de la patología. Existe una serie de síntomas que se consideran son los más comunes entre estos el dolor o malestar estomacal, eructos, hemorragia abdominal, náuseas, vómitos, sensación de plenitud (Otero, 2010).

El diagnóstico depende del tipo de gastritis que presente el individuo o bien la sintomatología, es sumamente importante ya que en algunas ocasiones el término de gastritis es utilizado erróneamente y a cualquier persona que presenta alguno de los síntomas anteriormente mencionados se le diagnostica dicha patología.

El diagnóstico de la gastritis es histológico, lo cual quiere decir que se debe realizar una gastroscopía y obtener una muestra de la mucosa gástrica mediante biopsia para que sea analizada. Con base a lo anterior el diagnóstico no es únicamente clínico (se basa en la sintomatología de la persona) sino, que es necesario la realizar pruebas invasivas (gastroscopía y biopsia) para confirmar y obtener un diagnóstico acertado (Valdivia, 2011).

En cuanto el tratamiento, se basa en antiácidos, los medicamentos que ayudan a disminuir la acidez en el estómago, y de esta manera alivian los síntomas y favorecer la recuperación pared gástrica. Además del tratamiento farmacológico, los individuos deberán cambiar el tipo de alimentación, esto para evitar que la presencia de los síntomas sea frecuente (Arismendi-Morillo et al., 2013).

En la literatura se pueden encontrar diversos tipos de clasificaciones de dicha enfermedad, pero, la más adecuada clasificación aun siendo la más general es: gastritis aguda, gastritis crónica, y gastritis erosiva, ya que esta clasificación toma en cuenta, el tiempo que permanecen los síntomas en el individuo, así como las causas y el grado de evolución que tiene la misma (Crisanto, 2014).

2.2.12.1 Gastritis Aguda: También conocida como gastritis aguda erosiva o hemorrágica, inicia como una lesión leve a nivel epitelial. Puede subclasificarse como gastritis aguda exógena o gastritis irritativa, las mismas pueden ser provocadas por distintos tipos de agentes irritantes entre ellos: químicos, térmicos, mecánicos o bacterianos, que una vez ingeridos producen la patología.

Entre las principales causas se encuentran la ingesta de alimentos y bebidas en temperaturas extremas, el consumo de: picantes, salsas altamente condimentadas, especias naturales entre ellas la pimienta y la mostaza; así como consecuencia de la acción directa de fármacos antiinflamatorios no esteroideos (Martínez, 2003).

Además, dentro de la gastritis aguda se puede encontrar la gastritis corrosiva, por ingestión de algún tipo de químico, gastritis alérgica, por origen alimentario, bacteriano o químico, esta última por una hipersensibilidad de la mucosa gástrica. El estrés, es un motivo por el cual dicha patología puede presentarse en un tiempo específico y determinado ya que provoca una disminución del flujo sanguíneo (Martínez, 2003).

Los episodios en los cuales el individuo va a presentar los síntomas, son poco constantes, en algunos casos las personas no perciben las molestias fácilmente y al transcurrir las horas las mismas desaparecen por si solas. Entre los síntomas se encuentran ardor, dolor en el epigastrio, náuseas y vómitos (De Pardo Ghetti & Marcelle, 2013).

2.2.12.2 Gastritis Erosiva: Este tipo de gastritis puede ser aguda o crónica, en el caso de ser aguda no causa inflamación importante a nivel del revestimiento del estómago, sin embargo, si ya se encuentra en el estado crónico la inflamación en la capa gástrica es importante. Puede causar principalmente sangrado, erosiones y úlceras (Arismendi-Morillo et al., 2013).

2.2.12.3 Gastritis Crónica: Es una inflamación de la mucosa gástrica, la cual se ubica principalmente en la porción superficial y glandular de la misma, esto con una distribución irregular ya que es en forma de parches. Al ser un tipo de inflamación que ha estado presente por largo tiempo, es que se le denomina gastritis crónica, por lo tanto, es una enfermedad progresiva la cual inicia como una gastritis superficial y si no es controlada a tiempo, puede terminar en atrofia gástrica

irreversible. Se caracteriza por presentar lesiones histológicas crónicas (Noriega, 2011).

2.2.12.3.1 Factores que influyen en el desarrollo de la gastritis crónica:

Existen un sin fin de factores que desencadenan dicha patología, se puede agrupar en cuatro grupos principales de factores los infecciosos, irritantes químicos, inmunológicos y genéticos (Otero, 2010).

- En los factores irritantes se encuentran el consumo excesivo de alcohol, café y picantes, entre otros; el fumado, uso prolongado de medicamentos antiinflamatorios no esteroideos (AINES), así mismo por la alcalinización del pH intragástrico esto por presencia de bilis (Campos, 2012).
- Dentro del grupo de infecciosos el factor principal es debido a infecciones bacterianas por *H. pylori*; en el grupo de factores inmunológicos, se encuentra enfermedades específicas entre ellas la anemia megaloblástica (perniciosa), y enfermedades autoinmunológicas. También puede ser causada por reflujo biliar crónico y por estrés psicológico (Campos, 2012).

En cuanto al sexo del individuo no hay estudios que aborden este campo específico, sin embargo, en la mayoría de los casos es más frecuente encontrar gastritis crónica en hombres que en mujeres. Y a pesar de existir diversas causas por las cuales puede una persona padecer de esta enfermedad, en la mayor parte de los casos (80%) la causa es infecciosa debido a la bacteria *H. pylori*, la segunda causa principal no está totalmente determinada ya que es igual de

probable que sea debido a una enfermedad inmunitaria o bien a causa de estrés, este último conforme pasa el tiempo va tomando más fuerza para posicionarse en ser la segunda causa por la cual se genera dicha enfermedad (Valdivia, 2011).

2.2.12.3.2 Clasificación de la gastritis crónica:

En cuanto a la clasificación de esta patología hay diversas formas, ya que algunos se basan de acuerdo a la localización (gastritis fúndica o tipo A, gastritis antral o tipo B, y en el caso de que afecte ambas zonas se denomina pangastritis o tipo AB), y también existe la clasificación de acuerdo a la causa principal que lo provoca. Entre todo lo que se puede encontrar en la literatura hay dos tipos específicos de gastritis crónica, en la que la mayoría coinciden, en gastritis crónica tipo A y gastritis crónica tipo B, también, hay una tercera clasificación que si es denominada de distintas maneras, pero, con un mismo tipo de definición, se trata de la gastritis crónica especial o no específica, esta última que sin estar estipulada como oficial, lo que busca es tomar en cuenta los distintos diagnósticos y causas que pueden generar dicha enfermedad (Fábregas, 2017).

a. Gastritis crónica autoinmune:

También conocida como gastritis crónica tipo A, o gastritis crónica inmune esto debido a que se ve implicadas alteraciones inmunológicas. Este tipo de gastritis se caracteriza por una inflamación y cuando ya está más avanzado el estadio se presenta atrofia de la mucosa, que se va a ubicar principalmente en el fondo y cuerpo porciones superior y media del estómago, destruyéndose por un mecanismo inmune las células parietales (Sierra, 2002).

Así mismo, se produce hipoclorhidria (disminución de la acidez normal del jugo gástrico) que condiciona una importante hipergastrinemia (aumento en los niveles de gastrina en sangre) generando un aumento anormal o hiperplasia de las células G antrales, estas células endocrinas son las encargadas de segregar gastrina, y péptidos, y estos son los que inducen la secreción del ácido gástrico; dicho aumento anormal si no es controlado a tiempo puede transformarse en tumores carcinoides. Este tipo de gastritis predispone a un mayor riesgo de desarrollar cáncer de estómago (adenocarcinoma) (Fábregas, 2017).

Como resultado de la destrucción de células parietales, se produce también una disminución de la secreción de factor intrínseco, que en ocasiones desencadena en anemia perniciosa esto por el déficit de vitamina B12 (Fernández, 2002).

Según un estudio realizado por Martínez (2003), el 90% de los pacientes con gastritis atrófica tipo A, presentan anemia perniciosa, esto por los anticuerpos anti célula parietal, y un 40% presenta anticuerpos anti factor intrínseco, entre ambas razones a pesar de ser un porcentaje mayor los pacientes con anemia perniciosa, los que tienen un déficit del factor intrínseco son más los específicos.

La gastritis auto inmunitaria es responsable del 10% de los casos con gastritis crónica, aunque, es la principal causa para desarrollar atrofia en dicho órgano, como ya se mencionó anteriormente se da como consecuencia de una respuesta inflamatoria en contra de las células parietales, pero, conforme avanza la enfermedad, hay afectación de las otras células principales

gástricas, y en algunos casos provoca la disminución de la producción de pepsinógeno (Morado & Paz, 2011).

b. Gastritis crónica por *Helicobacter pylori*:

Este tipo de gastritis es causado por la bacteria *H. pylori*, primeramente, es importante mencionar en que consiste dicho microorganismo.

- *H. pylori* es un bacilo gram negativo, el cual fue descubierto en 1982 por Warren y Marshall. Muchos estudios epidemiológicos han revelado una fuerte asociación entre la infección por *H. pylori* y el desarrollo del cáncer gástrico. Dicho bacilo se encarga de colonizar el estómago y es la principal causa de gastritis crónica, úlceras pépticas y uno de los principales factores de riesgo para la aparición de cáncer gástrico (Castellanos & Rosquete, 2012).

La Organización Mundial de la Salud (1994), lo clasificó como un carcinógeno tipo I.

Según una serie de estudios, realizados por Ramírez & Sánchez (2008), se ha concluido que los pacientes positivos con *H. pylori* tienen mayor riesgo de desarrollar cáncer gástrico. Ya que un 95% de los pacientes con cáncer gástrico arrojan resultados positivos debido a la infección causada por el mismo.

Existen dos métodos para detectar la infección por esta bacteria, los invasivos por medio de histología, o también se puede utilizar el test de ureasa, técnicas de biología molecular o cultivos de *H. pylori*. Los métodos no invasivos incluyen la serología, test de saliva y orina, prueba del aliento, test de

antígenos en heces, entre otros. Cabe rescatar que en nuestro país no se realizan específicamente estos test, si no se basan más que todo por medio de biopsia o histología (Miranda et al., 1998).

La mayoría de estudios coinciden que la terapia de erradicación de *H. pylori*, evita la evolución de las lesiones pre cancerosas en un grupo significativo de pacientes. Así mismo, la evidencia indica que la terapia es más efectiva en los pacientes con lesiones en estadios iniciales y no severos. La bilis tiene un efecto supresor para el crecimiento del *H. pylori* y tiene el potencial de erradicar el microorganismo en pacientes con gastrectomía subtotal (Fallas, 2009).

Múltiples estudios han demostrado una relación entre la infección del estómago por el *H. pylori* y el desarrollo de un linfoma gástrico a mediano plazo. Aproximadamente entre el 60 a 80% de casos de adenocarcinoma del estómago distal son atribuidos a la infección por *H. pylori* (Arismendi-Morillo et al., 2013).

No obstante, en algunos casos el desarrollo hasta linfoma no llega, esto debido a que intervienen una serie de factores entre ellos: los genéticos, ambientales, bacterianos, alimentarios, etc. Principalmente intervienen los factores ambientales, bacterianos y del huésped, este último es el encargado de la respuesta inflamatoria, y de determinar la evolución natural de la infección (Martínez, 2003).

Existen diversas cepas bacterianas, cada una con diferentes mecanismos de virulencia, esto por que poseen un sinfín de factores de adhesión, toxinas, enzimas, etc. Estos factores de virulencia son los que le permiten adaptarse al

medio gástrico y causar un daño continuo en las células del estómago (Otero, 2010).

Las vías de transmisión son: fecal-oral, oral-oral, gastro-oral. El mecanismo de infección es diferente en todos los casos, pero, si coinciden en que todos los pacientes infectados desarrollan gastritis crónica, aunque no todos generan sintomatología, ya que algunas personas no se dan cuenta de que tienen dicha enfermedad esto debido a que son asintomáticos (Ramírez & Sánchez, 2008).

En cuanto al tratamiento específico para esta bacteria es sumamente complejo, esto por la resistencia bacteriana a los antibióticos (Castellanos & Rosquete, 2012).

El *H. pylori* causa un incremento en la proliferación celular y un daño importante en el ADN, por lo cual disminuye los potenciales factores protectores como la vitamina C en la secreción gástrica. Existe una estrecha relación entre la inflamación crónica y la reacción inmunitaria a *H. Pylori* (Ramírez & Sánchez, 2008).

Por lo tanto, la gastritis crónica por *H. pylori*, también conocida como gastritis crónica tipo B, es la más frecuente; cuando se inició el estudio de esta patología producida por dicha bacteria, era usual únicamente ubicarla en el antro, en la actualidad se puede encontrar de igual manera en el antro, cuerpo y fondo (Campos, 2012).

De acuerdo con un estudio realizado, se menciona que, al superar los 70 años, la posibilidad de que la población desarrolle este tipo de gastritis es de un 90% aproximadamente, esto debido al tipo de alimentación de la población, así como el incremento en el consumo de medicamentos y patologías

asociadas. También menciona que en la población joven es más común ubicar dicha patología en la parte antral, y en los adultos mayores en todo el órgano esto ya que va evolucionando progresivamente. Suele causar un poco de hipoclorhidria y el nivel de gastrina en estos pacientes es muy variado, pero en la mayoría de los casos se encuentra en el rango normal (Fallas, 2009).

Una característica muy específica de este tipo de gastritis, es que en la mayoría de los casos los pacientes no presentan síntomas, y a la hora de realizar la gastroscopia en algunos veces no se muestra una alteración clara de la mucosa, es por esto que se debe realizar una biopsia de la mucosa gástrica en el caso de diagnosticar a una persona con gastritis crónica para determinar en si cual es la causa de dicha patología (Valdivia, 2011).

En los pacientes que, si muestran cambios notables a la hora de realizar el estudio de la mucosa, lo que se puede observar es una zona eritematosa o bien una zona con puntillado marrón que corresponde a sangre digerida.

Entre los cambios morfológicos más importantes, está el abundante infiltrado en la lámina gástrica, conformado principalmente por linfocitos (leucocitos de menor tamaño), plasmocitos (encargados de secreción de anticuerpos) y neutrófilos (glóbulos blancos, con función principal fagocitosis de bacterias y hongos). La lámina también puede mostrarse edematosa, lo que puede provocar una importante pérdida de la arquitectura glandular normal. Otro cambio importante es la formación de nódulos linfáticos en la mucosa (Morado & Paz, 2011).

Los pacientes con gastritis antral únicamente tienen más posibilidades de desarrollar úlceras duodenales subsiguientes, que aquellos con pangastritis,

sobre todo si es acompañada de atrofia y metaplasia intestinal, por lo cual hay probabilidad de úlceras gástricas y adenocarcinoma (Campos, 2012).

c. Gastritis crónica especial o no específica:

Este tipo de gastritis no es tan conocido o utilizado como clasificación oficial esto porque el mismo abarca un sinnúmero de causas por las cuales puede estar presente la patología. Entre las causas que se pueden encontrar son químicas, esto por consecuencia a la radioterapia; también cuando la gastritis crónica es debido a una enfermedad principal como Crohn, enfermedad celíaca, alergia a alimentos o enfermedades infecciosas, entre otras. En esta clasificación también se encuentra la gastritis producida por el consumo excesivo de medicamentos y la que proviene del estrés (Otero, 2010).

2.2.12.3.3 Sintomatología:

En cuanto a las molestias o síntomas que se pueden manifestar, esta es la característica más compleja por distintos motivos primeramente en cualquier estadio que se encuentre la gastritis ya sea aguda o crónica los síntomas son prácticamente que iguales; por otro lado, los síntomas propios de esta patología se pueden confundir con otro tipo de trastornos o enfermedades, y también dicha enfermedad en algunos pacientes puede considerarse asintomática (Valdivia, 2011).

Existen una serie de síntomas que son los más comunes, sin embargo, cada persona puede presentar los mismos o no, incluso, algún síntoma que no se

tiene establecido que se manifieste en dicha patología perfectamente un paciente lo puede presentar. Es por esta particularidad que es tan complejo tanto el diagnóstico, como el tratamiento (Martínez, 2003).

Los síntomas más frecuentes son malestar en el estómago, dolor en el epigastrio, eructos, náuseas, vómitos, pérdida del apetito, aerofagia, sensación de llenura, ardor abdominal, acidez o pirosis, hinchazón, gases, sabor ácido en la boca, mal aliento, pérdida de peso, hemorragia abdominal, por lo que desencadena en presencia de sangre en el vómito o en las heces (Otero, 2010).

2.2.12.3.4 Diagnóstico:

Como ya se mencionó anteriormente el diagnóstico de esta patología es complejo, es por esto que la manera correcta de diagnosticar es mediante tres mecanismos o procesos:

a. Gastroscopía:

Este proceso consiste en una exploración que permite la visualización directa de la parte alta del tubo digestivo (esófago, estómago y duodeno), utilizando un tubo flexible delgado. Este proceso se realiza con el objetivo de visualizar los signos característicos de la inflamación de la mucosa, principalmente en sus pliegues, y el enrojecimiento de los mismos. Existen métodos de detención rápida para identificar la presencia de *H. Pylori* durante la realización de la gastroscopía (Miranda, 2008).

b. Histológico:

Esto por medio de una muestra la cual se obtiene en la gastroscopía, este estudio lo que arroja es la morfología de la gastritis y si hay o no presencia de *H. pylori*. En cuanto a la presencia de esta bacteria, también existen una serie de exámenes específicos para detectar a la misma (Miranda, 2008).

c. Conteo sanguíneo completo:

Es importante también para complementar un buen diagnóstico, realizar dicho examen, con el fin de descartar la presencia de anemia (De Pardo Ghetti & Marcelle, 2013).

Al realizar estos tres procesos, también se busca realizar un diagnóstico diferencial con otras enfermedades como lo son la úlcera duodenal, la hernia de hiato, la pancreatitis crónica, o el síndrome de intestino irritable, esto más que todo porque comparten mismo el tipo de sintomatología (Morado & Paz, 2011).

En el caso de la gastritis crónica, en el estadio de atrofia gástrica, es conveniente determinar los niveles de gastrina sérica (Valdivia, 2011).

2.2.12.3.5 Tratamiento

En cuanto al tratamiento, este depende más que todo de la causa de la patología y la sintomatología presente en el paciente. Es sumamente importante individualizar el tratamiento, ya que el tipo y la duración del mismo no siempre coinciden con de otros pacientes aun teniendo el mismo diagnóstico (Fallas, 2009).

En el caso de los pacientes asintomáticos, este proceso no siempre se lleva a cabo de manera satisfactoria ya que, al no sentir molestias, aunque se les brinde un tratamiento específico y se le manifieste al paciente la importancia de controlar la evolución de la patología, según una serie de estudios, se ha confirmado que no es efectivo ya que las personas no lo utilizan (Miranda et al., 1998).

El tratamiento se basa en dos aspectos específicos a nivel farmacológico y a nivel dietético, los mismos deben correlacionarse para brindar mayor calidad de vida a las personas diagnosticadas (Fábregas, 2017).

