



UNIVERSIDAD DE HUÁNUCO



FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA ACADÉMICA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA

**“FACTORES RELACIONADOS A GASTRITIS EN
PERSONAL DEL CENTRO INTEGRAL DEL ADULTO
MAYOR EN EL CENTRO DE SALUD ACOMAYO -
HUÁNUCO 2014”**

**TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE
LICENCIADA EN ENFERMERÍA**

TESISTA : Bach. AMBICHO RAMIREZ, Mariela

ASESOR : Lic. Enf. BORNEO CANTALICIO, Eler

HUÁNUCO – PERÚ

2016

ESCUELA ACADEMICO PROFESIONAL DE ENFERMERÍA



**“FACTORES RELACIONADOS A GASTRITIS EN
PERSONAL DEL CENTRO INTEGRAL DEL ADULTO
MAYOR EN EL CENTRO DE SALUD ACOMAYO -
HUANUCO 2014”**



UNIVERSIDAD DE HUÁNUCO



FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE ENFERMERÍA

ACTA DE SUSTENTACIÓN DE TESIS

En la ciudad de Huánuco, siendo las 04:00 horas del día 15 del mes de diciembre del año dos mil dieciséis, en el Auditorio de la Facultad de Ciencias de la Salud en cumplimiento de lo señalado en el Reglamento de Grados y Títulos de la Universidad de Huánuco, se reunió el Jurado Calificador integrado por los docentes:

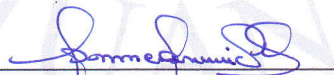
- | | |
|---|------------|
| • Mg. Amalia Verónica Leiva Yaro | Presidenta |
| • Mg. Edith Cristina Jara Claudio | Secretaria |
| • Lic. Enf. David Aníbal Barrueta Santillán | Vocal |

Nombrados mediante Resolución N°2100-2016-D-FCS-UDH, para evaluar la Tesis intitulado: "FACTORES RELACIONADOS A GASTRITIS EN PERSONAL DEL CENTRO INTEGRAL DEL ADULTO MAYOR EN EL CENTRO DE SALUD ACOMAYO – HUÁNUCO 2014", presentada por la Bachiller en Enfermería Srta. Mariela AMBICHO RAMIREZ, para optar el Título Profesional de Licenciada en Enfermería.


Dicho acto de sustentación se desarrolló en dos etapas: exposición y absolución de preguntas, procediéndose luego a la evaluación por parte de los miembros del Jurado.

Habiendo absuelto las objeciones que le fueron formuladas por los miembros del jurado y de conformidad con las respectivas disposiciones reglamentarias, procedieron a deliberar y calificar, declarándolo (a) Aprobado por mayoría con el calificativo cuantitativo de 12 y cualitativo de suficiente.

Siendo las 18 00 horas del día 15 del mes de Diciembre del año 2016, los miembros del Jurado Calificador firman la presente Acta en señal de conformidad.


PRESIDENTA


SECRETARIA


VOCAL

INDICE

	Pág.
DEDICATORIA	i
AGRADECIMIENTO	ii
RESUMEN	iii
ABSTRACT	iv
INTRODUCCIÓN	v
CAPÍTULO I. EL PROBLEMA DE INVESTIGACION	
1.1. Descripción del problema	01
1.2. Formulación del Problema	06
1.3. Objetivos	07
1.4. Hipótesis	08
1.5. Variables	09
1.6. Operacionalización de las variables	10
1.7. Justificación e importancia	13
1.7.1. A nivel teórico	13
1.7.2. A nivel práctico	14
1.7.3. A nivel metodológico	14
CAPÍTULO II. MARCO TEORICO	
2.1. Antecedentes de investigación	15
2.2. Bases teóricas	21
2.3. Bases conceptuales	23

CAPÍTULO III. MARCO METODOLÓGICO

3.1. Tipo de estudio	38
3.2. Diseño del estudio	38
3.3. Población	39
3.4. Muestra y muestreo	40
3.5. Métodos e instrumentos utilizados en la investigación	40
3.6. Procedimientos de recolección de datos	42
3.7. Elaboración de los datos	43
3.8. Análisis de los datos	44
3.9. Consideraciones éticas	44

CAPÍTULO IV. ANÁLISIS DE RESULTADOS

4.1. Resultados descriptivo	46
4.2. Resultados inferencial	63

CAPÍTULO V. DISCUSIÓN

5.1. Discusión de los resultados	71
CONCLUSIONES	74
RECOMENDACIONES	75
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	76
ANEXOS	83

INDICE DE TABLA

	pág.
Tabla 1. Características demográficas de las personas del Centro Integral del Adulto Mayor del Centro de Salud Acomayo – Huánuco 2014	46
Tabla 2. Características sociales de las personas del Centro Integral del Adulto Mayor del Centro de Salud Acomayo – Huánuco 2014	47
Tabla 3. Características familiares de las personas del Centro Integral del Adulto Mayor del Centro de Salud Acomayo – Huánuco 2014	48
Tabla 4. Características del estado de salud de las personas del Centro Integral del Adulto Mayor del Centro de Salud Acomayo – Huánuco 2014	49
Tabla 5. Consumo de medicamentos de las personas del Centro Integral del Adulto Mayor del Centro de Salud Acomayo – Huánuco 2014	50
Tabla 6. Tipo de medicamento de consumo de las personas del Centro Integral del Adulto Mayor del Centro de Salud Acomayo – Huánuco 2014	51
Tabla 7. Frecuencia de consumo del medicamento de las personas del Centro Integral del Adulto Mayor del Centro de Salud Acomayo – Huánuco 2014	52
Tabla 8. Frecuencia del consumo de comidas al día de las personas del Centro Integral del Adulto Mayor del Centro de Salud Acomayo – Huánuco 2014	53
Tabla 9. Desayuno antes del inicio de las actividades diarias de las personas del Centro Integral del Adulto Mayor del Centro de Salud Acomayo – Huánuco 2014	54
Tabla 10. Respeto del horario regular de las comidas de las personas del Centro Integral del Adulto Mayor del Centro de Salud Acomayo – Huánuco 2014	55
Tabla 11. Alimentación en base a frituras de las personas del Centro Integral del Adulto Mayor del Centro de Salud Acomayo – Huánuco 2014	56
Tabla 12. Frecuencia de la alimentación en base a frituras de las personas del Centro Integral del Adulto Mayor del Centro de Salud Acomayo – Huánuco 2014	57
Tabla 13. Consumo de alimentos con alta concentración de condimentos de las personas del Centro Integral del Adulto Mayor del Centro de Salud Acomayo – Huánuco 2014	58
Tabla 14. Consumo de alimentos fríos o calientes de las personas del Centro Integral del Adulto Mayor del Centro de Salud Acomayo – Huánuco 2014	59