2.2.12.3.3.1 Farmacológico:

El tratamiento farmacológico es sumamente variado, ya que depende de los factores mencionados, así como del criterio del especialista, entre los fármacos más utilizados para el control de esta patología se encuentran:

a. Antiácidos:

Son los encargados de reducir el ardor estomacal, esto mediante una reacción química que neutraliza y regula la producción de ácido, dando como resultado la disminución de los ácidos del estómago.

Esto se logra mediante una serie de sustancias alcalinas (sales básicas magnesio, calcio y aluminio con iones de hidróxido o bicarbonato), los cuales al combinarse generan grandes beneficios en la sintomatología de los pacientes.

Suelen ser los de acción más rápida para aliviar las molestias, pero, tienen un efecto por corto o mediano plazo (Patiño, 2008).

Este es uno de los medicamentos más utilizados para tratar la gastritis, existen diversos nombres de cómo se pueden encontrar en el mercado, sin embargo, su principio farmacológico es el mismo. Como todo medicamento tiene efecto secundario y si bien no es una norma de que a todas las personas que lo consuman vayan a presentar estos efectos, si es importante tomarlos en cuenta, algunos efectos son diarrea o estreñimiento (Campos, 2012).

b. Bloqueadores de H2:

Los bloqueadores de Histamina o antagonistas de receptores de Histamina, tienen como función disminuir la producción de ácido en el estómago, este fármaco no actúa sobre la acidez presente como lo hace un antiácido, lo que busca es disminuir la sensación de ardor que se siente en la boca del estómago, y previene o retarda la evolución de úlceras gástricas (Fernández, 2008).

Su efecto es un poco más retardado en comparación con los antiácidos, este es a mediano o largo plazo, sin embargo, su repercusión en el paciente puede durar hasta más de un día (Rang & Dale, 2012).

Este tipo de medicamentos es más frecuente que se suministre en las primeras horas del día, antes de que vaya a ingerir cualquier tipo de alimento. Los bloqueadores H2, más utilizados son la *Famotidina*, *Cimetidina*, *Ranitidina*, los cuales en el mercado se pueden encontrar con estos nombres o bien con otros según la casa comercial (Fernández, 2008).

c. Inhibidores de la bomba de protones (IBP):

Es uno de los fármacos más utilizados no solo para combatir la acidez y la gastritis crónica, si no para tratar el reflujo gástrico y las úlceras. Su función es similar a la de los bloqueadores de H₂, disminuir la producción de ácido, lo que varía es que utiliza un mecanismo distinto (Molina & Pérez, 2012).

En comparación a los bloqueadores su efecto puede llegar a ser hasta tres veces más prolongado motivo por el cual está siendo más recomendado para tratar esta patología, sobre todo si hay infección por *H. Pylori*. Este medicamento mejora de gran manera la digestión y favorece la cicatrización de las úlceras producidas por la gastritis. Es importante tomar en cuenta que la disminución en la producción de ácido que se obtiene por los inhibidores de la bomba de protones es más eficaz, que la producida por los bloqueadores H₂. A pesar de obtenerse tantos beneficios de este medicamento, se recomienda combinarse con otros fármacos ya que por sí solo no es suficiente para curar una gastritis (Patiño, 2008).

Al igual que los bloqueadores se debe consumir un tiempo antes de la ingesta de alimentos o bebidas, entre los IBP más utilizados se encuentran el *Omeprazol*, *Esomeprazol*, *Lansoprazol*, *Pantoprazol*, entre otros (Patiño, 2008).

d. Antibióticos:

Este tipo de medicamentos, son los que menos coinciden entre un paciente y otro, ya que este si se basa principalmente en la causa por la cual se origina la patología. Los antibióticos como la *Claritromicina* y la *Amoxicilina* son medicamentos recetados cuando se trata de gastritis crónica por la presencia de la *H. pylori*, y el objetivo es eliminar la infección (Molina & Pérez, 2012).

El tiempo que dura la persona con tratamiento, los beneficios, así como, los efectos secundarios que tenga un medicamento dependen del organismo de cada individuo. Es importante rescatar, que en el caso de que el paciente presente anemia por bajos niveles de hierro, se debe suministrar suplementos del mismo al paciente. Y cuando los niveles de vitamina B12 se encuentre bajos, también se debe administrar de forma periódica, por vía parenteral (Fernández, 2008).

Así mismo, se deben suspender los medicamentos que se conocen que pueden causar gastritis como lo son los antiinflamatorios ya que estos tienden a irritar de gran manera la mucosa gástrica (Fernández, 2008).

2.2.12.3.3.2 Dietético:

El tratamiento dietético es fundamental para obtener mejoras a nivel de la sintomatología, este es el tratamiento principal que de por vida una persona con esta patología debe mantener.

Al igual que el tratamiento farmacológico, depende de cada individuo y la tolerancia que tienen hacia ciertos alimentos. Esto porque en muchos casos, los alimentos que benefician a una persona el no consumirlos porque le genera malestares, en otras personas al consumirlos pasa inadvertido (Franco, 2013).

En parámetros generales, los alimentos que se deben evitar son los alimentos que son considerados como irritantes entre ellos, las grasas, salsas, picantes, especias, comidas muy grasosas, bebidas carbonatadas, tabaco, alcohol, frituras. También se recomienda realizar entre cinco a seis tiempos de comida, para favorecer el control de la sintomatología (Sánchez, 2013).

Según Montero (2010), una ingesta adecuada y suficiente de alimentos protectores como los cereales, vegetales, algunos tipos de frutas, va a evitar una rápida evolución en cuanto a los estadios de la patología, esto porque dichos alimentos ejercen una acción protectora sobre la mucosa. Si bien es cierto, estos alimentos protectores se relacionan directamente con la prevención del cáncer, al ser la gastritis crónica una de las causas principales de la aparición de cáncer gástrico, hace que sea de gran interés e importancia conocer cuáles todo lo relacionado con los mismos.

Estos alimentos se definen como protectores por la composición que tienen, ya que a la hora de consumirlos aportan al individuo: fibra y vitaminas. Entre las vitaminas están la vitamina A y carotenos, vitamina C o ácido ascórbico, vitamina E, vitamina D.

Los minerales son: Selenio, Zinc, Ácido fólico, Niacina y en algunos casos poseen agentes fotoquímicos.

A la fibra se le atribuye que acelera el tránsito gastrointestinal, lo que disminuye el tiempo que los agentes irritantes van estar en contacto con el tejido gastrointestinal, además posee un mecanismo de secuestro de metabolitos potencialmente cancerígenos (Sociedad Española de Oncología Médica, 2014).

En lo que se refiere a las vitaminas de manera general, en los últimos estudios realizados se han encontrado resultados que mencionan que algunos tipos de tumores utilizan las vitaminas para crecer y evolucionar. La vitamina A, tiene efecto protector de los epitelios, piel y mucosas principalmente, esto porque interviene en la barrera de defensa inmunológica de las estructuras mencionadas; también al poseer betacarotenos estos actúan atrapando los radicales libres, aumentando de esta manera el efecto protector. La vitamina C, tiene gran relación con la prevención del cáncer principalmente a nivel gastrointestinal, esto porque dicha vitamina cuenta con propiedades antioxidantes, también inhibe la formación de nitrosaminas (compuesto orgánico producto de la reacción de una amina con nitritos, esto en un medio ácido) (Food and Agriculture Organization, 2014).

La vitamina E y el Selenio se consideran que en conjunto realizan mayor beneficio en el organismo, esto debido a que protegen las células de la oxidación, y de esta manera neutralizan los agentes cancerígenos que actúan sobre los cromosomas.

La vitamina D se asocia con la ingesta de Calcio, existe una relación entre la ingesta adecuada de leche y Calcio, con la disminución en el riesgo de aparición de cáncer de colon, esto por un mecanismo en el que el Calcio se une con los

ácidos grasos y de esta manera atrapa los metabolitos carcinogénicos (Food and Agriculture Organization, 2014).

El Zinc al unirse con las vitaminas A, C y E favorecen a la prevención de cáncer, aún se están realizando estudios de la relación de bajos niveles de Zinc con un aumento en el índice de tumores producidos por las nitrosaminas. En cuanto al ácido fólico, hay estudios que mencionan que una deficiencia del mismo en la alimentación de la persona favorece al desarrollo de tumores en el colon, hígado y cuello uterino. La Niacina o vitamina B3 tiene gran importancia como agente inhibidor de la degeneración celular. Por último, lo que se refiere a los agentes fitoquímicos evitan la activación de los oncogenes los cuales son los responsables del cáncer (Sociedad Española de Oncología Médica, 2014).

2.2.13 Hábitos Alimentarios

Los hábitos alimentarios se pueden definir como el comportamiento o costumbres que se han adquirido a lo largo de la vida, los cuales están completamente relacionados con la alimentación. Dichas costumbres generan en los individuos beneficios o perjuicios en el organismo, los mismo van a depender meramente de la elección de cada persona a la hora de alimentarse, y sobre todo por cuanto tiempo mantengan ese tipo de alimentación. Los hábitos alimentarios tienden a pasar de generación en generación (Rodríguez R. et al., 2013).

2.2.13.1 Importancia de los hábitos alimentarios:

Los hábitos alimentarios como su nombre lo dicen se basa en la ingesta de alimentos; los alimentos son los encargados de proporcionar al organismo la energía y diversos nutrientes necesarios para el correcto funcionamiento del cuerpo, y de esta manera poder realizar las actividades cotidianas. Por otro lado, si la ingesta de alimento no es la adecuada se pueden desencadenar problemas graves en la salud de las personas, es por esto la importancia de concientizar en estos hábitos, porque no es solo comer por comer, sino más bien es alimentarse y conseguir un estado de bienestar óptimo tanto físico como mental (Cervera Burriel et al., 2013).

La ingesta de alimentos debe cubrir con las necesidades básicas individuales de cada persona, tomando en cuenta una serie de variables específicas como los son el sexo, la edad, si padece de alguna patología, o bien si realiza actividad física, entre otros (Fernández & Rodríguez, 2003).

La alimentación es uno de los pilares esenciales de la salud y el bienestar en una persona, es por esto que el tipo de costumbres determinan si a mediano o largo plazo pueden aparecer una serie de enfermedades como obesidad, diabetes, enfermedades cardiovasculares, hipertensión, anemia, osteoporosis e incluso diversos tipos de cáncer, hay estudios que estiman que alrededor del 30% de los diagnósticos de esta patología en la actualidad tienen relación directa con el tipo de alimentación de las personas (Rodríguez R. et al., 2013).

2.2.13.2 Factores que influyen en los hábitos alimentarios:

Si bien es cierto los hábitos están estrechamente relacionados con los gustos y preferencias de cada persona, hay ciertos factores que pueden modificar un poco dichas preferencias y dar como resultado la elección final de los alimentos. Entre estos factores se encuentran el lugar geográfico, el clima, la disponibilidad de alimentos, costumbres, experiencias con alimentos específicos, nivel de educación, capacidad de adquisición, forma de selección y preparación de los alimentos, así como, la hora específica del consumo y si los mismos se van a consumir de manera individual o en compañía de otras personas (Cervera Burriel et al., 2013).

2.2.13.3 Tipos de hábitos alimentarios

En cuanto a los tipos de hábitos se pueden mencionar dos grandes grupos:

a. Hábitos alimentarios adecuados o saludables:

Los hábitos alimentarios adecuados son los que se basan en la cantidad y calidad ideal de alimentos que se ingieren, con el fin de mantener el adecuado funcionamiento del organismo y un estado de salud óptimo. En otras es consumir alimentos que aporten todos los nutrientes esenciales (proteínas, carbohidratos, lípidos, vitaminas, minerales y agua). Para realmente tener hábitos alimentarios saludables es necesario conocer un poco que aporta cada alimento y en que se basa una alimentación adecuada, para de esta manera facilitar la selección de los mismos (Fernández & Rodríguez, 2003).

En los hábitos alimentarios de este tipo se deben contemplar todos los grupos de alimentos, esto para garantizar que la alimentación va a ser variada,

y lo más equilibrada posible; en otras palabras, la alimentación debe incluir cereales, legumbres, productos integrales, frutas, vegetales, hortalizas, productos de origen animal y sus derivados, grasas, y lácteos (Bourges, 1988).

En Costa Rica, se promueve un estilo de hábitos alimentarios que incluya todos los grupos alimentos, los cuales son lácteos, carnes y sustitutos cárnicos, grasas, azúcares, cereales, vegetales, frutas. La importancia de incorporar dichos grupos en la alimentación son los beneficios que se obtienen gracias a la cantidad de nutrientes que poseen (Ministerio de Salud de Costa Rica, 2011).

En el caso del grupo de cereales, aquí también van incluidos las leguminosas y verduras harinosas, es importante el consumo de este grupo alimenticio ya que son los encargados de proveer la energía necesaria para el correcto funcionamiento del organismo, así como para el desarrollo adecuado en las actividades diarias, este grupo aporta carbohidratos, proteína vegetal y fibra, algunos de los alimentos que se pueden encontrar en este grupo son arroz, pan, tortillas, pastas, frijoles, lentejas, papa, yuca, camote, plátano, etc. (Food and Agriculture Organization of the United Nations. FAO, 2014).

En el grupo de las frutas y en el de los vegetales, lo recomendado es que el consumo de cada uno sea de tres porciones aproximadamente, esto porque dichos alimentos son fuente principal de vitaminas, minerales, antioxidantes, los cuales son necesarios para un adecuado estado de salud y prevenir una serie de enfermedades futuras.

También son fuente de fibra, el consumo de esta genera una serie de beneficios en el organismo importantes, entre estos es que ayuda a la

disminución del colesterol en la sangre, hace que la absorción de azúcares sea un poco más lenta y evita el estreñimiento (Ministerio de Salud de Costa Rica, 2011).

En cuanto al grupo de lácteos y sus derivados, como el yogurt, son fuente esencial de proteína de buena calidad y calcio, importantes para la formación y mantener una estructura ósea adecuada y dientes sanos. Según algunos estudios se dice, que el consumo de lácteos y sus derivados durante los primeros veinte cinco años es fundamental para prevenir enfermedades como la osteoporosis, una patología que suele presentarse en etapas avanzadas (Ministerio de Salud de Costa Rica, 2011).

El consumo del grupo de carnes y sustitutos cárnicos, es esencial ya que son productos de origen animal, la cantidad de ingesta de estos debe ser moderada, son fuente principal de proteína de alta calidad, por lo cual facilita la construcción y reparación de los tejidos, además aporta grasa, vitaminas, zinc, hierro y calcio (Organización Mundial de la Salud, 2015).

En el grupo de las grasas y azúcares, son los dos grupos que su consumo debe ser cuidadoso y en pequeña cantidad, a pesar de que se obtienen beneficios a raíz de su consumo como lo es la energía y el correcto funcionamiento del organismo, se encuentran una serie de enfermedades que se pueden desencadenar si el consumo del mismo es descontrolado.

En el grupo de las grasas se encuentran el aguacate, aceites, natilla, mayonesa; y en el grupo de los azúcares, el azúcar, tapa de dulce, miel, jalea,

gaseosas, confites, entre otros (Food and Agriculture Organization of the United Nations. FAO, 2014).

Para mantener hábitos alimentarios saludables es necesario tener un consumo adecuado de sal, esto para prevenir el riesgo de hipertensión, y por ende enfermedades cardiovasculares (Organización Mundial de la Salud, 2015).

b. Hábitos alimentarios inadecuados o poco saludables:

Los hábitos alimentarios inadecuados, son todo lo contrario a los hábitos alimentarios adecuados, ya que estos tienden a no proporcionar la energía y los nutrientes necesarios para el organismo, ya sea, porque hay un déficit o bien un exceso de estos, por lo que puede desencadenar en un estado de salud deficiente y la aparición de enfermedades (Barragán & R, 2006).

2.2.13.4 Beneficios de tener hábitos alimentarios adecuados

Si bien es cierto que mantener buenos hábitos alimentarios no es fácil, porque hoy en día hay publicidad por otro lado que en la mayoría de los casos incita a consumir alimentos no adecuados, como lo son las comidas rápidas, es importante tomar en cuenta cuales son los grandes beneficios que se pueden obtener al mantener hábitos adecuados (Fernández & Rodríguez, 2003).

Entre los benéficos que se pueden obtener se encuentra, disminución de los niveles de estrés, control del peso, control en el estado de ánimo, evitando los

cambios de humor bruscos, control de la ansiedad, ya que todas las necesidades nutricionales están siendo cubiertas de manera adecuada, evita o retarda la aparición de ciertas enfermedades, y si es el caso de que la persona ya padezca de algún tipo de patología ayuda a prevenir complicaciones futuras, aumento en los niveles de energía (Barragán & R, 2006).

2.2.13.5 Consecuencias de tener hábitos alimentarios inadecuados

El alimentarse de manera inadecuada, trae consigo grandes consecuencias para la salud. Principalmente puede provocar el desarrollo de problemas a nivel del sistema circulatorio, desequilibrio en el peso ya sea por un déficit (malnutrición, anorexia, bulimia, desnutrición) o por exceso (sobrepeso, obesidad), enfermedades cardiovasculares, cansancio y falta de energía, envejecimiento precoz, problemas en el aparato digestivo (Bourges, 1988).

En otras palabras, el alimentarse mal equivale a perder salud, calidad de vida y esto con lleva a cortar los años de vida. La evolución para observar estos problemas en las personas que siguen estos hábitos inadecuados depende, principalmente del tiempo que duren practicándolos, es importante destacar que una persona puede practicar este tipo de hábitos, pero nunca es tarde para modificarlos, sin embargo, si estos cambios no se realizan a tiempo pueden ser irreversibles (Cervera Burriel et al., 2013).

CAPÍTULO III: MARCO METODOLÓGICO

3.1 TIPO DE INVESTIGACIÓN

La investigación sigue la tendencia de un enfoque cuantitativo, ya que se basa en una línea de orden de procesos que conlleva a mejorar la objetividad, al estudiar las diversas variables que tienen influencia en la sintomatología de los adultos diagnosticados con gastritis crónica. Además, el problema de investigación se encuentra delimitado por las variables específicas del tiempo, lugar, objeto de estudio, población y factores mencionados en el título, lo que permite que se oriente a la búsqueda de datos concretos. Así mismo este método de investigación, permite determinar un análisis de causa y efecto, analiza una realidad objetiva, y generaliza los resultados, con precisión, y un poco de predicción (Hernández, R; Fernández, C y Baptista, P. 2013).

La recolección de datos se fundamenta en medición, es decir, la obtención de los datos de las variables contempladas en el problema y, es llevada a cabo tras la implementación de procedimientos estandarizados los cuales permiten menor margen de error, al igual que la interpretación para el análisis y discusión de los resultados; los mismos siguen los lineamientos de un estudio transversal debido a que la información se recolecta en un tiempo en específico.

Según el tipo de análisis, es una investigación descriptiva esto porque se recolecta, ordena, analiza y representa los datos obtenidos describiéndolos apropiadamente en conjunto. Se indaga la incidencia de los niveles de una o más variables en la población, no hay manipulación de las mismas, ya que se observa y se describen tal como se presentan sin alterar su ambiente (Arias, 2012)

3.2 ÁREA DE ESTUDIO

La investigación se realiza en un centro de salud privado, ubicado en el área metropolitana, con la supervisión de un médico especialista en esta patología. En dicho centro acuden las personas por diversos motivos, ya sea para un diagnóstico inicial de la gastritis crónica, o bien para el tratamiento respectivo del mismo, y en algunos casos para el control de la evolución de la enfermedad.

En el caso de esta investigación, se interactúa únicamente con las personas que han sido diagnosticadas con gastritis crónica y acuden para control y tratamiento de dicha patología.

3.3 POBLACIÓN

A continuación, se detalla lo relacionado a la población con la que se eligió trabajar para realizar esta investigación.

Se realiza este estudio con la población total del centro de salud privado, la cual mediante los criterios de inclusión y exclusión que se mencionan más adelante, está conformada por 60 personas. Dichos pacientes de ambos sexos son diagnosticados con gastritis crónica, los cuales tienen un rango de edad entre los 18 a 39 años. Estos pacientes asisten a consulta en el centro de salud privado, durante el último cuatrimestre del año 2016 y los primeros dos meses del año 2017 y residen en el área metropolitana.

3.4 UNIDADES DE ANÁLISIS U OBJETOS DE ESTUDIO

El grupo en estudio corresponde a adultos con edades entre 18 y 39 años de edad, que acuden a un centro de salud privado en el área metropolitana. Se decide trabajar con personas de este rango de edad, ya que es donde los hábitos alimentarios se ven más alterados debido a que en esta etapa es donde las personas inician a adquirir más responsabilidades formales, tanto económicas, como profesionales y laborales, esto provoca que tengan menos tiempo para una buena alimentación, lo que al final del día pasa a un segundo plano. El rango máximo de edad se definió de 39 años, ya que después de esta edad, las personas tienen hábitos alimentarios, y costumbres muy arraigadas las cuales son ya propias de la población y su estilo de vida.

Se seleccionó la población de la gran área metropolitana, la cual es conformada por las siguientes provincias: San José, Alajuela, Cartago y Heredia, debido a que es la región más urbanizada, poblada y económicamente activa del país. Las unidades de análisis que se seleccionan para realizar el estudio corresponden a las personas diagnosticadas con gastritis crónica.

3.4.1 Criterios de inclusión para la selección de la población

- ✓ Adultos de ambos sexos.
- ✓ Personas con un diagnóstico emitido de al menos 1 mes.
- ✓ Personas que asistan de manera constante al centro de salud.
- ✓ Personas que sepan leer y escribir.

- ✓ Firmar el consentimiento informado respectivo.

3.4.2 Criterios de exclusión para la selección de la población

- ✓ Personas que no conozcan cómo se manifiesta la sintomatología de dicha patología en ellos.
- ✓ Presentar una patología que tenga similitud con la sintomatología de la gastritis.
- ✓ Consumir algún medicamento o medicamentos con una frecuencia diaria, que estos presenten como efectos secundarios síntomas similares a los de la gastritis crónica.
- ✓ Personas menores de 18 años y mayores a los 39 años.

Con base a los criterios de inclusión y exclusión detallados anteriormente, es que se define realizar la investigación con una población de 60 personas, las cuales deben cumplir a cabalidad con cada uno de los aspectos mencionados.

3.5 FUENTES DE INFORMACIÓN

- Fuentes primarias: es el instrumento que se le aplicó en forma completa, así como la observación directa a todos los pacientes diagnosticados con gastritis crónica, que acuden al centro de salud privado, en el área metropolitana, que cumplan con los criterios de inclusión y exclusión descritos anteriormente.

- Fuentes secundarias: corresponden a libros de consulta sobre el tema, artículos, revistas científicas y al centro de salud del área metropolitana que formaron parte de la investigación.

3.6 TÉCNICAS, EQUIPO E INSTRUMENTOS PARA RECOLECTAR DATOS

En este apartado se describen los métodos utilizados en cuanto a las técnicas de recolección, e instrumentos aplicados a la población para la obtención factible, viable y objetiva de los datos requeridos para el cumplimiento del objetivo general y específicos de la investigación, tomando en cuenta su respectiva valoración y análisis para la interpretación de los resultados. En dicho estudio el apartado de equipo no aplica.

3.6.1 Técnicas

En cuanto a las técnicas se utilizan dos métodos, el de entrevista y observación, para poder obtener la información necesaria para el desarrollo del estudio. En lo que se refiere al primer método, la entrevista se procede a realizar es de carácter estructurado, esto quiere decir, que hay una serie de preguntas concretas las cuales han sido establecidas con anterioridad y el investigador se basa en dicho documento como guía para recolectar la información. Y el segundo método el de observación es una fuente importante, ya que permite realizar una comparación de los datos obtenidos en la entrevista, con los observados y conseguidos en las intervenciones con el paciente.

3.6.2 Instrumentos

La recolección de datos se realiza mediante un cuestionario de aplicación a la población de pacientes que acuden al centro de salud privado en el área metropolitana y que cumplen con los criterios de inclusión y exclusión respectivos. Dicho cuestionario consta de preguntas cerradas y semiabiertas esto para obtener datos concisos con menor margen de error y procurar el mínimo porcentaje de sesgo al analizar la información recabada. En el cuestionario se pretende recolectar información pertinente relacionada con las características socio demográficas y la sintomatología, esta última se sub divide en sintomatología dolorosa y no dolorosa; además contempla el consumo de medicamentos con su frecuencia respectiva y hábitos alimentarios, de los pacientes.

La encuesta consta de tres grandes apartados: características socio demográficas, sintomatología y hábitos alimentarios, dichos apartados son mencionados a cada paciente esto con el fin de no provocar confusión y lograr alcanzar el objetivo de la mejor manera.

El primer apartado de características socio demográficas abarca lo relacionado a la edad, sexo, estado civil, grado académico y ocupación. En el segundo apartado la sintomatología dolorosa, se relaciona con lo que es el grado de dolor y molestias específicamente a nivel abdominal, en lo que se refiere a sintomatología no dolorosa, abarca los síntomas característicos de la patología en si como eructos, acides, hinchazón, gases, entre otros. También en dicho apartado se encuentra lo que describe el consumo de medicamentos.

Y en el último apartado se encuentra todo lo que se relaciona con los hábitos alimentarios ingesta de irritantes, frecuencia de estos, así como, el consumo de una serie de alimentos específicos que pueden según la literatura contrarrestar o bien aumentar la sintomatología de dicha patología.

Antes de realizar la encuesta a la población descrita, se realiza una prueba piloto a un grupo homólogo, tomando una población de 10 personas, se ejecuta la encuesta planteada para corroborar que la forma en la que se presenta es útil y permite viabilidad para obtener los datos precisos en la población de estudio.

3.7 PROCEDIMIENTOS PARA RECOLECTAR LA INFORMACIÓN

En esta sección se describen las dos etapas que se llevaron a cabo para la recolección de datos, la primera de ellas es la etapa preliminar, la cual se realizó como una preparación anticipada de la implementación de la encuesta, y la segunda corresponde a la etapa de campo, en donde se realizó la encuesta y se recolectaron los resultados de la investigación.

3.7.1 Etapa preliminar

Inicialmente se solicitan todos los permisos necesarios para la elaboración de la investigación en el centro de salud pertinente, se lleva a cabo una visita en el horario establecido de atención, para coordinar con el médico especialista a cargo de la población específica, sobre cuáles son las fechas factibles y el horario en el cual se puede entrevistar a los pacientes, esto para evitar contratiempos en el momento de la aplicación del instrumento, a la vez, se lleva a cabo una primera

observación en la que se valora la cantidad de la población que servirá de muestra en la investigación según los criterios de inclusión y exclusión.

Como se indicó en el último punto del apartado anterior, se implementa una prueba piloto en una población homóloga, de 10 personas, para valorar la utilidad del instrumento a aplicar en la población seleccionada, esta población homóloga consta de adultos entre un rango de edad de los 18 a 39 años que han sido diagnosticados con gastritis crónica, los cuales igualmente cumplen con los criterios de inclusión y exclusión de la población original, las características similares a la población de estudio permiten una mayor confiabilidad al evaluar la entrevista en sí.

Durante la primera visita, se coordina con el médico a cargo y su secretaria cómo será el proceso de recolección de datos y en qué momento específico, se va a poder interactuar con el paciente, para explicarle todo lo relacionado con el estudio y que él mismo acepte y firme el consentimiento para aplicar el instrumento.

Una vez aplicado el instrumento en esta etapa, se procedió a hacer un análisis de los datos obtenidos y se concluyó que se debían realizar una serie de pequeños cambios o ajustes con el fin de mejorar la calidad de información obtenida. Entre los cambios que se debieron realizar, se encuentran incrementar los criterios de exclusión, ya que si participaban personas que consumieran gran cantidad de fármacos de forma diaria, era un factor directo, el cual iba a provocar una irritación la mucosa gástrica, por lo tanto, interferir en la presencia de síntomas. Además, se concluyó que se debía mejorar el planteamiento de los hábitos alimentarios, en una parte de esta sección, se pasó de preguntas cerradas

a semiabiertas, con el fin de abordar más lo relacionado al consumo de sustancias irritantes como el alcohol, tabaco, café, té, o bien el consumo de alimentos los cuales afectan directamente la sintomatología, y se enfatizó más en la cantidad, frecuencia y en algunos casos el tipo, de estos. También se reorganizó los alimentos por grupos, y se modificó la manera de consultar por los mismos, ya que en algunos casos se especificaba mucho un tipo, pero se excluían otros.

Por otro lado, al realizar la aplicación del instrumento en esta etapa, se definió que la información obtenida era interesante e importante, y que la misma se acoplaba de gran manera con los objetivos de la investigación, y de esta manera se concluye que el instrumento era adecuado para proceder aplicarlo en la población a estudiar.

3.7.2 Etapa de campo

Semanas posteriores al análisis de los datos obtenidos en la etapa preliminar y una vez realizados los cambios mencionados en el apartado anterior, se inicia con la recolección de datos mediante las entrevistas con los pacientes en el centro de salud, en diversos horarios. A pesar de que se tenía contemplado un rango de tiempo específico, para la recolección de datos al ser los criterios de inclusión y exclusión tan detallados, esto provocó que se necesitara ampliar más dicho periodo de recolección. Además, al momento de aplicar el instrumento, las personas al sentirse identificados con el tema, abordan distintos campos todos relacionados con la patología, lo cual en la mayoría de los casos hacía que se extendiera los minutos establecidos para realizar la encuesta.

Dicho proceso se realizó comprometiéndose con cada paciente, así como con el personal de salud y el centro de salud, bajo un estricto proceso de confidencialidad, esto para no generar ningún tipo de inconformidad con alguna de estas instancias.

Una vez obtenido todos los datos y ya tabulados se realiza una reunión con el personal de salud que intervino en la recolección de datos con el fin de dar a conocer todos los resultados obtenidos y ver de qué manera se puede incentivar por medio de un enfoque multidisciplinario abordar la patología y sobre todo a fomentar la importancia de este enfoque en los pacientes, esto con el fin de mejorar su calidad de vida.

3.8 DESCRIPCIÓN DE LAS VARIABLES

A continuación, se presentan las variables de estudio con su respectiva definición, así mismo, más adelante en el cuadro de operacionalización de las variables, se detalla cada una de ellas, señalando a su definición operacional, dimensiones, indicadores, nivel de medición y criterios de análisis.

Características sociodemográficas: Diagnostico del contexto social de la población.

Hábitos alimentarios: son las preferencias que tienen las personas por el consumo de ciertos alimentos, tomando en cuenta los tiempos de comida que realizan al día, sus costumbres y creencias familiares.

Sintomatología de la gastritis crónica: son las señales o síntomas que se manifiestan de distintas maneras en el organismo, las cuales son específicas a dicha patología.

3.9 OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES

A continuación se presenta una tabla en donde se puede apreciar la distribución de las variables principales de acuerdo a los objetivos específicos, estas variables se colocan en función a valores medibles, se describen de modo general según su concepto básico, se definen las dimensiones que las conforman, así como, la definición operacional que permite identificar los indicadores necesarios para realizar su medición según al modelo cuantitativo de la presente investigación, finalmente se establece un criterio de análisis en donde se adjuntan los datos o categorías que sirven de referencia para la variable.

Tabla N.º 1

Operacionalización de las variables del estudio.

Objetivo General: Analizar la relación de los hábitos alimentarios con la sintomatología actual de los adultos de 18 a 39 años diagnosticados con gastritis crónica, San José, 2016

Objetivo específico	Variable	Definición Conceptual	Dimensión	Definición operacional	Indicadores	Definición instrumental	Fuentes de información	Resultados
Identificar las características sociodemográficas de la población adulta diagnosticada con gastritis crónica, mediante una entrevista.	Características sociodemográficas.	Diagnóstico del contexto social de una población específica.	Edad Sexo Estado civil Grado académico Ocupación	Se realiza un cuestionario con datos personales en los que se solicita completar el apartado garantizando anonimato de los datos.	Años cumplidos Género: Masculino Femenino Nivel de educación actual A qué se dedica	Cuestionario	Personas de la población específica.	Rango de Años cumplidos: 18 a 25 años 26 a 30 años 31 a 39 años Sexo: Femenino Masculino Grado académico: Educación primaria completa o incompleta Educación secundaria completa o incompleta Educación técnica completa o incompleta Educación universitaria completa o incompleta Otro

Continúa...

Continuación de la Tabla N.º 1

Objetivo específico	Variable	Definición Conceptual	Dimensión	Definición operacional	Indicadores	Definición instrumental	Fuentes de información	Resultados
Reconocer los hábitos alimentarios de la población con gastritis crónica, por medio de una frecuencia de consumo.	Hábitos alimentarios	Son las preferencias que tienen las personas por el consumo de ciertos alimentos, tomando en cuenta los tiempos de comida que realizan al día, sus costumbres y creencias familiares.	Frecuencia de consumo.	Frecuencia de consumo.	Cantidad de veces que consumen un alimento específico.	Frecuencia de consumo.	Personas de la población específica.	Rango de frecuencia de los alimentos: Menos de una vez al mes
			Tiempos de comida.	Preguntas cerradas.		Cuestionario.		2 a 3 veces al mes
			Horarios.	Preguntas semiabiertas.	Frecuencia con la que consumen los alimentos determinados.			1 a 2 veces a la semana
			Costumbres en la preferencia de alimentos.		Tipo de alimento			3 a 4 veces a la semana
								5 o más veces a semana
							Nunca	
Definir la sintomatología de la gastritis crónica en la población específica, esto por medio de una entrevista.	Sintomatología de la gastritis crónica	Son las señales o síntomas que se manifiestan de distintas maneras en el organismo, las cuales son específicas a dicha patología	Síntomas dolorosos	Formulario con diversos síntomas relacionados con la gastritis.	Rango de dolor abdominal Rango de molestia abdominal	Cuestionario	Personas de la población específica.	Escala del 0 al 10: 0 ausencia de dolor 10 dolor más intenso posible

Continúa...

Continuación de la Tabla N.º 1

Objetivo específico	Variable	Definición Conceptual	Dimensión	Definición operacional	Indicadores	Definición instrumental	Fuentes de información	Resultados
			Síntomas no dolorosos		Rango de peor molestia Síntomas característicos Eructos Acidez o pirosis Hinchazón Gases Sabor ácido en la boca Nauseas Mal aliento			Clasificación del problema o síntomas: Ningún problema Problema leve, se puede ignorar Problema moderado; no se puede ignorar, pero influye en las actividades diarias Problema serio; influye en su concentración para realizar las actividades diarias Problema muy serio; influye mucho en las actividades diarias y/o requiere reposo.

Fuente: Elaboración propia (2017).

CAPÍTULO IV: ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE DATOS

4.1 DIAGNÓSTICO DE LA SITUACIÓN

En este capítulo se dan a conocer los resultados del estudio realizado a un grupo de 60 personas con edades que comprenden entre los 18 y 39 años, vecinas del área de San José y que han sido diagnosticadas con la enfermedad de Gastritis crónica. Se aplicó un instrumento de 35 preguntas, las cuales se clasificaron según el área de interés a estudiar, entre estos sociodemográfica, sintomatológica (dolor y sin dolor), hábitos alimentarios.

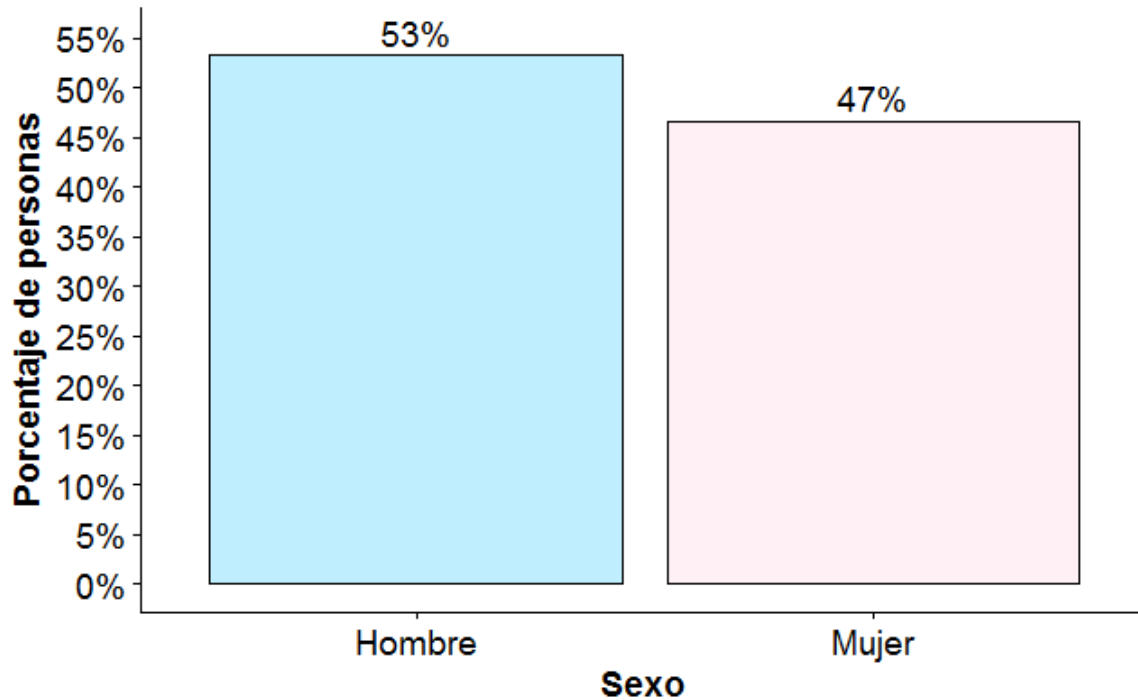
Los datos que arroja la investigación son proporcionados en forma de figuras y tablas, para que sea más sencilla la presentación e interpretación de resultados

4.2 CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS

Como parte importante del análisis, se examinaron las principales características sociodemográficas de la población obtenida de personas, esto permitirá contextualizar los resultados de las posteriores secciones y así poder tener presente estas características al momento de intentar proyectar estos resultados a la población de interés.