Tabla 15.	Presencia de estrés de las personas del Centro Integral del Adulto Mayor del Centro de Salud Acomayo – Huánuco 2014	60
Tabla 16.	Signos y síntomas de gastritis de las personas del Centro Integral del Adulto Mayor del Centro de Salud Acomayo – Huánuco 2014	61
Tabla 17.	Presencia de gastritis de las personas del Centro Integral del Adulto Mayor del Centro de Salud Acomayo – Huánuco 2014	62
Tabla 18.	Relación entre consumo de medicamentos antiinflamatorios y la presencia de gastritis de las personas del Centro Integral del Adulto Mayor del Centro de Salud Acomayo – Huánuco 2014	63
Tabla 19.	Relación entre consumo inadecuado de comidas al día y la presencia de gastritis de las personas del Centro Integral del Adulto Mayor del Centro de Salud Acomayo – Huánuco 2014	64
Tabla 20.	Relación entre falta de desayuno antes de iniciar las actividades diarias y la presencia de gastritis de las personas del Centro Integral del Adulto Mayor del Centro de Salud Acomayo – Huánuco 2014	65
Tabla 21.	Relación entre falta de respeto del horario regular de las comidas y la presencia de gastritis de las personas del Centro Integral del Adulto Mayor del Centro de Salud Acomayo – Huánuco 2014	66
Tabla 22.	Relación entre consumo de alimentos a base de frituras y la presencia de gastritis de las personas del Centro Integral del Adulto Mayor del Centro de Salud Acomayo – Huánuco 2014	67
Tabla 23.	Relación entre consumo de alimentos con alta concentración de condimentos y la presencia de gastritis de las personas del Centro Integral del Adulto Mayor del Centro de Salud Acomayo – Huánuco 2014	68
Tabla 24.	Relación entre consumo de alimentos fríos o calientes y la presencia de gastritis de las personas del Centro Integral del Adulto Mayor del Centro de Salud Acomayo – Huánuco 2014	69
Tabla 25.	Relación entre el estrés y la presencia de gastritis de las personas del Centro Integral del Adulto Mayor del Centro de Salud Acomayo – Huánuco 2014	70

DEDICATORIA

A nuestro divino Dios por iluminar mí camino, por ser la luz que me orienta hacia un horizonte mejor. Y a mis padres por el apoyo incondicional para el logro de mis objetivos, a ellos por siempre mi corazón y mi agradecimiento.

AGRADECIMIENTO

Definitivamente este trabajo no se habría podido realizar sin la colaboración de muchas personas que me brindaron su ayuda; siempre resultara difícil agradecer a todos aquellos que de una u otra manera me han acompañado en este trabajo de investigación, porque nunca alcanza el tiempo, o la memoria para mencionar o dar con justicia todos los créditos y méritos a quienes se lo merecen. Por tanto, quiero agradecerles a todos ellos cuanto han hecho por mí, para que este trabajo saliera de la mejor manera posible.

A dios por ser fuente de motivación en los momentos de angustia, por estar conmigo en todo momento de mi vida y gracias por ayudarme a alcanzar este sueño tan anhelado por mí y mi familia, ya que sin su ayuda no lo hubiera alcanzado.

A mis padres y hermanos que me impulsaron para alcanzar mis objetivos, a todos ellos que me resulta difícil poder nombrarlos en tampoco espacio, sin embargo ustedes saben que son parte de este triunfo.

A mis docentes, por sus enseñanzas, por orientarme y por brindarme sabios conocimientos.

RESUMEN

OBJETIVO: Identificar los factores relacionados a la gastritis en las personas del centro integral del adulto mayor.

MÉTODOS: Se llevó a cabo un estudio correlacional con 80 adultos mayores del Centro de Salud Acomayo de Huánuco durante el año 2014. En la recolección de datos se utilizaron una guía de entrevista, una escala de estrés y una guía de observación. Para el análisis inferencial de los resultados se utilizó la Prueba Chi cuadrado de independencia.

RESULTADOS: El 61,3% (49 adultos mayores) presentaron gastritis. Por otro lado, se encontró que el factor medicamento que se relaciona con la gastritis fue el consumo de medicamentos antiinflamatorios ($X^2=21,43$; $p\leq 0,000$). Dentro de los factores de malos hábitos alimenticios fueron la falta de desayuno antes de iniciar las actividades diarias ($X^2=4,85$; $p\leq 0,028$); falta de respeto del horario regular de las comidas ($X^2=8,99$; $p\leq 0,003$) y consumo de alimentos fríos o calientes ($X^2=15,76$; $p\leq 0,000$). Y, el estrés se relaciona significativamente con la presencia de gastritis ($X^2=15,65$; $p\leq 0,000$).

CONCLUSIONES: Los factores de medicamento, malos hábitos alimenticios y el estrés se relacionan con la presencia de gastritis en adultos mayores.

Palabras clave: gastritis, medicamento, hábitos alimenticios, adulto mayor.

ABSTRACT

OBJECTIVE: To identify factors related to gastritis in people's comprehensive center of the elderly.

METHODS: They conducted a correlational study with 80 seniors Acomayo Center for Health Huánuco 2014. The data collection an interview guide, a scale of stress and an observation guide used. For the inferential analysis of the results the chi-square test of independence was used.

RESULTS: 61.3 % (49 seniors) had gastritis. Furthermore, it was found that the drug is related factor was gastritis consumption antiinflammatory drugs ($X^2 = 21.43$; $p \leq 0,000$). Among the factors of poor eating habits were the lack of breakfast before starting daily activities ($X^2 = 4.85$; $p \leq 0,028$); disrespect regular mealtimes ($X^2 = 8.99$; $p \leq 0,003$) and consumption of hot or cold foods ($X^2 = 15.76$; $p \leq 0,000$). And stress is significantly related to the presence of gastritis ($X^2 = 15.65$; $p \leq 0,000$).

CONCLUSIONS: Drug factors, poor eating habits and stress are related to the presence of gastritis in elderly.

Keywords: gastritis, medicine, eating habits, elderly.

INTRODUCCION

El presente estudio se realiza, debido a que existe la necesidad de conocer los factores relacionados a gastritis sobre todo en la etapa de vida adulto mayor. El objetivo de la investigación es identificar los factores relacionados a la gastritis en las personas del centro integral del adulto mayor de Acomayo Huánuco en el periodo 2014.

Por otra parte, el término gastritis es, con frecuencia, utilizado de forma indebida. A menudo, el clínico lo utiliza para hacer referencia a un cuadro clínico consistente en epigastralgia o dispepsia y los radiólogos para referirse a cambios inespecíficos en la imagen radiológica. No obstante, la gastritis debe referirse exclusivamente a criterios histológicos y, por definición, consiste en la aparición de un infiltrado inflamatorio en la mucosa gástrica. A pesar de todo, por extensión, muchas veces engloba trastornos gástricos que cursan con lesión de la mucosa de índole no inflamatoria y que, siendo estrictos en la nomenclatura, deben ser englobados dentro del concepto de gastropatía¹.

La gastritis es un proceso inflamatorio primario de la mucosa gástrica, sin alteraciones macroscópicas características ni sintomatología definida, se trata de una entidad de diagnóstico histopatológico, determinado por diversas causas². En el adulto mayor, la gastritis está considerada como una causa importante de morbi-mortalidad³. Algunas gastritis son de aparición brusca y de corta duración (gastritis agudas), con síntomas de dolor severo y molestias difusas en el estómago, náuseas con o sin vómitos y molestias

digestivas inespecíficas y otras de larga evolución (gastritis crónicas) más complejas.

Ramírez y Gilman⁴ manifiestan que la gastritis es etiológicamente multifactorial, observándose que en un solo paciente pueden intervenir múltiples factores tanto exógenos (*Helicobacter pylori* y otras infecciones, AINES, Irritantes gástricos, Drogas, Alcohol, Tabaco, Cáusticos, Radiación) como endógenos (Acido gástrico y pepsina, Bilis, Jugo pancreático, Urea, Inmunes).

Por todo lo anterior la investigación se compone de cinco capítulos.

En el primero comprende el problema, la formulación del problema, los objetivos, la hipótesis, las variables y la justificación e importancia del estudio.

El segundo capítulo se compone por el marco teórico, el cual incluye los antecedentes de investigación, las bases teóricas para el sustento del problema y las bases conceptuales.

En el tercer capítulo se expone la metodología de la investigación, la cual está compuesta de las siguientes partes: tipo de estudio, diseño, población y muestra, técnicas e instrumentos de recolección, elaboración y análisis de datos y las consideraciones éticas.

Asimismo, en el cuarto capítulo se presentan los resultados de la investigación, compuestos por los resultados descriptivos y los resultados inferenciales.

Por último, en el quinto capítulo se presenta la discusión de los resultados. Posteriormente se presentan las conclusiones y las

recomendaciones. También se incluyen las referencias bibliográficas y los anexos.

CAPITULO I

1. EL PROBLEMA DE INVESTIGACION

1.1. DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA

Uno de los trastornos que con más frecuencia afecta a la población mundial lo constituyen las enfermedades gastrointestinales, dentro de ellas la más común es la gastritis, padecimiento de etiología multifactorial⁵.

La gastritis es una enfermedad que se presenta con la inflamación aguda o crónica de la mucosa gástrica. Existe una correlación muy pobre entre la clínica, los hallazgos endoscópicos y la histopatología, es decir, que se pueden encontrar pacientes con pocos hallazgos endoscópicos y con hallazgos histopatológicos y viceversa. Desde el punto de vista topográfico pueden ser: gastritis antral, del cuerpo o pangastritis. Es frecuente la combinación de diferentes factores etiológicos en un mismo paciente, es decir, que un mismo paciente esté tomando antiinflamatorios no esteroideos (AINEs) y que tenga una infección por *Helicobacter Pylori*⁶.

Los síntomas son diferentes entre un paciente y otro. Los síntomas pueden incluir malestar o dolor de estómago, eructos, hemorragia abdominal, náuseas, vómitos, sensación de plenitud⁷.

La magnitud de la problemática en estudio se presenta a través de la incidencia de gastritis, a nivel mundial se ha observado que los pacientes que consumen antiinflamatorios no esteroideos (AINEs) son más propensos a

presentar sangrado digestivo alto, acompañado de otras afecciones como: úlcera duodenal, gastroduodenitis aguda, gastritis aguda y úlcera gástrica⁸.

Se calcula que unos 30 millones de personas usan antiinflamatorios no esteroideos (AINEs) diariamente. Solo en Norteamérica (USA) se realizan más de 70 millones de prescripciones de antiinflamatorios no esteroideos (AINEs) al año, cifras a las que debemos añadir los adquiridos sin receta medica⁹.

Cabe indicar que el Minsa de Guatemala considera a la gastritis dentro de las 4 primeras causas, lo que representa el 75% del total de las consultas¹⁰.

La gastritis por *Helicobacter Pylori* mundialmente es considerada la infección bacteriana más difundida y prevalente. Se considera que la mitad de la población se ve afectada por ella en algún momento de la vida, ocurriendo la mayor incidencia en los países en vías de desarrollo¹¹.

Según Ruiz¹², en el Perú en los pacientes con gastritis se encontró una prevalencia global de 80 % siendo mayor la infección por *Helicobacter Pylori* en varones que en mujeres (10% más), hallazgo que se repetía en las tres regiones naturales estudiadas. Asimismo se encontró mayor prevalencia no estadísticamente significativa en pobladores de la sierra y selva que en la costa. En Ica en pacientes con patología gástrica se encontró el 92 % de pacientes con gastritis y una prevalencia de la bacteria de 181 %.

Así mismo el ministerio de salud indica que entre las 20 primeras causas de morbilidad en el ciclo de vida adulto y adulto mayor en Lima Sur las enfermedades del esófago, estómago y duodeno ocupa el sexto lugar (3.7%), dentro de este grupo la enfermedad representativa es gastritis (66%)¹³.

El Departamento de Huánuco, es una zona de alta incidencia de cáncer gástrico, donde se presenta uno a dos casos por semana en el Servicio de Gastroenterología del Hospital Regional Hermilio Valdizan Medrano, la mayoría de ellos en estadios muy avanzados¹⁴.

En el distrito de Chinchao en el 2013 se presentó 593 casos de gastritis siendo 149 adultos mayores de 60 años¹⁵.

Los factores causantes de este mal, son los inadecuados estilos de vida como la alimentación con comidas ricas en grasa, muy condimentadas, picantes, así como el abuso de analgésicos (ácido acetil salicílico, piroxicam, indometacina, etc.) o infección por *Helicobacter Pylori* dan origen a la inflamación de la cámara gástrica, lo cual se denomina gastritis¹⁶.

El estrés juega un papel importante en el desarrollo de la gastritis puesto que es un problema de salud pública en todo el mundo debido a que afecta a toda la población, es decir, sin distinción de edad, sexo, raza o nivel socioeconómico. Se ha considerado que existe una relación entre el estrés psicosocial y los problemas en el trabajo, familiares y sociales, lo que repercute en las funciones básicas del organismo alterando su equilibrio y ocasionando enfermedades agudas¹⁷.

Así mismo el estrés está demostrado que en cualquier edad, constituye un factor de riesgo para la salud, el bienestar y la calidad de vida de las personas; pero esto se torna particularmente sensible en la tercera edad, etapa del ciclo vital en que resulta de suma importancia su prevención y control¹⁸.

Muchas de las personas mayores no están exentas de situaciones negativas: mala salud, bajos ingresos, muerte de un cónyuge, y además el

envejecimiento del sistema inmunológico los hace más vulnerables a los efectos del estrés y, por lo tanto, más propensos a responder, desarrollando una enfermedad¹⁹.

Las personas que presentan trastornos alimenticios, que no cuentan con un horario fijo de comer, son más expuestos a sufrir gastritis, enfermedad que afecta en el país tanto a hombres como mujeres, niños y ancianos²⁰.

Las drogas que causan esta enfermedad de la gastritis los más frecuentes son los antiinflamatorios no esteroideos (AINEs) causando injuria gástrica por mecanismos de acción local y sistémica²¹.