En primera instancia, la Figura N.º 1 presenta la distribución de la población estudiada de acuerdo con el sexo de las personas. Se observa que de las 60 personas en total entrevistadas la mayor parte son hombres y el restante porcentaje corresponde a mujeres.

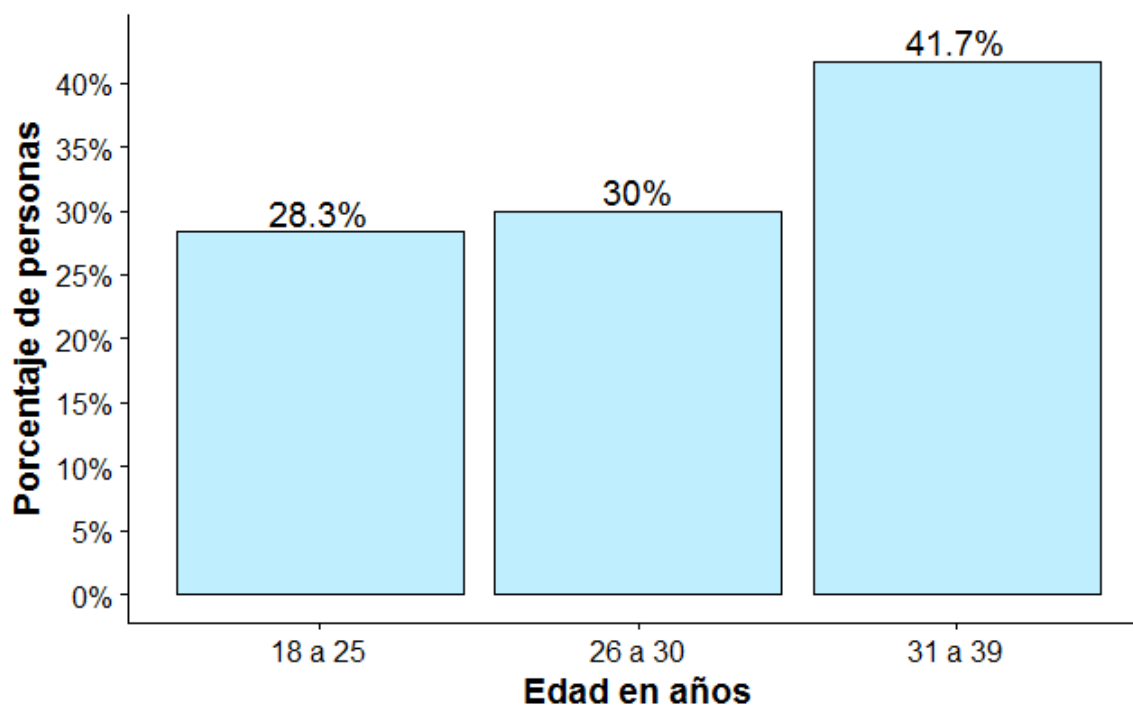
Figura N.º 1
Distribución de la población por sexo.
(n=60 personas)



Fuente: Elaboración propia (2017).

Adicionalmente, en la Figura N.º 2 se presenta la distribución de la población de acuerdo con la edad en años cumplidos. Se destaca el hecho de que aproximadamente la mayoría de las personas entrevistadas se encuentran dentro del rango de edad comprendido entre los 31 y 39 años, seguido de las personas ubicadas en el rango de edad de 26 a 30 años y finalmente las personas más jóvenes ubicadas en edades de entre los 18 a 25 años.

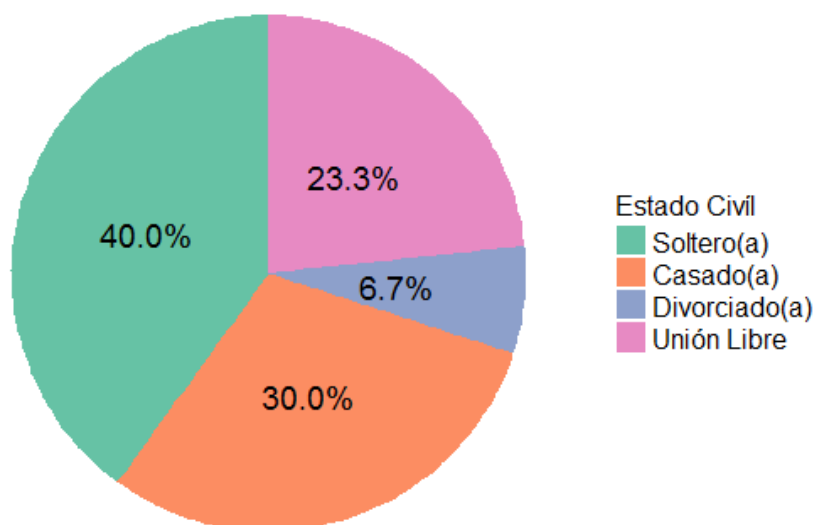
Figura N.º 2
Distribución de la población por grupos de edad.
(n=60 personas)



Fuente: Elaboración propia (2017).

Respecto al estado civil de los entrevistados, la Figura N.º 3 presenta la distribución de la población de acuerdo con cada una de las categorías de esta variable. Es fácil notar que la mayoría de personas aún se mantienen solteras, seguidas del grupo de los casados y de las personas que afirman mantenerse en unión libre. El grupo menos frecuente en este caso corresponde a las personas divorciadas.

Figura N.º 3
Distribución de la población por estado civil.
(n=60 personas)



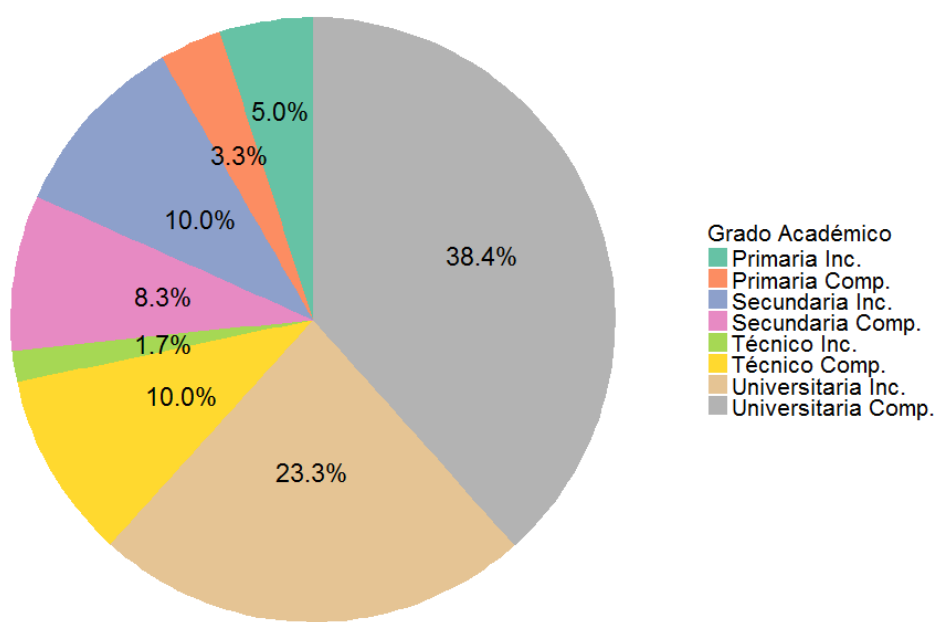
Fuente: Elaboración propia (2017).

Asimismo, la Figura N.º 4 se observa la composición de la población de acuerdo con el grado académico de los participantes en esta investigación. Se determina que una gran parte de los entrevistados mantiene un grado universitario completo, el segundo grupo más frecuente se asocia a las personas que aún no han terminado la universidad, seguido de las personas que poseen algún técnico y con el mismo valor los que tienen secundaria incompleta.

Finalmente, existen muchos otros grados académicos, pero en menor frecuencia, entre estos la educación primaria completa, educación primaria incompleta, educación secundaria completa y educación técnica incompleta.

Esta variable es importante porque se encuentra estrechamente relacionada con el nivel adquisitivo de las personas, lo cual interviene directamente con las costumbres, hábitos, y preferencias de la población a la hora de seleccionar los alimentos que se van a consumir (Rodríguez, et al., 2013).

Figura N.º 4
Distribución de la población por grado académico.
(n=60 personas)



Fuente: Elaboración propia (2017).

4.3 SINTOMATOLOGÍA DE LA GASTRITIS

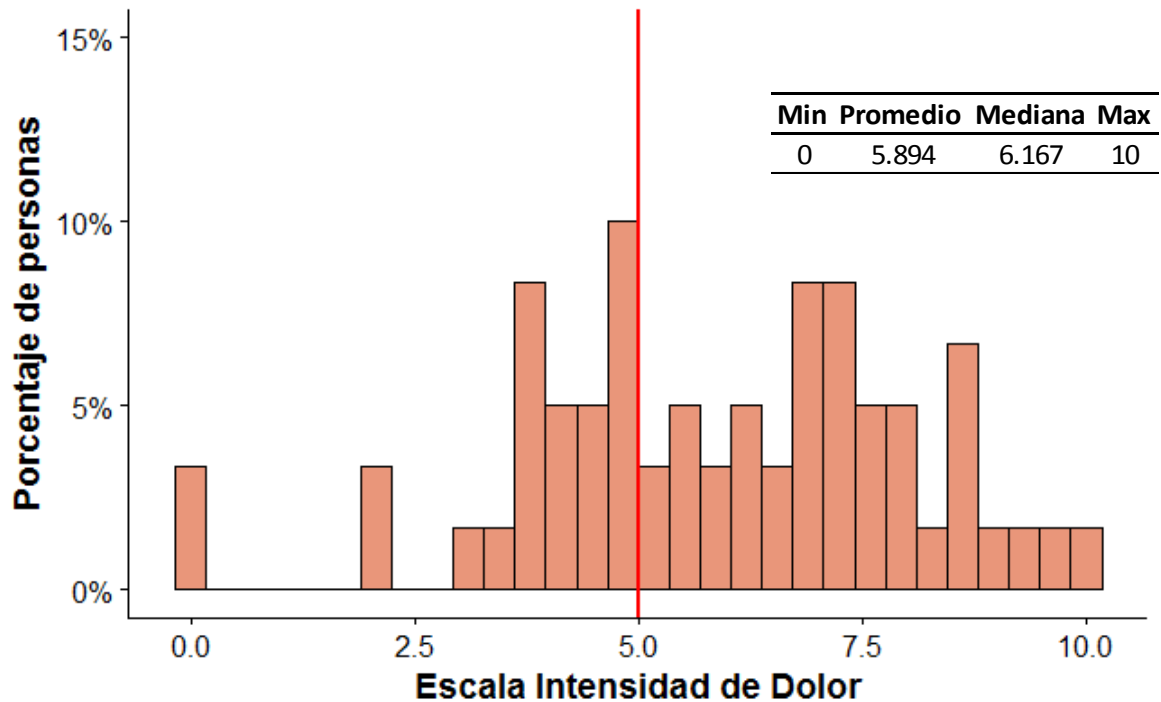
Para iniciar con la parte sustantiva del estudio, se consultó a las personas diagnosticadas con gastritis crónica sobre el dolor y las molestias que sufren. Lo anterior, mediante una serie de preguntas que intentaban medir en una escala del 0 (ausencia de dolor) al 10 (dolor máximo experimentado) el dolor y malestar que presentan debido a la gastritis.

Utilizando esta información, fue posible construir una escala conjunta que representará la intensidad del dolor. Esta escala mantiene el mismo rango de medición (de 0 a 10) y su carácter de variable numérica continua permitirá más adelante relacionar la intensidad de la enfermedad con otras variables de interés.

La Figura N.º 5 corresponde a un histograma donde se observa la distribución de la escala de intensidad de dolor. Lo importante de esta figura es comparar la cantidad de barras que se encuentra a cada uno de los lados del valor medio (un valor de la escala igual a 5). Se observa que las barras del lado derecho (valores de intensidad altos) representan mucha mayor cantidad de personas que las barras del lado izquierdo (valores de intensidad bajos), lo cual es evidencia de que en la población de personas los síntomas, molestias y dolores corresponden a una situación que sucede con una frecuencia considerable y que en muchos casos la intensidad se acerca a su máximo. Adicionalmente se muestra el valor mínimo, promedio, mediano y máximo de la escala. Al respecto, se observa que el valor mediano de la escala es superior a 5 (específicamente 6.167), lo cual indica que la mitad de las personas estudiadas, tienen un valor en la escala superior a 6.167.

Con este resultado, se puede interpretar que la población que se encuentra sobre 5 en la escala, no le han tomado la importancia necesaria al tratamiento respectivo de su patología, ya que por algún motivo presentan una irritación importante en la mucosa gástrica, dando como resultado inflamación y la presencia de los síntomas y dolor (Barreto & Vélez, 2014).

Figura N.º 5
Distribución de la escala de intensidad de dolor.
(n=60 personas)

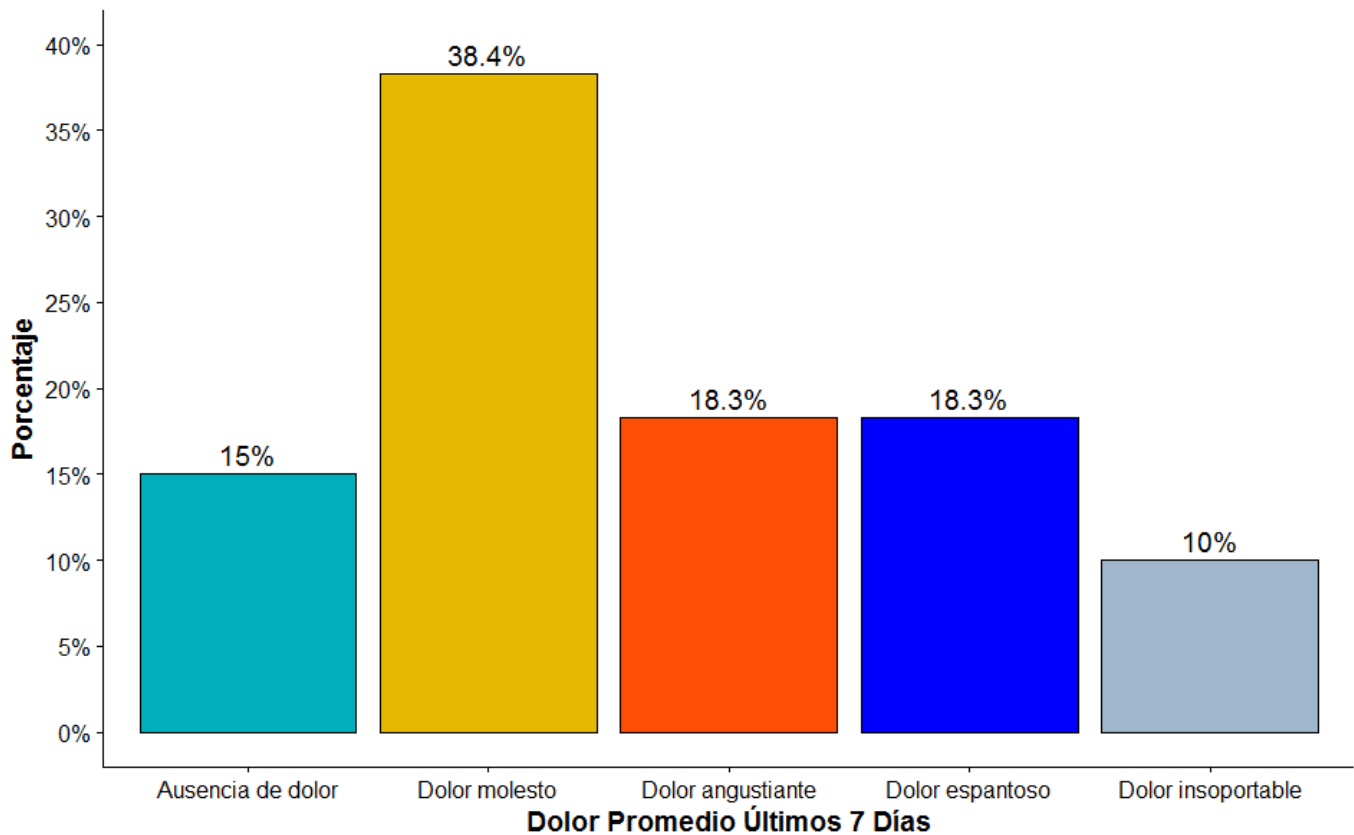


Fuente: Elaboración propia (2017).

Por su parte, la Figura N.º 6 muestra cómo perciben las personas sus molestias en promedio durante los últimos 7 días anteriores a la entrevista. Se observa que las personas que afirmaron tener ausencia de dolor son parte de la minoría de la población, con un dolor molesto la mayor parte de la población, mientras que el resto de personas afirmaron tener molestias de mayor consideración, como lo son la presencia de dolor angustiante o dolor espantoso, incluso una parte de la población afirmó haber sufrido un dolor insoportable.