Así mismo los antiinflamatorios no esteroideos (AINEs) reducen la producción de factores gastroprotectores como el mucus gástrico y el bicarbonato y estimulan el daño microvascular dependiente de neutrófilos y especies reactivas del oxígeno (ERO), las cuales causan daño de la mucosa gástrica a través de la oxidación de lípidos, proteínas y DNA, unido a un aumento de la apoptosis de las células epiteliales gástricas²².

Los adultos mayores son los principales consumidores de antiinflamatorios no esteroideos (AINEs). Ésta población es más susceptible a sus reacciones adversas, especialmente del tracto digestivo, debido a que la mucosa gástrica senil sintetiza menos prostaglandinas citoprotectoras²³.

Diversos autores hacen referencia sobre las causas que conllevan al desarrollo de la gastritis. Entre las más comunes están el consumo importante de antiinflamatorios no esteroideos (AINEs), en especial aspirina, consumo excesivo de alcohol y tabaco, infección del estómago por una bacteria llamada

Helicobacter Pylori. Las causas menos comunes son anemia perniciosa, reflujo biliar, estrés extremo e infecciones virales²⁴.

La gastritis tiene diversas consecuencias, que aparecen de forma pasajero o perdurable. Los pacientes con gastritis de predominio antral presentan una mayor producción de ácido y tienden a desarrollar úlcera duodenal. Por el contrario, los pacientes con gastritis de predominio en cuerpo gástrico producen menos ácido, lo que les predispone al desarrollo de úlcera gástrica. En este caso, y en un porcentaje bajo de individuos, puede desarrollarse atrofia gástrica, metaplasia intestinal, displasia y, finalmente, carcinoma gástrico²⁵.

En base a la problemática expuesta, se pretende realizar esta investigación, cuyo objetivo es identificar los problemas de riesgo que conllevan al desarrollo de la gastritis en las personas adultas mayores del centro integral del adulto mayor de Acomayo, para su prevención y control de este mal que aqueja a esta población puesto que pueden llevar una mejor calidad de vida.

1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

1.2.1. Problema general

¿Cuáles son los factores que se relacionan a la gastritis en las personas del centro integral del adulto mayor de Acomayo Huánuco en el 2014?

1.2.2. Problemas específicos

- ¿Cómo se relaciona el factor medicamentos con la gastritis en personas adultos mayores?
- ¿Cuál es la relación entre el factor malos hábitos alimenticios y la gastritis en personas adultos mayores?
- ¿De qué manera el factor estrés se relaciona a la gastritis en personas adultos mayores?

1.3. OBJETIVOS

1.3.1. Objetivo general

Identificar los factores relacionados a la gastritis en las personas del centro integral del adulto mayor de Acomayo Huánuco en el 2014.

1.3.2. Objetivos específicos

- Valorar la relación entre el factor medicamentos y la gastritis en personas adultas mayores.
- Evaluar la relación entre el factor malos hábitos alimenticios y la gastritis en personas adultas mayores.
- Identificar la relación entre el factor estrés y la gastritis en personas adultas mayores.

1.4. Hipótesis

1.4.1. Hipótesis general

Ho: Los factores no se relacionan con la gastritis en personas del centro integral del adulto mayor de Acomayo Huánuco en el 2014.

Hi: Los factores se relacionan con la gastritis en personas del centro integral del adulto mayor de Acomayo Huánuco en el 2014.

1.4.2. Hipótesis específicas

Ho₁: El factor medicamentos no se relaciona a la gastritis en personas adultas mayores.

Ha₁: El factor medicamentos se relaciona a la gastritis en personas adultas mayores.

Ho₂: El factor malos hábitos alimenticios no se relaciona a la gastritis en personas adultas mayores.

Ha₂: El factor malos hábitos alimenticios se relaciona a la gastritis en personas adultas mayores.

Ho₃: El factor estrés no se relaciona a la gastritis en personas adultas mayores.

Ha₃: El factor estrés se relaciona a la gastritis en personas adultas mayores.

1.5. IDENTIFICACIÓN DE VARIABLES

Variable X

Factores relacionados a la gastritis.

Variable Y

Gastritis.

Variables de caracterización o intervinientes:

Características de las personas adultas mayores

Características socio demográficas

Edad.

Genero.

Procedencia.

Características sociales

Estado civil.

Ocupación.

Grado de escolaridad.

Religión.

Características familiares

Carga familiar.

Tipo de carga familiar.

Características del estado de salud

Enfermedad.

Tipo de enfermedad.

1.6. OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES

VARIABLE	DIMENSIÓN	INDICADOR	VALOR FINAL	ESCALA
VARIABLE PRINCIPAL				
Gastritis	Única	Gastritis	Si No	Nominal Dicotómica
VARIABLE SECUNDARIA				
Factores relacionados a gastritis	Factor Medicamentos	<ul style="list-style-type: none"> • Consumo de medicamentos antiinflamatorios 	Si No	Nominal Dicotómica
	Factor malos hábitos alimenticios	<ul style="list-style-type: none"> • Consumo inadecuado de comidas al día • Falta de desayuno antes de iniciar las actividades diarias • Falta de respeto del horario regular de las comidas • Consumo de alimentos a base de frituras • Consume alimentos con alta concentración de condimentos • Consume alimentos fríos o calientes 	Si No	Nominal Dicotómica

	Factor estrés	Presencia de estrés	Si No	Nominal Dicotómica
VARIABLES DE CARACTERIZACIÓN				
Caracterización de la muestra	Características demográficas	Edad	Edad años	De razón
		Genero	Masculino Femenino	Nominal dicotómica
		Procedencia	Rural Urbano Urbano marginal	Nominal politomica
	Características Sociales	Estado civil	Casado(a) Conviviente Divorciado (a) Viudo(a)	Nominal politomica
		Ocupación	Jubilado Agricultor Comerciante Trabajador dependiente Otros	Nominal politomica
		Grado de escolaridad	Sin estudio Primaria incompleta Primaria completa Secundaria incompleta Secundaria completa Superior	Ordinal politomica
		Religión	Católico Evangélico Otros	Nominal politomica
	Características familiares	Vive	Solo Hijos Esposo(a) Familia Otros	Nominal politomica
		carga familiar	Si No	Nominal dicotómica
		Tipo de carga familiar	Hijos Esposo(a) Nietos(as) Otros	Nominal politomica
		Enfermedad	Si No	Nominal dicotómica

		Tipo de enfermedad	Osteoartrosis Problemas cardiovasculares Hipertensión Otros	Nominal poliomca
--	--	--------------------	--	---------------------

1.7. JUSTIFICACIÓN E IMPORTANCIA

1.7.1. A nivel teórico

El presente trabajo de investigación es importante puesto que la gastritis es considerada un problema de salud pública por su alta prevalencia e incidencia en las estadísticas epidemiológicas recientes, ya que dentro de los trastornos gastrointestinales es la que con más frecuencia afecta a toda la población del mundo, causando irritación de la mucosa gástrica principalmente generada por los malos hábitos alimenticios, el estrés, la ansiedad, el abuso de ciertos medicamentos o más frecuente por la aparición de la *Helicobacter Pylori*.

Así mismo la gastritis es una entidad de elevada morbilidad a nivel mundial, su incidencia varía en las diferentes regiones y países. Muchas de estas anomalías se han incrementado en los últimos años, en gran parte por la vida cotidiana, que encierra malos hábitos alimenticios, estrés y el consumo de medicamentos crónicos en determinados grupos de edad, siendo la etapa de vida del adulto mayor más vulnerables debido a las condiciones de vida, de salud, de pobreza y el mismo proceso natural de envejecimiento del anciano. La gastritis es una enfermedad que con el tiempo se va desarrollando y trae consigo graves consecuencias irreparables e inevitables. En el Perú, es una de las causas que con más frecuencia motivan la consulta gastroenterológica.

Determinando así que la evolución de la gastritis con agregados de procesos infecciosos y sin proporcionar diagnósticos y tratamientos adecuados evolucionan a tal grado a la atrofia gástrica, que en un momento dado será un factor de alto riesgo para el desarrollo de carcinoma gástrico²⁶.

1.7.3. Justificación practica

Este estudio constituye un beneficio para los adultos mayores del centro integral de adulto mayor de Acomayo, permitiendo al personal de salud a cargo del programa diseñar planes de mejoras en la prevención de la gastritis y sus complicaciones así mismo en la planificación de las actividades de atención de enfermería del adulto mayor para reforzar la interacción y brindar una atención de manera integral y holística, orientando y apoyando a manejar el estilo de vida saludable del adulto mayor y su afrontamiento de la mejor manera posible en función de favorecer su calidad de vida para un disfrute de un envejecimiento activo y saludable.

Por otra parte, se aspira a dar a conocer a los adultos mayores y al personal de salud del programa los factores que conllevan al desarrollo de la gastritis.

1.7.4. Justificación metodológica

El presente trabajo de investigación sirve para futuras investigaciones para lograr la validación del instrumento ya que es una herramienta de representación metodológica.

Así mismo sirve como referencia bibliográfica para la realización de futuros trabajos sobre el tema, ya que conllevará a especificar estándares de acción.

Del mismo modo el presente estudio contribuye a identificar los factores que conllevan al desarrollo de la gastritis.

CAPITULO II

2. MARCOTEÓRICO

2.1. ANTECEDENTES DE INVESTIGACIÓN

Sobre el problema a investigar, existen trabajos de investigación y estudios relacionados, los cuales fueron realizados tanto en el ámbito internacional, nacional y local.

2.1.1. Antecedentes internacionales

En Guatemala en el 2012 Herrera²⁷, presentó un estudio descriptivo titulado “prevalencia de gastritis en un segmento de la población estudiantil de la facultad de ciencias químicas y farmacia de la universidad de san Carlos de Guatemala que cursan el segundo año con carnet 2010 y la elaboración de un trifoliar informativo”, con el objetivo de determinar la prevalencia de gastritis en estudiantes, se realizó una encuesta la cual fue contestada por una muestra representativa de la población estudiantil. La población total fue de 163 estudiantes. La recolección de información fue mediante encuestas. En resultados del estudio se constató que la prevalencia de gastritis es el 25%, así mismo se evidenciaron que el 36% de la población estudiantil conoce los síntomas de la gastritis, el 44% tiene un conocimiento a medias ya que solamente saben que es un malestar estomacal pero poco de lo que realmente es, y el 20% de la población desconoce totalmente que es gastritis, con el fin de que el estudiante se informe y prevenga la gastritis se realizó el trifoliar

informativo para estudiantes. Este antecedente de investigación presenta cercanía con el estudio, en el sentido de que orienta en la elaboración del instrumento de recolección de datos.

En Ecuador en el 2011 Coronel²⁸, presentó un estudio descriptivo de corte transversal titulado “Factores socioculturales relacionado con gastritis, en los adolescentes del Centro de Desarrollo por la niñez y la adolescencia en pasaje de enero a marzo del 2009”, con el objetivo de analizar las principales causas de gastritis en los adolescentes. La población total fue de 40 adolescentes. Para la recolección de información se usó la encuesta a través de cuestionario. En resultados del estudio se constató que el 35% de los adolescentes tienen conocimiento y sin embargo consumen alimentos a horas no adecuadas, el 45% que a veces consumen alimentos condimentados a pesar de tener conocimiento, el 75% se realizan controles médicos ocasionalmente y ocasionalmente tienen ardor de estómago, el 17,5% consumen alimentos calentados muy frecuente y están en riesgo de presentar gastritis, que el 55% presentan ardor de estómago y son de sexo masculino, mientras que el 45% presentar ardor de estómago y son de sexo femenino. Este otro antecedente de investigación presenta cercanía con el estudio, en el sentido de que orienta en la elaboración del instrumento de recolección de datos.

En México, 2010, Ocharan, López²⁹, presentó un estudio descriptivo titulado “Eficacia de los prebióticos como tratamiento adyuvante al farmacológico en pacientes con gastritis crónica por *Helicobacter Pylori*. El estudio es clínico, controlado, aleatorizado, abierto que incluyo pacientes

portadoras de gastritis crónica producida por *Helicobacter Pylori* estudiadas mediante endoscopia y estudio histopatológico donde el grupo control recibió tratamiento triple con metamizol, amoxicilina y omeprazol. Los antibióticos fueron dados por 10 días y el omeprazol por 28 días. El grupo experimental recibió el mismo tratamiento más prebiótico (maltodextrina) 10gr por 10 días y se realizó prueba del aliento a las 4 semanas determinando el tratamiento se hizo para ver si fue erradicado el *Helicobacter Pylori*. En los resultados de los 49 pacientes estudiados el 36.7% fueron del sexo masculino y el 63.3% femenino sus edades estuvieron comprendidos entre 21 y 73 años, con promedio de 47 años. En el grupo control, de los 24 pacientes que ingresaron, hubo erradicación en 18 pacientes correspondiendo al 25% y en el grupo experimental de los 25 pacientes, en 21 de ellos se logró la erradicación de la bacteria correspondiendo al 84% y en 4 pacientes con un porcentaje del 16% no se erradico la bacteria.

En Venezuela en el 2009 Peña, Tirado³⁰, realizaron un estudio de investigación proyectiva titulado “Plan de orientación dirigidos a prevenir la gastritis en los adolescentes de la Unidad Educativa “Santísima Trinidad” de Puerto Ordaz – Estado Bolívar”, con el objetivo de diseñar un plan de orientación a los adolescentes sobre la prevención de la Gastritis. La población estuvo conformada por 90 alumnos adolescentes. Para recolectar la información se elaboró una encuesta tipo cuestionario. En resultados del estudio se evidenciaron que la mayoría de los adolescentes encuestados algunas veces y siempre presentan factores de riesgo de tipo psicológico para la gastritis y menos factores sociales para ello. Igualmente se estableció que la

mayoría de los encuestados algunas veces y siempre mantienen hábitos nutricionales saludables que pueden ayudarlos a prevenir la gastritis en la adolescencia.