En este gráfico se determina como puede variar de gran manera la presencia de molestias o síntomas según la intensidad de una persona a otra, a pesar de estar diagnosticadas con la misma patología, algo que cada día es más común encontrar en esta población específica, claro está, esto también puede verse determinado como se mencionó anteriormente con la importancia que se le dé a seguir un buen tratamiento, esto para garantizar la calidad de vida (Martínez, 2003)

Figura N.º 6
Comportamiento del dolor promedio en los últimos 7 días.
(n=60 personas)



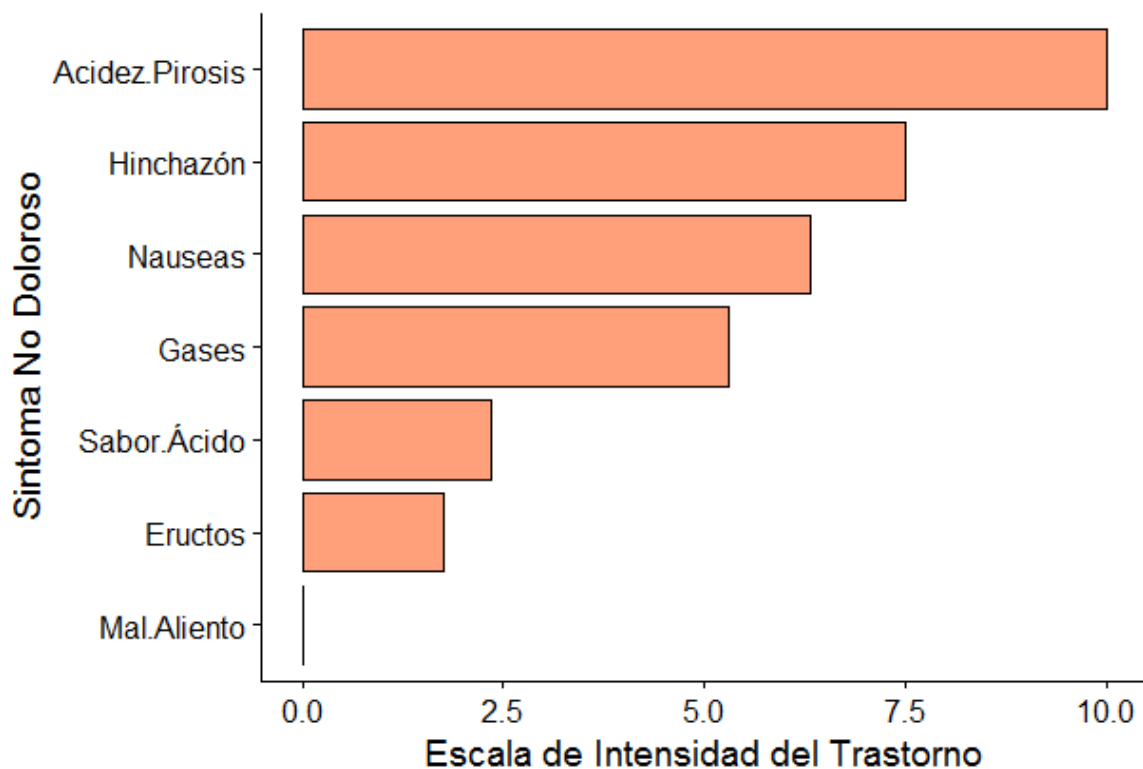
Fuente: Elaboración propia (2017).

Respecto a los trastornos o síntomas de tipo no dolorosos, se construyó también una escala de intensidad de acuerdo con las respuestas brindadas. El objetivo detrás de esto es evidenciar cuál de estos trastornos es el más común y que tan intenso es relativamente a los otros posibles trastornos.

La Figura N.º 7 en este caso muestra que, de los trastornos no dolorosos, la acidez o pirosis es el trastorno que se sufre con mayor intensidad, seguido de la hinchazón, las náuseas, los gases y el sabor ácido en la boca. Entre los trastornos con menos intensidad se encuentran el mal aliento y los eructos.

Según lo anterior, se confirma que la teoría y el estudio realizado, muestran una coincidencia de un síntoma característico de esta patología, el cual es la acidez o pirosis. (Frisancho, 1997).

Figura N.º 7
Intensidad de los trastornos no dolorosos.
(n=60 personas)



Fuente: Elaboración propia (2017).

Se consultó, además, sobre los medicamentos que utilizan las personas para combatir el dolor y los malestares. Al respecto y utilizando la frecuencia de consumo brindada por los participantes, se elaboró una escala de frecuencia de uso que ordenará y representará de manera sencilla el uso de los medicamentos. La Figura N.º 8 muestra gráficamente el ordenamiento que se le da a cada uno de los medicamentos mencionados. Se observa que el más utilizado corresponde a No gas y a la Famotidina, seguido del medicamento Tums, Protón, Omeprazol, Esomeprazol, Milenium, Sertal e Hidróxido de Aluminio.

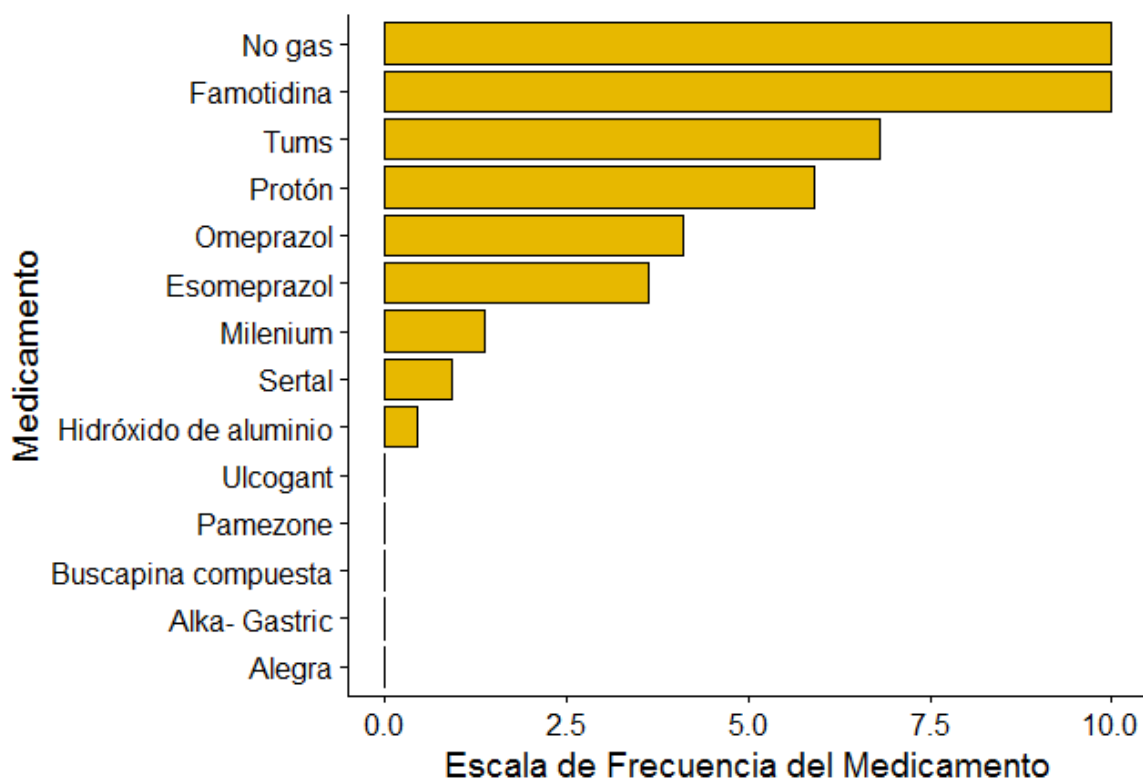
Entre los que menos se consumen se encuentran Ulcogant, Pamezone, Buscapina Compuesta, Alka-Gastric y Alegra. Este último caso del consumo de Alegra, se debe a que en los días previos al estudio estaba consumiendo dicho medicamento por eso se tomó en cuenta, sin embargo, no altera de ninguna manera la sintomatología. En cuanto a los otros medicamentos son específicamente para el control de la patología.

Es de gran importancia resaltar que, dado a los criterios de inclusión y exclusión del estudio, no podían participar personas las cuales presentaran otras patologías crónicas y debido a estas deben tener un consumo frecuente de medicamentos para tratar las mismas. Principalmente en el caso que los medicamentos fueran de la familia de AINES esto porque hay estudios que demuestran la relación significativa del consumo de estos medicamentos con el desarrollo o evolución de la gastritis crónica (Castellanos & Rosquete, 2012).

Según Sleisenger & Fordtran, los AINES producen erosiones en la mucosa gástrica de tipo agudo y hemorragias subepiteliales. En conjunto estas erosiones y pequeñas hemorragias en la submucosas constituyen elementos importantes, los cuales predisponen la pérdida de la continuidad de la mucosa, provocando la ruptura de sus barreras defensivas. Esto facilita un medio favorable para la supervivencia de infecciones bacterianas como el *H.Pylori*.

Así mismo, se recomienda que en el caso de que las personas necesiten utilizar AINES, y padezcan o bien tengan probabilidad de padecer de úlceras, acompañar el consumo de estos medicamentos con el uso de los inhibidores de la bomba de protones o de los análogos sintéticos de las prostaglandinas (Frisancho, 1997).

Figura N.º 8
Medicamentos más frecuentemente utilizados.
(n=60 personas)



Fuente: Elaboración propia (2017).

4.4 ESTUDIO DE LOS HÁBITOS ALIMENTARIOS

Como parte importante del estudio, se realizaron preguntas asociadas a los principales hábitos alimentarios de las personas. Esto con el fin, de relacionar algunas de estas variables con la escala de dolor propuesta en la investigación. Además, en las secciones posteriores, se propone la construcción de escalas para medir la frecuencia de consumo de los grupos de alimentos de interés, las cuales se pueden relacionar con la escala de dolor propuesta y así evidenciar si el consumo de ciertos tipos de alimentos refleja un efecto sobre el dolor e intensidad

de la gastritis. En otros casos, la escala de dolor se asociará con otras variables de tipo categóricas.

En ese sentido, si la escala de dolor presenta un comportamiento significativamente marcado, respecto a los niveles de las variables de interés, se podría concluir que la variable de control tiene un efecto sobre la intensidad de la gastritis.

La Figura N.º 9 muestra un histograma con las escalas de frecuencia de consumo de algunos alimentos que se creen están estrechamente relacionados con la intensidad y los efectos de la gastritis. Entre ellos se encuentran el tabaco, el alcohol, el café, el té, y las comidas rápidas. Para construir cada una de estas escalas se tomó en cuenta la información suministrada por las personas entrevistadas. Cada participante brindo información sobre la cantidad y la frecuencia con que consumen estos alimentos. Además, en algunos casos la información sobre el tipo de producto que consumen fue incorporada también. Tal es el caso del café, puesto que, si la persona afirmaba consumir café cafeinado, a este tipo de producto se le asignaba un doble puntaje, en comparación con el café descafeinado.

Es importante destacar que las escalas no tienen una interpretación sustantiva respecto al consumo, solamente representan una ordenación de las personas respecto a estas variables. Es decir, permiten saber que mientras más cercano sea a 10 el puntaje obtenido, mayor es el consumo. También debe prestarse atención a la acumulación de las barras en el gráfico, ya que mientras

más barras y más altas sean las mismas, representan una mayor cantidad de personas que tienen un puntaje similar.

Por ejemplo, en la escala correspondiente al consumo de tabaco, la barra más alta se encuentra en el puntaje cero. Esto quiere decir que la mayoría de personas no consumen o consumen en muy baja frecuencia este producto.

Es de vital importancia tomar en cuenta esos hábitos alimentarios específicos ya que de acuerdo con la teoría son los que afectan directamente la sintomatología de la gastritis. En el caso del consumo de tabaco, los cigarrillos producen una disminución en la absorción de vitaminas entre ellas A,B y C, imprescindibles en el proceso de cicatrización, esto se relaciona totalmente con la sanación de la mucosa, por lo tanto demandara de mayor cantidad de tiempo para que esta se lleve a cabo (Ferrer, Pérez, & Herrerías, 2004).

En cuanto el consumo de alcohol, tiene repercusiones en la gastritis en el caso del que el mismo sea excesivo, esto varía según el nivel de tolerancia de cada persona. El consumo de alcohol constante genera una irritación en las paredes del estómago, factor importante en esta patología, que provoca la aparición de molestias (Farke & Anderson, 2007).

El consumo de café, es contraindicado para las personas con gastritis, ya que esta es una bebida altamente irritante del sistema digestivo. Además, aumenta la producción de ácido en el estómago. Se cree que el sustituir el consumo de café normal por café descafeinado, es una alternativa ideal. Hasta cierto punto lo es porque la cantidad de cafeína es menor, pero no es una regla de

oro, esto porque el café descafeinado es muy ácido, y eso puede provocar mayor irritación en la mucosa (Prada & Mayrene, 2010).

En lo que se refiere al té, se considera una bebida estimulante, esto por el contenido de teína o también conocido como cafeína, la cantidad de dicha sustancia en esta bebida varía de gran manera esto debido a una serie de factores entre ellos la selección que se hace de la hoja a la hora de la recolección (siendo las hojas más tiernas las que tienen mayor concentración), temporadas específicas, altura, la variedad de la planta utilizada e incluso los animales e insectos con los que la planta convive, ya que ésta utiliza la cafeína como mecanismo de defensa en muchos casos, aumentando su producción cuando el medio ambiente lo exige (Valenzuela, 2004).

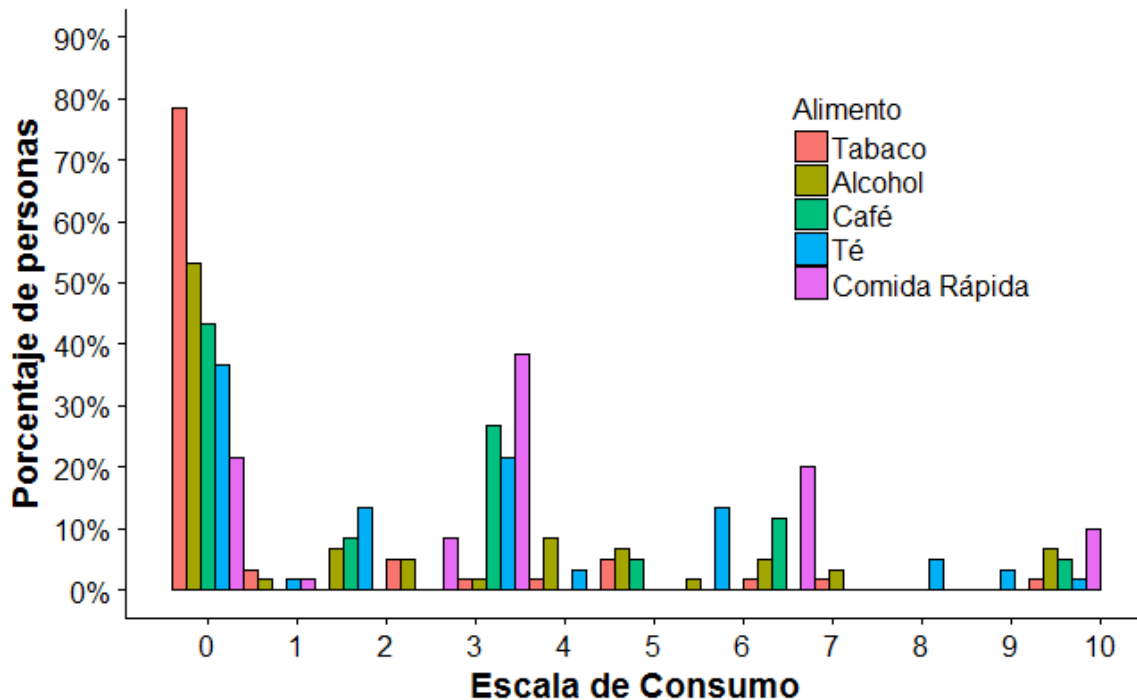
A la hora de consumir el té, la cantidad exacta de esta sustancia se ve alterada, esto porque a mayor temperatura que se prepare la bebida, mayor cantidad de cafeína se extrae, por lo que los tés con mayor cantidad de cafeína entre estos el té negro, rojo, verde, blanco, al realizarse la infusión a altas temperaturas, y por largo tiempo, el aporte de cafeína al organismo es mayor. Existen tipos de té que el contenido de cafeína es nulo o mínimo como en el caso del té de menta, manzanilla, jengibre, frutas, entre otros (Moreno, 2014).

Se realizó una pregunta acerca del consumo de comidas rápidas, esto no solo por el contenido de grasas e irritantes que contiene este tipo de comida, y que claramente puede afectar la sintomatología de la gastritis, sino también para evaluar de manera indirecta que tanto la población se preocupa por mantener o

practicar hábitos alimentarios adecuados, los cuales deberían de prevalecer en estas personas debido a la patología que presentan.

Ya que, si los hábitos alimentarios no cambian o mejoran en el momento que se diagnostica esta patología, y los mismos no se mantienen de manera permanente, el desarrollo de la misma evolucionará, lo cual provocará que la calidad de vida de estas personas no sea adecuada (Montero, 2010)..

Figura N° 9
Escalas de consumo según los alimentos de interés.
(n=60 personas)



Fuente: Elaboración propia (2017).

Por otra parte, en la Tabla N.º 2 se observa la distribución de la población según ciertas preguntas de interés relacionadas a los hábitos alimentarios. Entre ellas se encuentra ¿evita alimentos muy condimentados? Donde se observa que la mayoría de las personas respondió afirmativamente. En el caso de la pregunta

¿consume alimentos ricos en grasas?, la mayor parte de la población indicó que no, al preguntarles si añaden chile picante a la comida, y en el caso de si adiciona sal o condimentos extra a las preparaciones, respondieron que no, siendo estos los resultados obtenidos de la mayoría de población, a los cual responden negativamente. En cuanto a la pregunta puntual si consume algún tipo de alimento cada 3 horas, hubo una igualdad en la respuesta tanto positiva como negativa.

De acuerdo con estas preguntas, se puede interpretar que mayoría de las personas con dicha patología, si acata las recomendaciones de evitar comidas muy condimentadas, así como evadir el consumo de alimentos ricos en grasas, y el consumo de chile picante, o añadir condimentos extra o sal a los alimentos.

Estas recomendaciones son fundamentales y deben ser acatadas, ya que estos tipos de alimentos irritan de gran manera la mucosa, además de que provocan un aumento en la secreción de ácidos en el estómago y generan malestares en las personas (Alba, Toledo, & Viana, 2006).

Tabla N.º 2
Hábitos alimentarios de interés.
(n=60 personas)

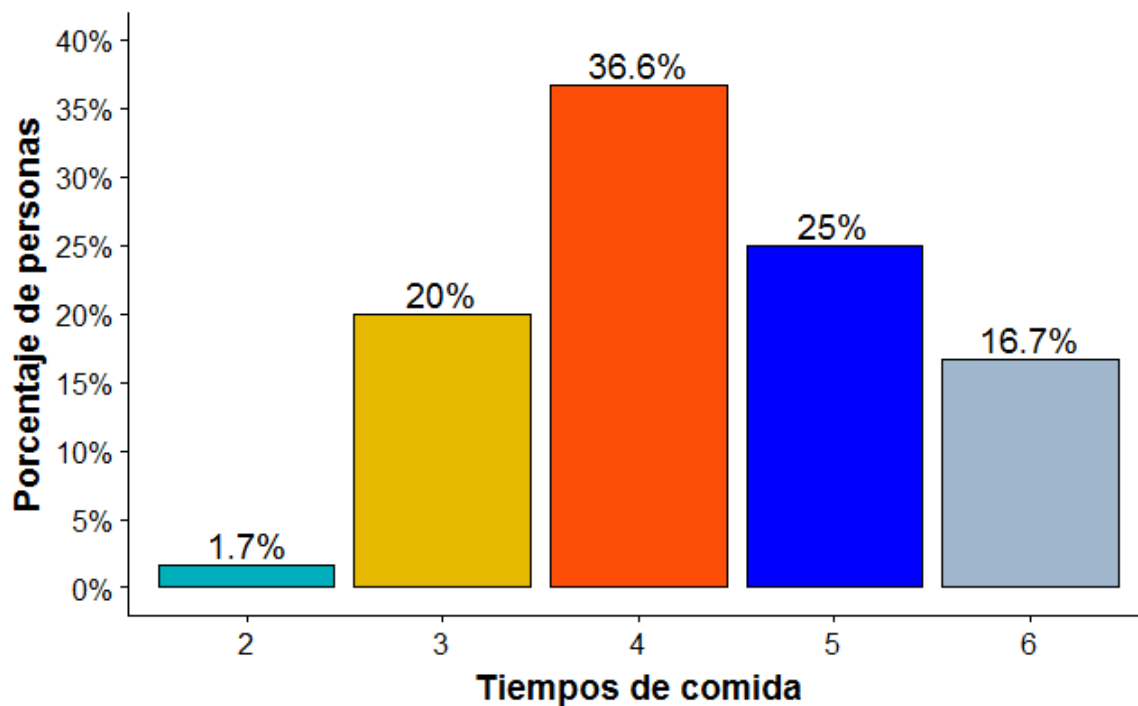
Respuesta	Frec.	Frec. %
¿Evita alimentos muy condimentados?		
No	15	25%
Si	45	75%
¿Consume alimentos ricos en grasa?		
No	38	63%
Si	22	37%
¿Añade chile picante?		
No	43	72%
Si	17	28%
¿Añade sal o condimento extra?		
No	48	80%
Si	12	20%
¿Consume alimentos cada 3 horas?		
No	30	50%
Si	30	50%

Fuente: Elaboración propia (2017).