2.1.2. Antecedentes nacionales

En Huancavelica en 1998, León, Landauro, Gonzales, León, Zarate y Torre³¹, desarrollaron un estudio de investigación de tipo descriptivo y prospectivo, titulado “Hábitos nocivos en pacientes con gastritis aguda en una población rural de Huancavelica” Cuyo objetivo fue estudiar los antecedentes de hábitos nocivos, llámese consumo de alcohol, tabaco y masticación de la hoja de coca, en pacientes con el diagnóstico clínico de gastritis aguda. La muestra de este estudio estuvo conformada por 64 pacientes comprendidos entre la edades de 20 a 70 años de edad con gastritis aguda. El instrumento de evaluación que aplicaron fue la de entrevista. En resultados del estudio se encontró antecedentes de hábitos nocivo en el 90,6% (n=58) de pacientes. Del grupo de pacientes con antecedentes de hábitos nocivos se encontró que el 32,7% (n= 19) consumía solamente alcohol: 17,2 (n= 10) sólo tabaco; 13,8% (n=8) sólo mastican hoja y en el 36,2% (n=21) se encontró antecedentes de consumo de alcohol con tabaco o masticación de la hoja de coca. Este otro antecedente de investigación presenta cercanía con el estudio, en el sentido de que orienta en la elaboración del instrumento de recolección de datos.

2.1.3. Antecedentes locales

En Huánuco en el 2014 Heredia³², realizó un estudio de investigación de tipo explicativo titulado “Factores de riesgo asociados a Cáncer Gástrico en pacientes con o sin diagnóstico Histopatológico atendidos en el Hospital Amazónico durante el periodo 2010 al 2011”, con el objetivo de determinar los factores de riesgo asociados a cáncer gástrico en pacientes que acudieron al consultorio de gastritis del hospital Amazónico durante el periodo 2010 al 2011. La población estuvo conformada por pacientes mayores de 50 años. Para recolectar la información utilizó guía de entrevista y ficha de evaluación clínica. En los resultados del estudio se evidencio que el sexo masculino tiene mayor riesgo de presentar cáncer gástrico con un OR de 3, así mismo los agricultores tienen más posibilidades de presentar cáncer gástrico con un OR de 37.92, también las personas con antecedentes de gastritis tienen más posibilidades de presentar cáncer gástrico con un OR de 10. Este antecedente de investigación presenta cercanía con el estudio, en el sentido de que orienta en la elaboración del instrumento de recolección de datos.

En Huánuco en el 2013 Santillán³³, realizó un estudio de investigación de tipo observacional analítico titulado “Factores predictores de la sintomatología de la gastritis en los estudiantes de la Escuela Académica Profesional de Enfermería de la Universidad de Huánuco”, con el objetivo de identificar los factores predictores de la sintomatología de la gastritis en los estudiantes. La población estuvo conformada por 83 estudiantes. Para recolectar la información utilizó una escala de factores emocionales y nutricionales y una ficha de sintomatología de gastritis. En los resultados del

estudio se evidenciaron respecto a la relación de factores emocionales, nutricionales que son predictores de la sintomatología de la gastritis aguda, se encontró que los factores nutricionales se relacionan significativamente con la presencia de la gastritis aguda. Así mismo los factores emocionales, nutricionales predictores en general se relacionan significativamente con la presencia de la sintomatología de la gastritis crónica. La mayoría de los adolescentes encuestados algunas veces y siempre presentan factores de riesgo de tipo psicológico para la gastritis y menos factores sociales para ello. Igualmente se estableció que la mayoría de los encuestados algunas veces y siempre mantienen hábitos nutricionales saludables que pueden ayudarlos a prevenir la gastritis en la adolescencia. Este otro antecedente de investigación presenta cercanía con el estudio, en el sentido de que orienta en la elaboración del instrumento de recolección de datos.

En Huánuco en el 1994 Corcuera³⁴, realizó un estudio de investigación descriptivo analítico titulado “Factores en la incidencia de gastritis en pacientes de 15 – 75 años de edad que acuden a consultorio externo de medicina en el hospital del IPSS Huanuco-1994”, con el objetivo de identificar los factores en la incidencia de gastritis en pacientes de 15 a 75 años que acuden a consultorio externo de medicina. La muestra de la población estuvo conformada por 91 pacientes. Para recolectar la información utilizó cuestionario pre elaborado. En los resultados del estudio se evidenciaron que la gastritis es una enfermedad que se presenta con marcada frecuencia en la edad de 15 a 45 años con un 75.7% y con menor incidencia en el varón. Este antecedente de

investigación presenta cercanía con el estudio, en el sentido de que orienta en la elaboración del instrumento de recolección de datos.

2.2. BASES TEÓRICAS

2.2.1. Teoría de las emociones de James - Lange

La teoría conforme a James-Lange³⁵, es una hipótesis sobre el origen, la naturaleza y la transmisión de las emociones. La teoría fue propuesta por William James y Carl Lange simultáneamente, pero de forma independiente, en 1884 y propone que la corteza cerebral recibe e interpreta los estímulos sensoriales que provocan emoción, produciendo cambios en los órganos viscerales a través del sistema nervioso autónomo y en los músculos del esqueleto a través del sistema nervioso somático.

La teoría establece que, como respuesta a las experiencias y estímulos, el sistema nervioso autónomo crea respuestas fisiológicas (tensión muscular, lagrimeo, aceleración cardio-respiratoria) a partir de las cuales se crean las emociones.

Esta teoría presentada, nos ayuda a comprender el proceso fisiológico de las emociones, razón por la cual se cita en este estudio.

2.2.2. Teoría Multicausal

En esta teoría Verdalet³⁶, refiere que el estado de salud de un individuo o de una población, es el resultado de la acción de diferentes factores en momentos distintos, cuestión reconocida desde que se rompió con la atadura del molde unicausalista, argumentando que la enfermedad no era resultado automático del ingreso al cuerpo saludable de un agente patógeno, sino que la

etiología de una enfermedad tiene una secuencia que consta de dos partes: los eventos causales que ocurren antes de cualquier respuesta corporal; y los mecanismos intracorpóreos que conducen desde la respuesta inicial hasta las manifestaciones características de la enfermedad, con lo que se plantea una cadena de causalidad asociada con la aparición de un trastorno.

Así mismo argumenta que la enfermedad no es resultado de un solo factor, sino de una serie de eventos causales que ocurren antes de cualquier respuesta corporal y de mecanismos intracorpóreos que conducen a las manifestaciones características de la enfermedad, con lo que se plantea una cadena de causalidad asociada con la aparición de un trastorno.

Esta teoría se relaciona a este estudio, aportando una mayor explicación, sobre los diferentes factores que intervienen para la aparición de una enfermedad.

2.3. BASES CONCEPTUALES

2.3.1. Definición de gastritis

Según Valdivia³⁷, la gastritis es una enfermedad inflamatoria aguda o crónica de la mucosa gástrica producida por factores exógenos y endógenos que produce síntomas dispépticos atribuibles a la enfermedad y cuya existencia se sospecha clínicamente, se observa endoscópicamente y que requiere confirmación histológica. Existen entidades cuyas características endoscópicas corresponden a una gastritis por la presencia de eritema o edema de la mucosa, en las que histológicamente hay ausencia del componente inflamatorio pero si cuentan con daño epitelial o endotelial, acuñándose para estas la denominación de gastropatías.

Así mismo según Fernández³⁸, la definición actual de la gastritis se basa sobre datos morfológicos y descriptivos, en una entidad esencialmente histológica (con un infiltrado inflamatorio mononuclear, con o sin células polimorfonucleares en la mucosa gástrica), que según su intensidad, distribución, manifestaciones clínicas e histológicas (tipo de célula inflamatoria que participa en la respuesta inflamatoria), mecanismo de producción y persistencia del agente causal, se puede definir como aguda o crónica.

Contra, Kumar y Collins³⁹, definen a la gastritis simplemente como la inflamación de la mucosa gástrica. La inflamación puede ser predominante aguda, con infiltración por neutrófilos, o crónica, con linfocitos, células plasmáticas o ambos, junto a metaplasia intestinal y atrofia.

Herrera⁴⁰, refiere que la gastritis es la inflamación de la mucosa del estómago, que puede ser de tipo agudo, de aparición rápida y resolución en pocos días, o de tipo crónico, en cuyo caso puede persistir durante años y producir úlcera péptica. La gastritis puede manifestarse por causas externas como el estrés e infecciones obtenidas de la bacteria *Helicobacter Pylori*.

2.3.2. Epidemiología de gastritis

Como dice Valdivia⁴¹, la gastritis es una entidad de elevada morbilidad a nivel mundial, su incidencia varía en las diferentes regiones y países. En el Perú, es una de las causas que con más frecuencia motivan la consulta gastroenterología.

Así mismo Fernández⁴², refiere que la gastritis por *Helicobacter Pylori* mundialmente es considerada la infección bacteriana más difundida y prevalente. Se considera que la mitad de la población se ve afectada por ella en algún momento de la vida, ocurriendo la mayor incidencia en los países en vías de desarrollo. En Cuba, diferentes trabajos sobre la bacteria y las enfermedades gastroduodenales señalan prevalencia de la infección por ella entre un 90 y 95 % de los pacientes.

2.3.3. Clasificación de gastritis

Según Valdivia⁴³, existen diferentes clasificaciones de la gastritis. Sin embargo, en la presente investigación se hace referencia a la clasificación basada en función de su presentación, prevalencia en, aguda o crónica. Y de acuerdo a evaluaciones etiológicas, endoscópicas y patológicas en erosiva, no erosiva y de tipo específico.

2.3.3.1. Las Gastritis Aguda: Es un proceso inflamatorio agudo de la mucosa que suele ser de naturaleza transitoria. La inflamación puede ir acompañada de hemorragia en la mucosa y, en los casos más graves, de necrosis de la capa superficial. La forma erosiva grave de la enfermedad es una causa importante de hemorragia gastrointestinal aguda⁴⁴.

Se caracteriza por un infiltrado inflamatorio que es predominantemente neutrofílico y es usualmente transitorio en su naturaleza, puede acompañarse de hemorragia de la mucosa, erosiones y si las lesiones son muy severas asociarse a sangrado.

Dentro de las causas de gastropatías existen múltiples fármacos, agentes químicos, físicos, la isquemia, presencia de un bezoar, congestión vascular (gastropatía de la hipertensión portal, insuficiencia cardiaca, etc.), traumas locales como por sondas nasogástricas y las úlceras de Cameron relacionadas a erosiones o ulceraciones longitudinales en el dorso de los pliegues gástricos localizados dentro de una hernia diafragmática, como consecuencia del trauma de los pliegues al deslizarse a través del hiato diafragmático. Durante las respiraciones, deglución o maniobras de Valsalva⁴⁵.

Las causas más frecuentes de gastritis aguda son infecciosas. La infección aguda por *Helicobacter Pylori* induce gastritis; sin embargo, la gastritis aguda de esta etiología no ha sido estudiada extensamente. Se describe como un cuadro de presentación brusca en forma de dolor epigástrico, náuseas y vómitos, y los limitados estudios histológicos de la mucosa disponibles demuestran un intenso infiltrado de neutrófilos con edema e hiperemia. Si no se trata, el cuadro avanzará a gastritis crónica. Después de la infección aguda por

Helicobacter Pylori se puede producir una hipoclorhidria que dure más de un año⁴⁶.

2.3.3.2. Las Gastritis Crónicas: Se caracteriza por un infiltrado con linfocitos, células plasmáticas o ambas, sí además presentan polimorfonucleares toma la denominación de gastritis crónica activa.

En las gastritis crónicas cuando el infiltrado compromete la zona superficial de la lámina propia entre las criptas de las foveolas hasta los cuellos glandulares, sin compromiso de las glándulas gástricas, se denomina como gastritis crónica superficial y sí el infiltrado compromete la lámina propia en toda su extensión se les denomina como gastritis crónica conocida también como gastritis crónica profunda.

Estas gastritis crónicas en el curso de su evolución presentan alteraciones degenerativas de las células epiteliales con reducción de la cantidad de glándulas acompañada de áreas variables de atrofia glandular tomando el nombre de gastritis crónica atrófica, en las que pueden aparecer zonas de metaplasia intestinal localizadas en la mucosa fúndica como en la pilórica. Asimismo, en la mucosa fúndica puede producirse un reemplazo de las glándulas de dicha zona por glándulas de tipo pilórico denominada metaplasia pilórica o pseudopilórica⁴⁷.

2.3.3.3. Gastropatías o “Gastritis “erosivas y hemorrágicas: En las que no existe componente inflamatorio pero sí daño epitelial o endotelial denominándolas endoscópicamente como “gastritis” erosivas o hemorrágicas.

Las **causas** más comunes son las drogas, estados de estrés y la gastropatía hipertensiva portal asociada a la presencia de Hipertensión Portal.

Del grupo de drogas, son más frecuentes los AINEs causando injuria gástrica por mecanismos de acción local y sistémica.

La acción local o directa produce daño metabólico de la célula gástrica con alteraciones en la permeabilidad, retrodifusión de hidrogeniones, cariólisis, necrosis, erosiones y hemorragias. La acción sistémica se debe a la disminución de síntesis de prostaglandinas secundaria a la inhibición por los AINEs de las enzimas ciclooxigenasas que se expresan endoscópicamente por múltiples erosiones pequeñas y/o úlceras.

Las gastropatías relacionadas al estrés, se presentan en situaciones clínicas médicas o quirúrgicas de pacientes severamente enfermos, en las primeras 72 horas de su estado crítico, con erosiones de la mucosa gástrica y hemorragias subepiteliales. Entre los factores de riesgo se incluye la presencia de ventilación mecánica, coagulopatías, trauma, quemaduras, hipotensión, sepsis, injurias del sistema nervioso central, insuficiencia renal, insuficiencia hepática, falla multiorgánica.

La gastropatía hipertensiva portal se debe a ectasia o congestión vascular de capilares y vénulas en la mucosa y submucosa del estómago en correlación con el grado de la hipertensión portal y/o enfermedad hepática, pudiendo ser causa del 10 a 25% de sangrados que se presentan en este tipo de pacientes.