Adicionalmente, la Figura N.º 10 presenta la composición de la población de acuerdo al número de tiempos de comida que se realizan durante el día. Se puede identificar claramente que la mayoría de personas realizan 4 tiempos de comida, seguido de la opción de 5 tiempos y de la opción de 3 tiempos. No obstante, un porcentaje de la población realiza 6 tiempos de comida y una minoría representada de las personas realizan únicamente 2 tiempos de comida, este último resultado es sumamente alarmante para tratarse de información suministrada por personas diagnosticadas con gastritis crónica, las cuales son conscientes de la importancia de realizar tiempos de comida frecuentes, en los cuales se ingieran alimentos en pequeñas cantidades, esto para no provocar una distensión abdominal importante, sin embargo no en todos los casos esto funciona en todas las personas, ya que algunas personas les es más funcional dejar reposar el estómago, para favorecer a la disminución de los síntomas, esto

obviamente sin exceder en tiempos entre una comida y otra muy prolongados o mayores a cuatro horas entre cada uno (Farinati et al., 1988).

Figura N.º 10
Número de tiempos de comida que realiza durante el día.
(n=60 personas)



Fuente: Elaboración propia (2017).

Por otra parte, la Tabla N.º 3 muestra las respuestas correspondientes a la pregunta asociada al lapso de tiempo que pasa entre cada uno de los tiempos de comida que realizan las personas entrevistadas.

Se observa claramente que una parte importante de las personas, no le toman la importancia necesaria al lapso de tiempo presente entre las comidas puesto que afirman no saber o tener desconocimiento al respecto. De las personas que si tienen control sobre el lapso de tiempo un afirma que comen cada 4 horas y otra parte de la población lo hace cada 3 horas. Y en menor instancia lo realiza cada 5 horas, mientras que una pequeña parte de la población cada 2 horas.

En cuanto la frecuencia de realizar tiempos de comida, lo recomendado es realizar alrededor de 5 a 6 tiempos de comida al día, con un lapso de tiempo 3 a 4 horas máximo entre cada uno de los lapsos, ya que esto favorece a que no exista una acumulación extra de ácidos en el estómago, y que las personas no consuman grandes cantidades de comida, puesto que estos dos factores alteran y provocan la presencia de síntomas (Alba et al., 2006).

Tabla N.º 3
Lapso de tiempo entre comidas.
(n=60 personas)

Horas	Horas entre comidas	
	Frec.	Frec. %
No sabe	24	39%
2 horas	2	3%
3 horas	12	20%
4 horas	18	30%
5 horas	5	8%

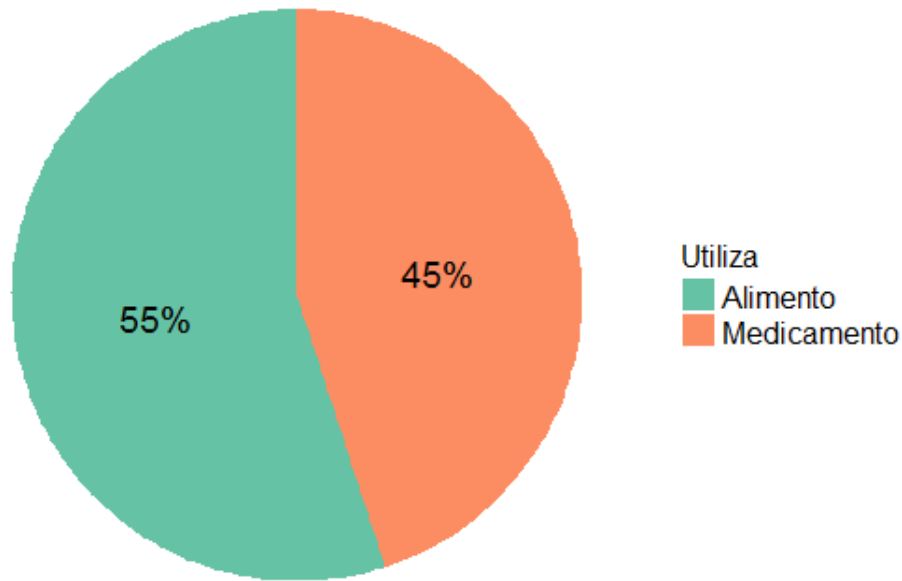
Fuente: Elaboración propia (2017).

Finalmente, la Figura N.º 11 representa las respuestas sobre la manera en que los entrevistados contrarrestan los síntomas y dolores que les provoca la gastritis.

De las dos opciones posibles, se encontró que la mayoría de personas contrarrestan los síntomas y dolores consumiendo algún tipo de alimento, mientras que el resto acuden a algún tipo de medicamento (ver también Figura N.º 8, que se refiere al tipo de medicamentos que consumen).

En este grafico se muestra un dato interesante, ya que las personas al preferir tratar la sintomatología por medio del consumo de alimentos, incentiva a seguir motivando a esta población con educación nutricional, ya que si estos siguen siendo conscientes que tener buenos hábitos alimentarios, en conjunto con realizar tiempos de comida frecuentes, va a favorecer a que no tenga que recurrir con mayor frecuencia al consumo de medicamentos, los cuales de una u otra manera van a tener efectos secundarios, es por esto que se debe de enseñar a esta población cuales son los alimentos ideales para tratar y combatir la sintomatología que se puede presentar (Cantú, 2005).

Figura N.º 11
¿Cómo contrarresta la gastritis?
(n=60 personas)



Fuente: Elaboración propia (2017).

4.4.1 Los hábitos alimentarios y el dolor asociado a la gastritis

Como parte principal del estudio se investigan algunas relaciones importantes entre la escala de intensidad de dolor (la cual representa nuestra medida de interés relacionada a la gastritis) y ciertas variables de control de este estudio, como por ejemplo, la frecuencia de consumo de tabaco, café, té, alcohol, consumo de productos cárnicos y sustitutos, grasas, legumbres, lácteos, frutas, vegetales, entre otros, así como las respuestas a las variables de corte estudiadas en la Tabla N.º 2 (hábitos alimentarios de interés).

Para poder relacionar la escala de intensidad de dolor con el consumo de ciertos grupos de alimentos de interés, se construyeron también escalas relacionadas a la frecuencia de consumo que tienen los individuos sobre alimentos como: las carnes blancas, las carnes rojas, alimentos grasosos, los lácteos, las frutas y los vegetales.

Estas escalas se construyeron de la siguiente manera:

- En cada uno de los casos se asigna un puntaje que va desde 0 a 5 de acuerdo con la frecuencia de consumo del alimento de interés (cero corresponde a la menor frecuencia y 5 a la máxima frecuencia de consumo)
- Para cada individuo se suman los puntajes de los alimentos que van a constituir el grupo de interés en una sola variable. Por ejemplo, el grupo de carnes blancas se compone de pollo, pescado o atún por lo que habría que sumar los puntajes de las dos variables
- Se rescata la variable obtenida en el punto anterior restando a cada dato individual el valor mínimo observado en la variable compuesta y dividiendo entre la diferencia entre el valor máximo y mínimo. Seguido se multiplica por 10 el resultado anterior para darle mayor descifre

Las escalas propuestas asignan a cada persona un valor entre 0 y 10 según así sea la frecuencia en que consumen cada uno de los grupos de alimentos anteriores. Mientras más cercano a cero sea el valor obtenido por cada persona, menor será su consumo relativo del grupo de alimentos, por el contrario, mientras más cercano a 10 sea el valor obtenido, mayor será su consumo relativo del grupo de alimentos.

De esta manera, y como la escala de intensidad de dolor y las escalas de frecuencia de consumo son variables numéricas, es posible calcular la correlación de Pearson entre el dolor y el consumo de alimentos. El coeficiente de correlación lineal de Pearson, es una medida de la intensidad de la posible relación que existe entre dos variables cuantitativas.

El coeficiente de correlación siempre adoptará valores entre -1 y 1, donde el valor 1 representa una relación directa perfecta (por ejemplo, si el consumo de tabaco aumenta entonces la intensidad del dolor aumentará también) y el valor -1 representa una relación inversa perfecta (por ejemplo, si el consumo de carnes blancas aumenta entonces la intensidad del dolor disminuirá).

En ese sentido, en la Tabla N.º 4 se observan los valores puntuales del coeficiente de correlación de Pearson y se nota que las relaciones más influyentes suceden con el consumo de tabaco (que tiende a aumentar el dolor) y el consumo de café (que tiende levemente a disminuir el dolor, lo cual podría parecer contradictorio, pero corresponde a las características de la población de individuos utilizada).

La columna denominada valor p , corresponde a la prueba de hipótesis de que el coeficiente de correlación mostrado es en términos prácticos cero. Para rechazar esta hipótesis es necesario que el valor p sea menor a 0.05, en ninguno de los casos esto se cumple, por lo que estadísticamente, hasta este momento, se podría asumir que en ningún caso hay una relación significativa entre el dolor y el consumo de los alimentos estudiados.

Sin embargo, descriptivamente la Tabla N.º 4 resume cuales alimentos se podrían asociar a un aumento en el dolor (dadas las características de la población estudiada) los cuales son todos aquellos que presenten un coeficiente de correlación mayor a cero: tabaco, alcohol, té, carnes rojas, grasas, lácteos, frutas y vegetales. Hay que resaltar que algunas de estas asociaciones pueden representar un resultado no esperado y que esto se deba a las características

particulares de la población. Además, se debe recordar que la asociación medida por el coeficiente de correlación de Pearson no resultó significativa.

Tabla N.º 4
Correlación entre la escala de intensidad del dolor
y las escalas de frecuencia de consumo construidas.
(n=60 personas)

Consumo	Escala Intensidad Dolor	
	Correlación	Valor p
Tabaco	0.20	0.13
Alcohol	0.05	0.68
Café	-0.08	0.53
Té	0.01	0.96
Com.Rápida	-0.09	0.48
Carne.Blanca	-0.05	0.72
Carne.Roja	0.05	0.68
Grasas	0.01	0.91
Lácteos	0.06	0.64
Frutas	0.03	0.85
Vegetales	0.06	0.63

Fuente: Elaboración propia (2017).

Debido a que el consumo de tabaco presentó el mayor coeficiente de correlación con la escala de intensidad de dolor, se estudió adicionalmente la correlación entre la escala de dolor considerando únicamente a las personas que sí consumen tabaco. Al respecto se observa que el coeficiente entre la escala de intensidad de dolor aumenta de 0.20 a 0.40, sin embargo, sigue sin ser estadísticamente significativo (valor $p= 0.16$).

También se estudiaron los posibles efectos de las variables mostradas en la Tabla N.º 1 (asociadas al consumo de alimentos muy condimentos, alimentos ricos en grasa, de chile picante y si consume alimentos específicamente cada 3 horas).

Para esto se calculó la prueba ANOVA de diferencia de promedios para evaluar si el promedio de la escala de intensidad de dolor es estadísticamente

diferente en cada una de las respuestas de las preguntas de interés. Por ejemplo, se evaluó si el promedio de la escala de intensidad de dolor es diferente para las personas que afirmaron añadir chile picante a su comida respecto a los que no añaden chile picante. Sin embargo, en ningún caso la prueba ANOVA dio resultados estadísticamente significativos.

Como último punto se muestra la relación que existe entre la cantidad de tiempos de comida realizados al día con la escala de intensidad de dolor. Al respecto, se calcula el coeficiente de correlación entre ambas variables. Sin embargo, se obtiene que la correlación entre el número de tiempos de comida y la escala de intensidad de dolor es de 0.03 y no es estadísticamente significativa (valor p 0.77).

Es importante tomar en cuenta que, existen artículos que mencionan la relación entre el tabaco y la gastritis, esto debido a que una de las sustancias principales que se pueden encontrar en los cigarrillos es la nicotina, sustancia que viaja a través de la saliva y provoca un aumento en la producción del ácido clorhídrico, lo cual genera una irritación en la mucosa intestinal. Además algunos autores mencionan que parte de las sustancias que se encuentra en el cigarro pueden alterar el funcionamiento adecuado del esfínter del estómago, haciendo que este se relaje y permitiendo el paso anormal de los alimentos ingeridos, esto conocido como el reflujo gastroesofágico (Díaz & Salazar, 2013).

En cuanto a la relación con la cafeína, es principalmente porque esta provoca la secreción de la gastrina, la cual es la encargada de regular la secreción ácida en el estómago, en el caso de la población específica estudiada, al no presentar gran cantidad de síntomas con el consumo de café puede que tenga

que ver con el nivel de tolerancia de las personas que lo consumen y la relación a la sintomatología o bien que el funcionamiento de la gastrina aún no se encuentra alterado (Rodríguez, 2010).

4.4.2 Los hábitos alimentarios y la presencia de síntomas no dolorosos

Finalmente, en esta sección se evalúan las posibles relaciones entre los síntomas no dolorosos de la gastritis y el consumo de los alimentos y sustancias estudiadas en las secciones anteriores.

Para poder realizar esto, se construyó una escala de intensidad para cada uno de los síntomas no dolorosos de interés, asociados a la gastritis. Esto permite relacionar mediante el coeficiente de correlación de Pearson las distintas escalas de los síntomas contra las distintas escalas de frecuencia de consumo de: tabaco, alcohol, café, té, comida rápida, carnes blancas, carnes rojas, grasas, lácteos, frutas y vegetales.

Hay que recordar que el coeficiente de correlación lineal de Pearson, es una medida de la intensidad de la posible relación que existe entre dos variables cuantitativas.

El coeficiente de correlación siempre adoptará valores entre -1 y 1, donde el valor 1 representa una relación directa perfecta (por ejemplo, si el consumo de tabaco aumenta entonces la intensidad del síntoma como la acidez aumenta) y el valor -1 representa una relación inversa perfecta (por ejemplo, si el consumo de café aumenta entonces la intensidad de la hinchazón disminuirá).

En este caso, la Tabla N.º 5 muestra el valor del coeficiente de correlación entre cada uno de los síntomas y los alimentos consumidos. A la par de cada coeficiente se encuentra el valor p asociado a la prueba de hipótesis. Se destacan con negrita y en color gris las correlaciones que resultaron tener un efecto significativo.

En resumen, la tabla nos revela las siguientes relaciones:

- Eructos:

se observa que este síntoma presenta una relación significativa y positiva con el consumo de vegetales. Es decir, de acuerdo con el coeficiente de correlación se espera que conforme aumente el consumo de vegetales, las personas tenderán a presentar con más frecuencia este síntoma. Sin embargo, aunque presenten este síntoma, es importante el consumo de vegetales, ya que es considerado como un alimento protector de la mucosa gástrica (Montero, 2010).

- Acidez o pirosis:

Existe una relación significativa y positiva con el consumo de tabaco. Lo cual quiere decir, que de acuerdo con el coeficiente de correlación se espera que conforme aumente el consumo de tabaco, las personas tenderán a presentar con más frecuencia este síntoma. Esta relación es debido a lo que ya se mencionó anteriormente, la nicotina es la principal causante de la presencia de diversos efectos en la mucosa gástrica.

- Hinchazón:

Se observa que este síntoma presenta una relación significativa y positiva con el consumo de lácteos y vegetales. En otras palabras, de

acuerdo al coeficiente de correlación se espera que conforme aumente el consumo de lácteos y vegetales, las personas tenderán a presentar con más frecuencia este síntoma. Además, se observa una relación significativa y negativa con el consumo de café. Es decir, de acuerdo al coeficiente de correlación se espera que conforme aumente el consumo de café, las personas tenderán a presentar con menos frecuencia este síntoma. En cuanto al consumo de lácteos algunos estudios demuestran que el consumo de los mismos bajos en grasa, y fortificados con probióticos, favorecen a la disminución de los síntomas de la gastritis. Esto porque los probióticos son bacilos que colonizan la mucosa gástrica, de esta manera compiten con el *H. pylori*, e impiden que este invada la mucosa.

Así mismo, tienen un pH, alcalino que amortigua el pH ácido del estómago, favoreciendo de gran manera la disminución de los síntomas (Barreto & Velez, 2014).

- Gases:

No se observa que este síntoma presente una relación significativa y positiva con ninguno de los alimentos de interés.

- Sabor ácido:

Se observa que este síntoma presenta una relación significativa y positiva con el consumo de tabaco, alcohol y de carnes rojas. Lo cual quiere decir, que de acuerdo al coeficiente de correlación se espera que conforme aumente el consumo de tabaco, alcohol y de carnes rojas, las personas tenderán a presentar con más frecuencia este síntoma.

- Nauseas:

No se observa que este síntoma presente una relación significativa y positiva con ninguno de los alimentos de interés.

- Mal aliento:

Se observa que este síntoma presenta una relación significativa y positiva con el consumo de tabaco, alcohol y de grasas. Es decir, de acuerdo al coeficiente de correlación se espera que conforme aumente el consumo de tabaco, alcohol y de grasas, las personas tenderán a presentar con más frecuencia este síntoma.

Tabla N.º 5
Correlación entre la escala de intensidad de los
síntomas y las escalas de frecuencia de consumo de alimentos.
(n=60 personas)

Consumo	Eructos		Acidez o pirosis		Hinchazón		Gases		Sabor ácido		Nauseas		Mal aliento	
	Corr.	Valor p	Corr.	Valor p	Corr.	Valor p	Corr.	Valor p	Corr.	Valor p	Corr.	Valor p	Corr.	Valor p
Tabaco	0.15	0.27	0.32	0.01	0.09	0.48	(0.07)	0.60	0.28	0.03	0.05	0.71	0.32	0.01
Alcohol	0.24	0.06	0.24	0.06	0.23	0.08	0.11	0.39	0.33	0.01	0.18	0.17	0.25	0.05
Café	(0.17)	0.19	0.01	0.96	(0.33)	0.01	(0.18)	0.18	(0.10)	0.45	(0.20)	0.12	0.05	0.71
Té	0.15	0.25	(0.22)	0.09	0.07	0.60	0.08	0.53	(0.06)	0.67	(0.04)	0.75	0.06	0.65
Com.Rápida	0.16	0.23	0.16	0.22	0.18	0.17	0.15	0.25	0.16	0.22	0.03	0.80	0.05	0.71
Carne.Blanca	0.01	0.93	0.06	0.65	0.04	0.77	(0.08)	0.54	0.03	0.83	0.12	0.37	0.04	0.79
Carne.Roja	0.13	0.34	0.02	0.85	0.04	0.73	(0.02)	0.91	0.26	0.05	(0.04)	0.77	0.02	0.89
Grasas	0.12	0.35	(0.22)	0.10	(0.02)	0.86	0.17	0.20	(0.05)	0.72	(0.11)	0.39	(0.27)	0.04
Lácteos	0.10	0.45	0.02	0.91	0.27	0.03	0.14	0.28	0.05	0.70	0.16	0.22	(0.05)	0.73
Frutas	0.01	0.92	(0.11)	0.39	(0.01)	0.96	0.03	0.80	0.04	0.77	(0.09)	0.50	(0.19)	0.15
Vegetales	0.33	0.01	0.23	0.08	0.31	0.01	0.17	0.20	0.22	0.10	0.04	0.75	0.07	0.58

Fuente: Elaboración propia (2017).

4.4.3 Otras relaciones de interés

Finalmente, se relacionan algunas variables de interés como la edad, el consumo de comidas rápidas y los tiempos de comida realizados diariamente según el sexo de personas.

La Tabla N.º 6 muestra la frecuencia de casos de personas diagnosticadas con gastritis según el sexo y la edad de la persona. Se observa inicialmente que, de manera agregada, hay mayor frecuencia de gastritis en hombres en comparación con las mujeres. Además, al analizar la frecuencia de casos por rangos de edad, se observa una leve tendencia de aumento conforme aumentan los rangos de edades. Es decir, el grupo de edades de 18 a 25 años, presenta menor frecuencia de casos que el grupo de 31 a 39 años. Para evaluar esto de una manera más formal, se calculó la prueba Chi cuadrado de independencia con el sentido de verificar si la edad y el sexo tienen una relación estadísticamente significativa. Sin embargo, los resultados indican que la relación no es estadísticamente significativa ($\chi^2=1.51$; $gl=2$; $valor\ p=0.47$).

Estos resultados pueden tener relación ya que, por la presión social, entre creencias y costumbres arraigadas los hombres tienden a cuidarse mucho menos en lo que se relaciona con la alimentación que las mujeres, las mujeres se preocupan más por esto para tener un aspecto físico adecuado y como la sociedad lo exige. Sin embargo, los hombres, por naturaleza en la mayoría de los casos consumen mayor cantidad de alimento que las mujeres, y dichos alimentos son altos en grasas y azúcares principalmente.

Otro aspecto importante que se encuentra en este gráfico es que conforme aumenta la edad aumenta la aparición de la patología esto debido por la prevalencia continua de malos hábitos de alimentación (López, Findling, & Abramzón, 2006)

Tabla N.º 6
Relación entre la edad y el sexo,
casos de ocurrencia de la gastritis.
(n=60 personas)

Rango de Edad	Sexo		Total
	Hombre	Mujer	
De 18 a 25 años	17%	12%	28%
De 26 a 30 años	18%	12%	30%
De 31 a 39 años	18%	23%	42%
Total	53%	47%	100%

Fuente: Elaboración propia (2017).

La Tabla N.º 7 muestra la frecuencia de casos de personas diagnosticadas con gastritis según el consumo de comida rápida y el sexo de la persona. Se observa que, de manera agregada, son mucho más las personas que consumen comida rápida que las que no la consumen. Además, dentro del total de personas entrevistadas, los hombres que si consumen comida rápida representan la mayoría de los casos. Para evaluar esto de una manera más formal, se calculó la prueba Chi cuadrado de independencia con el sentido de verificar si el consumo de comida rápida y el sexo tienen una relación estadísticamente significativa. Sin embargo, los resultados indican que la relación no es estadísticamente significativa (Chi=0.07; gl=1; valor p=0.78).

Estos resultados reflejan de manera directa que la importancia que le da la población a tener buenos hábitos de alimentación, en donde queda demostrado que esto día con día disminuye, y que la rutina diaria desde edades tempranas los padres de familia incentivan estas prácticas alimentarias lo cual genera que la población sea más vulnerable a padecer de un sinfín de patologías las cuales, si se presentan en una persona pueden traer consecuencias irreversibles (Jiménez, 2017).

Tabla N.º 7
Relación entre el consumo de comida
rápida y el sexo, casos de ocurrencia de la gastritis.
(n=60 personas)

Consumo	Sexo		Total
	Hombre	Mujer	
Comida Rápida			
No	10%	12%	22%
Si	43%	35%	78%
Total	53%	47%	100%

Fuente: Elaboración propia (2017).

La Tabla N.º 8 muestra la frecuencia de casos de personas diagnosticadas con gastritis según el número de tiempos de comida y el sexo de la persona. Se observa que, de manera agregada, la cantidad más frecuente de números de comida que consumen las personas diagnosticadas con gastritis se encuentra entre 3 y 5 tiempos de comida. Además, se observó que el promedio de tiempos de comida en los hombres es levemente menor al promedio de tiempos de comida en las mujeres (4.21 contra 4.5 respectivamente).

Para evaluar esto de una manera más formal, se calculó la prueba Chi cuadrado de independencia con el sentido de verificar si el consumo de comida rápida y el sexo tienen una relación estadísticamente significativa. Sin embargo, los resultados indican que la relación no es estadísticamente significativa ($\chi^2=4.35$; $gl=4$; valor $p=0.36$).

Tabla N.º 8
Relación entre el número de tiempos
de comida y el sexo, casos de ocurrencia de la gastritis.
(n=60 personas)

Tiempos de Comida	Sexo		Total
	Hombre	Mujer	
2	2%	0%	2%
3	12%	8%	20%
4	18%	18%	37%
5	17%	8%	25%
6	5%	12%	17%
Total	53%	47%	100%

Fuente: Elaboración propia (2017).

CAPÍTULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1 CONCLUSIONES

De acuerdo con esta investigación se concluye que, en efecto los hábitos alimentarios afectan directamente la sintomatología de la población estudiada, entre los hábitos alimentarios los cuales más afectan son: el alcohol, té, carnes rojas, grasas, lácteos, frutas y vegetales, mientras que el café disminuye levemente el dolor. Además, se pudo determinar que un hábito que afecta la sintomatología de la población de manera negativa es el consumo de tabaco. Por otro lado, se determina que repercute más la sintomatología en los pacientes; con los alimentos que ingiere, que con la frecuencia de la realización de los tiempos de comida.

La totalidad de la población estudiada fue de 60 personas de ambos géneros, en donde predominó el sexo masculino; en cuanto a las edades de la población el grupo etario más numeroso, e determina entre las edades de 31 a los 39 años, lo cual confirma que esta población espera a etapas avanzadas los síntomas patológicos para consultar con los especialistas acerca de dichos síntomas. Con respecto al estado civil de los pacientes, se concluyó que la población que predominó es la que se encuentra en estado civil soltero, así como que la mayor parte de la misma tienen un grado académico de universidad completa.

En cuanto a los hábitos alimentarios de interés en esta población, se tomó en cuenta gran variedad, sin embargo se enfatizó en los que se consideran como irritantes entre estos el tabaco, el alcohol, el café, el té, las comidas rápidas, se

determinó que la población conoce los alimentos los cuales producen malestares patológicos específicos en la población, aun así los consume, en algunos casos lo que modera es la cantidad o la frecuencia con que lo consumen, pero en otros casos no evitan dicho consumo.

En lo que se refiere a la sintomatología de la gastritis crónica en esta población específica, se determina que los tres síntomas principales en la mayoría de la población consultada; coincide que son la acidez o pirosis, hinchazón y náuseas.

Se concluye también que los síntomas no se presentan en las personas con dicha patología por falta de conocimiento ni de los alimentos que deben evitar el consumo, ya que al consultarles por las recomendaciones básicas que los profesionales de salud les brindaban, siempre manifestaron que lo sabían, pero que ellos preferían luego contrarrestar los síntomas de alguna manera, y de esta forma no tener que privarse en su alimentación.

5.2 RECOMENDACIONES

- ✓ Realizar un estudio con igual cantidad de personas de ambos sexos esto para obtener resultados más equitativos.
- ✓ Desarrollar el estudio con un número mayor de participantes como parte de la población de estudio.
- ✓ Realizar más investigaciones acerca de la relación de la nutrición y la gastritis en cada fase de evolución, ya que es una patología que cada día es más común encontrar en la población, que lamentablemente no es tratada de la manera adecuada en cuanto a alimentación se refiere.
- ✓ Valorar por separado cada uno de los grados de evolución de la gastritis, y así realizar un análisis más diferenciado de las diversas clasificaciones, esto en relación con la sintomatología con los hábitos alimentarios.

BIBLIOGRAFÍA

Alarcón, Fernández, Malagón, Castañón, De Sampedro, J., Cruz-del Carmen, I., ... Román. (2016). Clarithromycin resistance and prevalence of *Helicobacter pylori* virulent genotypes in patients from Southern México with chronic gastritis. *Infection, Genetics and Evolution*, 44, 190–198. <https://doi.org/10.1016/j.meegid.2016.06.044>

Alba, Toledo, & Viana. (2006). *Helicobacter Pylori: Clínica, diagnóstico y tratamiento*. Recuperado a partir de http://www.med.unne.edu.ar/revista/revista158/3_158.htm

Arias, F. G. (2012). *El Proyecto de Investigación. Introducción a la Metodología Científica*. 5ta. Edición. Fidas G. Arias Odón.

Arismendi-Morillo, G., Hernández, I., Mengual, E., Abreu, N., Molero, N., Fuenmayor, A., ... Lizarzábal, M. (2013a). Estimación de riesgo de cáncer gástrico en pacientes con gastritis crónica asociada a la infección por *Helicobacter pylori* en un escenario clínico. *Revista de Gastroenterología de México*, 78(3), 135–143. <https://doi.org/10.1016/j.rgm.2013.01.004>

Arismendi-Morillo, G., Hernández, I., Mengual, E., Abreu, N., Molero, N., Fuenmayor, A., ... Lizarzábal, M. (2013b). Estimación de riesgo de cáncer gástrico en pacientes con gastritis crónica asociada a la infección por *Helicobacter pylori* en un escenario clínico. *Revista de Gastroenterología de México*, 78(3), 135–143. <https://doi.org/10.1016/j.rgm.2013.01.004>

Barragán, R., & R, M. del. (2006). Hábitos alimentarios en estudiantes de la Universidad Juárez Autónoma de Tabasco. *Revista Cubana de Salud Pública*, 32(3), 0–0.

Barreto, & Velez. (2014). Manual de dieta alcalina para el mejoramiento de los síntomas de la gastritis en el Instituto Ecuatoriano de enfermedades digestivas en la ciudad Guayaquil. Recuperado el 29 de marzo de 2017, a partir de <http://repositorio.ucsg.edu.ec/bitstream/3317/2418/1/T-UCSG-PRE-MED-NUTRI-58.pdf>

Bourges, H. (1988). Costumbres, practicas y habitos alimentarios: deseables e indeseables. En Arch. latinoam. nutr (Vol. 38, pp. 766–79). Recuperado a partir de <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=Ink&exprSearch=88900&indexSearch=ID>

Campos. (2012a). Generalidades sobre cáncer gástrico. Recuperado el 29 de marzo de 2017, a partir de <http://www.binasss.sa.cr/revistas/rmcc/604/art4.pdf>

Campos, S. F. C. (2012b). Fisiopatología quirúrgica del aparato digestivo. Editorial El Manual Moderno.

Cantú. (2005). Alimentación, nutrición y estrategias en salud pública. Recuperado el 10 de junio de 2017, a partir de <file:///C:/Users/Usuario/Downloads/05.pdf>

Castellanos, G., & Rosquete. (2012). Helicobacter Pylori. Comportamiento de la infección en pacientes con gastritis crónica. Estado Trujillo. Venezuela - 2006-5419-3-PB.pdf. Recuperado el 4 de marzo de 2017, a partir de <file:///C:/Users/Usuario/Downloads/2006-5419-3-PB.pdf>

Cervera Burriel, F., Serrano Urrea, R., Vico García, C., Milla Tobarra, M., Meseguer, G., & José, M. (2013). Hábitos alimentarios y evaluación nutricional en una población universitaria. *Nutrición Hospitalaria*, 28(2), 438–446. <https://doi.org/10.3305/nh.2013.28.2.6303>

Costanzo. (2014). Fisiología. Recuperado el 20 de marzo de 2017, a partir de https://books.google.co.cr/books?id=ls6GBAAQBAJ&pg=PA336&dq=Secretina&hl=es-419&sa=X&redir_esc=y#v=onepage&q=Secretina&f=false

Crisanto. (2014). Características sociodemográficas, hábitos de consumo alimentario y sustancias nocivas en pobladores con diagnóstico de gastritis y que acuden al centro de Salud de Quilmaná. Recuperado el 29 de marzo de 2017, a partir de http://www.repositorioacademico.usmp.edu.pe/bitstream/usmp/1565/3/sanchez_acc.pdf

De Pardo Ghetti, & Marcelle, E. (2013). *Helicobacter Pylori*: un problema actual. *Gaceta Médica Boliviana*, 36(2), 108–111.

Díaz, & Salazar, G. (2013). Análisis de patrones alimentarios, hábitos de consumo, y estilos de vida en pacientes diagnosticados gastritis crónica atrófica, durante el período de enero a diciembre del año 2012, en el Hospital General Enrique Garcés. Pontificia Universidad Católica del Ecuador. Recuperado a partir de <http://repositorio.puce.edu.ec:80/xmlui/handle/22000/7518>

Enciclopedia Salud, & Enciclopedia Salud. (2010). pH en el cuerpo humano y la salud. Recuperado el 20 de marzo de 2017, a partir de

<http://www.encyclopediasalud.com/categorias/otros-temas/articulos/ph-en-el-cuerpo-humano-y-la-salud>

Fábregas. (2017). Gastroenterología. Recuperado el 20 de marzo de 2017, a partir de <http://www.sld.cu/sitios/gastroenterologia/temas.php?idv=13910>

Fallas. (2009). Efecto de la erradicacion de Helicobacter Pylori en la prevencion del cancer gastrico. Recuperado el 29 de marzo de 2017, a partir de <http://www.binasss.sa.cr/revistas/rmcc/590/art19.pdf>

Farinati, F., Cardin, F., Di Mario, F., Battaglia, G., Cannizzaro, R., Penon, G., & Naccarato, R. (1988). Gastric ulcer and stomach aging: pathophysiology and clinical implications. *Gerontology*, 34(5–6), 297–303.

Farke, & Anderson. (2007). El consumo concetrado de alcohol en Europa. Recuperado el 29 de abril de 2017, a partir de <http://citeseerx.ist.psu.edu/viewdoc/download?doi=10.1.1.523.8136&rep=rep1&type=pdf>

Fernández, & Fernández, Q. (2002). Afecciones gastrointestinales. Recuperado el 20 de marzo de 2017, a partir de <http://sibdi.ucr.ac.cr/boletinespdf/cimed25.pdf>

Fernández, P. L. (2008). *Farmacología Básica y Clínica*. Ed. Médica Panamericana.

Fernández, & Rodríguez. (2003). Hábitos alimentarios e imagen corporal en estudiantes universitarios sin trastornos alimentarios. Recuperado el 30 de marzo de 2017, a partir de https://www.researchgate.net/profile/Yolanda_Castro/publication/28094373_Ha

bitos_alimentarios_e_imagen_corporal_en_estudiantes_universitarios_sin_trastornos_alimentarios/links/566eaf7f08aea0892c52a2cc.pdf

Ferrer, Pérez, & Herrerías. (2004). Guía de seguimiento farmacoterapéutico sobre úlcera péptica. Recuperado el 29 de abril de 2017, a partir de http://www.ugr.es/~cts131/esp/guias/GUIA_ULCERA.pdf

Food and Agriculture Organization of the United Nations. FAO. (2014). Alimentación Saludable. Recuperado el 5 de abril de 2017, a partir de <http://www.fao.org/docrep/014/am401s/am401s02.pdf>

Frisancho. (1997). Gastropatía por Antiinflamatorios no Esteroides. Recuperado el 29 de abril de 2017, a partir de http://sisbib.unmsm.edu.pe/Bvrevistas/spmi/v10n3/gastrop_antiinflam.htm

Graterón, Ortiz, Princz, Caballos, & Cavazza. (2016). Adenoid hypertrophy and chronic rhinosinusitis: Helicobacter pylori on antral lavages, adenoid tissue and salival inmunoglobuline A on paediatric patients - ScienceDirect. Recuperado el 10 de agosto de 2017, a partir de <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0165587615005996>

Gutiérrez, Bayona, Barragan, Rojas, & Oliveros. (2017). Metagenomic analysis of the gastric microbiota cultivable from a patient with gastritis concomitant with Barrett's esophagus. *Revista de Gastroenterología del Perú*, 34(3), 229–35.

Intriago, R., & Carmen. (2014). Determinar los factores de riesgo relacionados a gastritis en usuarias de 20 a 40 años que asisten a la consulta externa del Hospital de Arenillas tercer trimestre del 2012. Recuperado a partir de <http://repositorio.utmachala.edu.ec/handle/48000/2134>

Jiménez. (2017). Costa Rica a un paso de estar más enferma. Recuperado el 12 de junio de 2017, a partir de <https://www.ucr.ac.cr/noticias/2017/06/07/costa-rica-a-un-paso-de-estar-mas-enferma.html>

López, E., Findling, L., & Abramzón, M. (2006). Desigualdades en salud: ¿es diferente la percepción de morbilidad de varones y mujeres? *Salud Colectiva*, 2(1), 61–74. <https://doi.org/10.1590/S1851-82652006000100006>

Mariño, G., De Lima, E., Tuffi García, F., Cuello, C., Cuello, H., & Alzate, A. (2014). Concordancia endoscópico-histológica de la gastritis crónica en Cali. Recuperado a partir de <http://bibliotecadigital.univalle.edu.co/handle/10893/6980>

Martínez, A. (2003). Tipos de gastritis y su tratamiento. *Offarm*, 57–64.

Matta, A. J., Pazos, A. J., Bustamante-Rengifo, J. A., & Bravo, L. E. (2017). Genomic variability of *Helicobacter pylori* isolates of gastric regions from two Colombian populations. *World Journal of Gastroenterology*, 23(5), 800–809. <https://doi.org/10.3748/wjg.v23.i5.800>

Miján. (2004). Nutrición y metabolismo en trastornos de la conducta alimentaria. Recuperado el 21 de marzo de 2017, a partir de [https://books.google.co.cr/books?id=ZPkU0ou-](https://books.google.co.cr/books?id=ZPkU0ou-Mg4C&pg=PA405&dq=colecistoquinina&hl=es-419&sa=X&redir_esc=y#v=onepage&q=colecistoquinina&f=false)

[Mg4C&pg=PA405&dq=colecistoquinina&hl=es-419&sa=X&redir_esc=y#v=onepage&q=colecistoquinina&f=false](https://books.google.co.cr/books?id=ZPkU0ou-Mg4C&pg=PA405&dq=colecistoquinina&hl=es-419&sa=X&redir_esc=y#v=onepage&q=colecistoquinina&f=false)

Ministerio de Salud de Costa Rica. (2011). Guías alimentarias para Costa Rica. Recuperado el 5 de abril de 2017, a partir de

https://www.ministeriodesalud.go.cr/gestores_en_salud/guiasalimentarias/guia_alimentarias_2011_completo.pdf

Miranda. (2008). *Helicobacter pylori*. Recuperado el 5 de marzo de 2017, a partir de http://www.ots.ac.cr/rbt/attachments/volumes/vol46-3/38_Miranda_Helicobacter_pylori.pdf

Miranda, Chaves, Orozco, Román, Vargas, & Jiménez. (1998). La relación de *Helicobacter pylori* con la displasia y el cáncer gástrico en Costa Rica. Recuperado el 5 de marzo de 2017, a partir de http://www.ots.ac.cr/rbt/attachments/volumes/vol46-3/38_Miranda_Helicobacter_pylori.pdf

Molina, S. C., & Pérez, M. H. (2012). *Farmacología en enfermería*. Elsevier España.

Montaño, J. I., Dossman, X., Herrera, J. A., Bromet, A., & Moreno, C. H. (2013). *Helicobacter pylori* y estrés psicosocial en pacientes con gastritis crónica. Recuperado a partir de <http://bibliotecadigital.univalle.edu.co/handle/10893/5608>

Montero, M. (2010). Hábitos alimentarios y gastritis crónica atrófica, medicina. Recuperado el 4 de marzo de 2017, a partir de <https://encolombia.com/medicina/revistas-medicas/gastroenterologia/vol-153/gastro15300trab-habitos/>

Morado, M., & Paz, R. de. (2011). Anemia megaloblástica y gastritis atrófica. *Revista Española de Enfermedades Digestivas*, 103(6), 332–332. <https://doi.org/10.4321/S1130-01082011000600010>

Moreno, A.-M. (2014). Atención y Cafeína. Recuperado a partir de <http://tauja.ujaen.es/handle/10953.1/943>

Noriega, M., & Noriega. (2011). Digestión y absorción. Recuperado el 20 de marzo de 2017, a partir de <http://ocw.unican.es/ciencias-de-la-salud/fisiologia-humana-2011-g367/material-de-clase/bloque-tematico-5.-fisiologia-del-aparato/tema-6.-digestion-y-absorcion/tema-6.-digestion-y-absorcion>

OMS. (2015). Alimentación sana. Recuperado el 5 de abril de 2017, a partir de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs394/es/>

Otero. (2010). the gastroenterologist and chronic gastritis in daily clinical practice. Recuperado el 29 de marzo de 2017, a partir de <http://www.gastrocol.com/file/Revista/v25n3a11.pdf>

Otero, T., & Vallejo, T. (2015). Guía de práctica clínica para el diagnóstico y tratamiento de la infección por *Helicobacter pylori* en adultos. Recuperado a partir de <http://www.scielo.org.co/pdf/rcg/v30s1/v30s1a04.pdf>

Páez, A., Granados, & Villegas. (1996). Estudio de endoscopias digestivas altas. Recuperado el 5 de marzo de 2017, a partir de <http://www.binasss.sa.cr/revistas/rmcc/rmedica/535/art2.pdf>

Parra, V., Aponte, D. M., & Álvarez, E. A. (2017). Presentación inusual de infección por *Helicobacter pylori*: gastritis asociada a cuerpos de Russell, patología infrecuente y poco conocida. *Revista Española de Enfermedades Digestivas*, 109(1), 80–81. <https://doi.org/10.17235/reed.2016.4303/2016>

Patiño, N. M. (2008). *Farmacología medica / Medical Pharmacology*. Ed. Médica Panamericana.

Prada, R., & Mayrene, D. (2010). Coffee, caffeine vs. health review of the effects of coffee consumption in health. *Universidad y Salud*, 12(1), 156–167.

Ramírez, & Sánchez. (2008). *Helicobacter Pylori y Cancer Gástrico*. Recuperado el 29 de marzo de 2017, a partir de <http://www.scielo.org.pe/pdf/rgp/v28n3/a08v28n3.pdf>

Rang, H. P., & Dale, M. M. (2012). *Farmacología*. Elsevier España.

Rodríguez. (2010). Actualización de la Fisiología Gástrica. Recuperado el 20 de marzo de 2017, a partir de http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?pid=S1409-00152010000200007&script=sci_arttext

Rodríguez R., F., Palma L., X., Romo B., Á., Escobar B., D., Aragón G., B., Espinoza O., L., ... Gálvez C., J. (2013). Hábitos alimentarios, actividad física y nivel socioeconómico en estudiantes universitarios de Chile. *Nutrición Hospitalaria*, 28(2), 447–455. <https://doi.org/10.3305/nh.2013.28.2.6230>

Salazar. (2013). Análisis de patrones alimentarios, hábitos de consumo y estilo de vida en pacientes diagnosticados con gastritis crónica atrófica en el hospital general Enrique Garcés. Recuperado el 4 de marzo de 2017, a partir de <http://repositorio.puce.edu.ec/bitstream/handle/22000/7518/8.29.001741.pdf?sequence=4>

Sánchez. (2014). Características sociodemográficas, hábitos de consumo alimentario y sustancia nocivas en pobladores con diagnóstico de gastritis y que acuden al centro de salud de Quilmaná. Recuperado el 4 de marzo de 2017, a partir de http://www.repositorioacademico.usmp.edu.pe/bitstream/usmp/1565/3/sanchez_acc.pdf

Sánchez, S. (2013). Tratamiento dietético nutricional en gastritis. Recuperado a partir de <http://www.dspace.espol.edu.ec/handle/123456789/25007>

Shunan, Ming, Esterlina, & Wenxing. (2017). Helicobacter Pylori Infection Associated Diseases. Recuperado el 10 de agosto de 2017, a partir de http://mo.qingres.com/UpLoad/PdfFile/Mo_890.pdf

Sierra. (2002). Cáncer gástrico, epidemiología y prevención. Recuperado el 29 de marzo de 2017, a partir de <http://www.redalyc.org/pdf/434/43444203.pdf>

Sociedad Española de Oncología Médica. (2014). Recuperado el 5 de abril de 2017, a partir de <http://www.seom.org/es/seom>

Sonnenberg, A., & Genta, R. M. (2015). Changes in the Gastric Mucosa With Aging. *Clinical Gastroenterology and Hepatology: The Official Clinical Practice Journal of the American Gastroenterological Association*, 13(13), 2276–2281. <https://doi.org/10.1016/j.cgh.2015.02.020>

Valdivia. (2011). Gastritis y gastropatías. Recuperado el 20 de marzo de 2017, a partir de http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S1022-51292011000100008&script=sci_arttext

Valenzuela, A. (2004). El consumo de té y la salud: características y propiedades benéficas de esta bebida milenaria. *Revista chilena de nutrición*, 31(2), 72–82. <https://doi.org/10.4067/S0717-75182004000200001>

Varbanova, M., Frauenschläger, K., & Malfertheiner, P. (2014). Chronic gastritis. *Best Practice & Research. Clinical Gastroenterology*, 28(6), 1031–1042. <https://doi.org/10.1016/j.bpg.2014.10.005>

Verdecia. (2016). AINES contra dolor, consecuencias de automedicación. Recuperado el 29 de abril de 2017, a partir de

<http://morfovirtual2016.sld.cu/index.php/Morfovirtual/2016/paper/viewFile/160/2>

20

Zak, M., & Pasiyeshvili, L. (2016). Chronic gastritis clinical features and stomach functional state during nonsteroidal anti-inflammatory drugs administration in patients with osteoarthritis. *EUREKA: Health Sciences*, 0(5), 17–22. <https://doi.org/10.21303/2504-5679.2016.00178>

ANEXOS

ANEXO 1: INSTRUMENTO

INSTRUMENTO

PRESENTACIÓN

Estimado Usuario, mi nombre es Karen Rojas Cascante, estoy realizando un estudio de investigación para optar por el grado de Licenciatura en Nutrición, en la Universidad Hispanoamericana. El objetivo es obtener información para el estudio, sobre: Características sociodemográficas, hábitos de alimentación y sustancias que puedan alterar los síntomas en la población con diagnóstico de gastritis. Desde ya agradezco su consentimiento para dicho estudio, confiándole que es de carácter anónimo y personal.

INSTRUCCIONES:

A continuación, se presentan una serie de preguntas, por favor complete la información solicitada, con la respuesta que considere más adecuada de acuerdo a lo solicitado:

A. CARACTERÍSTICAS SOCIO DEMOGRÁFICAS:

Edad:

- () 18 a 25 años
() 26 a 30 años
() 31 a 39 años

Sexo: Femenino: () Masculino: ()

Estado Civil: Soltero: () Casado: () Divorciado: () Unión Libre: () Viudo: ()

Grado académico:

Tipo de educación	Completa	Incompleta
Educación Primaria		
Educación Secundaria		
Educación Técnica		
Educación Universitaria		
Otro: _____		

Ocupación: _____

B. SINTOMATOLOGÍA:

Por favor, lea y responda cuidadosamente cada una de las preguntas. No deje ninguna pregunta sin contestar, incluso si le parece que se repiten. Nos interesan sus respuestas a las preguntas, no hay respuestas correctas o incorrectas.

Dolor.

A continuación, hay varias preguntas sobre su molestia abdominal (o dolor de estómago). Algunas de ellas son muy parecidas, pero respóndalas todas nos ayudará a entender mejor el dolor que siente.

1. En la siguiente línea escriba el número entre 0 (ausencia de dolor) y 10 (el dolor más intenso posible); que mejor describa el *dolor abdominal* que sintió en promedio en los últimos siete días: _____.
2. En la siguiente línea escriba el número entre 0 (ausencia de dolor) y 10 (el dolor más intenso posible); que mejor describa la *molestia abdominal* que sintió en promedio en los últimos siete días: _____.
3. En la siguiente línea escriba el número entre 0 (ausencia de dolor) y 10 (el dolor más intenso posible); que mejor describa su *peor molestia abdominal* que sintió en promedio en los últimos siete días: _____.
4. En los últimos siete días, ¿cuál fue en promedio la intensidad de su molestia abdominal (o dolor de estómago)? Haga una marca en entre el paréntesis al lado de la frase que mejor describa el dolor que sintió. Por favor, marque una sola frase.

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Ausencia de dolor o dolor leve | <input type="checkbox"/> Dolor molesto |
| <input type="checkbox"/> Dolor angustiante | <input type="checkbox"/> Dolor espantoso |
| <input type="checkbox"/> Dolor insoportable | |

Síntomas tipo no doloroso.

5. En los últimos 7 días, ¿hasta qué punto los siguientes trastornos han sido un problema para usted?

	Ningún problema	Problema leve; se puede ignorar	Problema moderado; no se puede ignorar, pero influye en las actividades diarias	Problema serio; influye en su concentración para realizar las actividades diarias	Problema muy serio; influye mucho en las actividades diarias y/o requiere reposo
Eructos					
Acidez o pirosis					
Hinchazón					
Gases					
Sabor ácido en la boca					
Nauseas					
Mal aliento					

6. Además de la Gastritis, ¿tiene otro padecimiento?, ¿Cuál?

7. ¿Toma medicamentos?, anote los medicamentos y la frecuencia con que la consume:

Medicamento	Frecuencia de consumo por día

C. HÁBITOS ALIMENTARIOS:

A continuación, se presentan una serie de preguntas, responda marcando con una equis, la alternativa que considera la respuesta correcta y es acorde a sus hábitos.

8. ¿Consume usted tabaco? Sí (), No (). ¿Cuál es la cantidad y la frecuencia?

9. ¿Consume usted alcohol? Sí (), No (). ¿Cuál es la cantidad, la frecuencia y el tipo?

10. ¿Consume usted café? Sí (), No (). ¿Cuál es la cantidad, la frecuencia y el tipo?

11. ¿Consume usted té? Sí (), No (). ¿Cuál es la cantidad, la frecuencia y el tipo?

12. ¿Evita usted el consumo de alimentos muy condimentados? Sí (), No ().

13. ¿Consume usted alimentos ricos en grasa (frituras) en casa? Sí (), No ().

14. ¿Al comer sus alimentos le añade chile picante? Sí (), No (). Tipo:

15. ¿Al comer sus alimentos le añade sal o condimento extra? Sí (), No ().

16. ¿Consume usted alimentos cada 3 horas? Sí (), No ().

17. ¿Consume usted comidas rápidas? Sí (), No (). ¿Con qué frecuencia?

18. Piense acerca de sus hábitos alimentarios durante el año pasado o más. ¿Qué tan seguido ha consumido los siguientes alimentos? Marque con una "x" en una casilla para cada alimento.

Alimentos	Menos de una vez al MES	2-3 veces al MES	1-2 veces a la SEMANA	3-4 veces a la SEMANA	5 o más a la SEMANA	Nunca
Productos cárnicos y sustitutos:						
<u>Carnes Blancas:</u>						
Pollo						
Pescado o atún						
<u>Carnes Rojas:</u>						
Carne de cerdo						
Carne de res						
Embutidos (Jamón, mortadela, tocineta, etc)						
Huevos						
Grasas:						
Aderezos para ensalada (mayonesa, Ranch, Italino, etc)						
Margarina						
Mantequilla						
Queso crema						
Helado de leche						
Legumbres (frijoles, lentejas, garbanzos, etc.)						

19. Piense acerca de sus hábitos alimentarios durante el año pasado o más. ¿Qué tan seguido ha consumido los siguientes alimentos? Marque con una "x" en una casilla para cada alimento.

Alimentos	Menos de una vez al MES	2-3 veces al MES	1-2 veces a la SEMANA	3-4 veces a la SEMANA	5 o más a la SEMANA	Nunca
Lácteos:						
Leche entera						
Leche semidescremada						
Leche descremada						
Yogurt						
Frutas:						
Sin tomar en cuenta los jugos de fruta, ¿con que frecuencia consume alguna fruta?						
Helado de frutas						
Vegetales:						
Vegetales cocidos (chayote, ayote, zanahoria, remolacha, etc.)						
Vegetales crudos (ensaladas)						
Productos integrales (pan integral, galleta integral)						
Jugo de papa						
Jugo de cítricos (naranja, limón, piña)						
Refrescos gaseosos						
Alimentos ricos en azúcar						
Snack (papas tostadas, picaritas, meneíto, etc)						

20. ¿Le adiciona alguna clase de fibra extra a sus alimentos, como por ejemplo afrecho, chíá, o algún otro tipo de suplemento para complementar su alimentación? Indíquelo(s):

21. ¿Cuál(es) es (son) el (los) alimento(s) que usted sabe, que le genera los síntomas de la gastritis? Indíquelo(s): _____

22. ¿Cuántos tiempos de comida realiza al día?

1 2 3 4 5 más

23. ¿Cada cuantas hora realiza un tiempo de comida durante el día?

1 hora 2 horas 3 horas 4 horas

5 horas No las cuento

24. ¿Que consume usted para contrarrestar la sintomatología de la gastritis primeramente?

Medicamento Alimento.

Muchas gracias, por su colaboración.

ANEXO 2: CONSENTIMIENTO INFORMADO

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Título de la Investigación: RELACIÓN DE LOS HÁBITOS ALIMENTARIOS EN LA SINTOMATOLOGÍA ACTUAL DE ADULTOS DE 18 A 39 AÑOS DIAGNOSTICADOS CON GASTRITIS CRÓNICA, SAN JOSÉ, 2016

Nombre de la Investigadora Principal: Karen Rojas Cascante

Nombre del participante: _____

A. PROPÓSITO DE LA INVESTIGACIÓN:

Estimado Usuario, mi nombre es Karen Rojas Cascante, estoy realizando un estudio de investigación para optar por el grado de Licenciatura en Nutrición, en la Universidad Hispanoamericana. Con el fin de obtener información para el estudio, sobre las características sociodemográficas, hábitos de consumo alimentario y sustancias nocivas.

B. ¿QUÉ SE HARÁ?:

La población a la que va dirigido dicho cuestionario es la que presenta gastritis crónica y que la misma haya sido diagnosticada. Lo ideal es que el paciente responda con la información que más se ajuste a su realidad, según las características que se le manifiesten de acuerdo a su patología. El cuestionario tomará alrededor de 5 minutos para ser completado.

C. RIESGOS:

En general, desarrollar este cuestionario, no representa ningún riesgo que atente con la salud y la condición de los participantes, no obstante, pueden sentirse incómodos en el momento de responder las preguntas sobre su patología o consumo de alimentos.

D. BENEFICIOS:

El beneficio de esta investigación, es poder determinar o identificar cuáles son los alimentos que alteran la sintomatología de la gastritis y de esta manera informar a la población afectada por este padecimiento, para que modifiquen la alimentación y por lo tanto mejorar la calidad de vida.

- E. Antes de dar su autorización para este estudio, usted debe haber hablado con la investigadora Karen Rojas Cascante, quien debió haber contestado de forma satisfactoria todas sus preguntas. Si quisiera mayor información más adelante, puede obtenerla llamando a la investigadora a cargo al teléfono 8323-73-81 en el horario 9:00 a.m a 4: 00 p.m. Cualquier consulta adicional puede comunicarse a la Universidad Hispanoamericana **al teléfono 2256-8197**, de lunes a viernes en el horario de 8 a.m a 5 p.m.
- F. Recibirá una copia de esta fórmula firmada para su uso personal.
- G. Su participación en este estudio es voluntaria. Tiene el derecho **de negarse a participar o a interrumpir** su participación en cualquier momento, sin que esta decisión afecte la calidad de la atención médica o de otra índole que requiera.
- H. Su participación en este estudio es confidencial por lo que en caso de publicarse los resultados de esta investigación o divulgarse en una reunión científica, se garantiza estrictamente el anonimato de todas las personas participantes en el estudio.
- I. No perderá ningún derecho legal por firmar este documento.

CONSENTIMIENTO

He leído o se me ha leído, toda la información descrita en esta fórmula, antes de firmarla. He tenido la oportunidad de hacer preguntas y éstas han sido contestadas en forma adecuada. Por lo tanto, accedo a participar como sujeto de estudio en esta investigación.

Nombre, cédula y firma del sujeto (niños mayores de 12 años y adultos) fecha

Nombre, cédula y firma del testigo fecha

Nombre, cédula y firma del Investigador que solicita el consentimiento fecha

NOTA : Si el participante es un menor de 12 años, se le debe explicar con particular cuidado en qué consiste lo que se le va a hacer.

Se le recuerda que si va a trabajar con adolescentes de edades entre 12 y 18 años, debe elaborar fórmula de asentimiento informado.