Endoscópicamente muestra, preferentemente en el cuerpo y fondo gástrico, áreas de mucosa con edema y eritema dando un patrón en mosaico conocido como "Piel de Serpiente" que puede presentar múltiples punteados y erosiones hemorrágicas⁴⁸.

2.3.3.4. Gastritis no erosivas o no específicas: En las que en algunos casos son endoscópicamente normales pero histológicamente se demuestra componente inflamatorio.

La **causa** más prevalente es por infecciones relacionadas al *Helicobacter Pylori*, y en mucho menor prevalencia están la gastritis de tipo autoinmune, biliar, linfocítica y las no específicas⁴⁹.

2.3.3.5. Gastritis de tipo específico: en las que existe hallazgos histológicos específicos, se incluyen un grupo variado de entidades o procesos como infecciones bacterianas, virales, parasitarias y micóticas, como también gastritis granulomatosas, gastritis colagenósica, gastritis eosinofílica, gastropatías hipertróficas, gastritis urémica. En las que existen hallazgos histológicos específicos⁵⁰.

2.3.4. Patogenia de gastritis

Según Valdivia⁵¹, el daño de la mucosa gástrica depende del tiempo de permanencia del factor o factores injuriantes, jugando un rol importante la capacidad que tiene la mucosa gástrica a través de la denominada barrera gástrica para resistir a estos factores o a los efectos deletéreos de sus propias secreciones. La barrera gástrica está constituida por componentes pre epiteliales, epiteliales y sub epiteliales.

En los componentes pre epiteliales se encuentran la barrera de moco, el bicarbonato y los fosfolípidos, estos últimos aumentan la hidrofobicidad superficial de la membrana celular e incrementan la viscosidad del moco.

En los componentes epiteliales se encuentran la capacidad de restitución del epitelio por las células existentes a nivel de la región lesionada, la resistencia

celular con un gradiente eléctrico que previene la acidificación celular, los transportadores ácido básicos que transportan el bicarbonato hacia el moco y a los tejidos subepiteliales y extraen el ácido de estos sitios, los factores de crecimiento epitelial, las prostaglandinas y el óxido nítrico.

En los componentes subepiteliales se encuentran, el flujo sanguíneo que descarga nutrientes y bicarbonato en el epitelio, y la adherencia y extravasación de los leucocitos, que inducen lesión hística y quedan suprimidos por las prostaglandinas endógenas.

El trastorno de uno o más de estos componentes defensivos por factores etiológicos de la gastritis originan la lesión de la mucosa permitiendo la acción del ácido, proteasas y ácidos biliares en mayor o menor grado y que pueden llegar hasta la lámina propia, sitio en el que producen lesión vascular, estimulan las terminaciones nerviosas y activan la descarga de histamina y de otros mediadores.

2.3.5. Tratamiento de gastritis

• **Medidas terapéuticas generales:** según Valdivia⁵², ante la presunción clínica de gastritis y mientras se lleve a cabo la endoscopia y confirmación histológica se indican medidas terapéuticas que alivien los síntomas del paciente, prescribiéndose una dieta sin sustancias irritantes (café, tabaco, alcohol, ají) así como también drogas que contrarresten la agresión de la barrera gástrica indicando ya sea antiácidos orales, citoprotectores de la mucosa gástrica (sucralfato, bismuto, misoprostol), antagonistas de receptores H₂, Inhibidores de la bomba de protones, a los que se puede añadir gastrocinéticos

(metoclopramida, domperidona, cisaprida, mosaprida, cinitaprida) si existe evidencias de trastornos de motilidad gastroesofágica o gastroduodenal.

• **Medidas de tratamiento específico:** según Valdivia⁵³, en caso de la gastritis por AINEs: Los síntomas pueden mejorar con el retiro, reducción o la administración de la medicación con alimentos, en aquellos pacientes en quienes persisten los síntomas se les debe someter a endoscopia diagnóstica y estudio histológico para confirmar la etiología por AINEs y en base a ello ser tratados sintomáticamente con el uso de sucralfato 1 gr. 4 veces por día, antes de los alimentos y al acostarse, misoprostol un análogo de prostaglandina 200 mg 4 veces por día y/o antagonistas de receptores H₂ (ranitidina 150 mg 2 veces por día) o inhibidores de la bomba de protones en una dosis diaria (omeprazol 20 mg, rabeprazol 20 mg, pantoprazol 40 mg o lansoprazol 30 mg, esomeprazol 40 mg).

2.3.6. Manifestaciones clínicas de gastritis

Según Herrera⁵⁴, en general, la gastritis crónica produce pocos síntomas. Puede haber náusea, vómitos y malestar en la región abdominal superior. Los pacientes con gastritis avanzada por *Helicobacter Pylori* u otras causas ambientales suelen tener hipoclorhidria, secundaria a la lesión de las células parietales y a la atrofia de la mucosa del cuerpo y fondo. Sin embargo, como las células parietales nunca llegan a destruirse por completo, estos pacientes no desarrollan aclorhidria ni anemia perniciosa. Los niveles séricos de gastrina suelen estar dentro de los límites normales o hallarse sólo ligeramente aumentados.

2.3.7. Diagnóstico de gastritis

Según Valdivia⁵⁵, para el diagnóstico de gastritis no existe una buena correlación de las manifestaciones clínicas, los hallazgos endoscópicos e histológicos, ya que es posible encontrar en ocasiones severas gastritis en individuos asintomáticos o mucosas gástricas normales en pacientes con síntomas acentuados atribuibles a gastritis.

• **Manifestaciones clínicas:** Las gastritis pueden ser totalmente asintomáticas y en caso de existir síntomas estos no son propios, sino atribuibles a ella, como es la presencia de ardor, dolorabilidad o molestias postprandiales en epigastrio, llenura precoz, vinagreras, náusea, distensión abdominal, síntomas que también pueden estar presentes en dispepsia no ulcerosa, úlceras o neoplasias gástricas o duodenales y aún en el colon irritable.

Además pueden manifestarse con hemorragias crónicas o agudas que podrían llegar a ser masivas con hematemesis y melena⁵⁶.

• **Hallazgos endoscópicos:** Los signos endoscópicos asociados a esta entidad incluyen edema, eritema, mucosa hemorrágica, punteados hemorrágicos, friabilidad, exudados, erosiones, nodularidad, pliegues hiperplásicos, presencia de signos de atrofia de la mucosa dada por visualización de vasos submucosos con aplanamiento o pérdida de los pliegues acompañados o no de placas blanquecinas que corresponden a áreas de metaplasma intestinal.

Estos signos endoscópicos pueden localizarse topográficamente a nivel del antro, cuerpo o en todo el estómago, denominándose gastritis antrales, gastritis corporal o pangastritis respectivamente⁵⁷.

- **Hallazgos histológicos:** No se debe abusar del diagnóstico de gastritis, por lo que se requiere realizar la biopsia para confirmación histológica, establecer la presencia o ausencia de *Helicobacter pylori* o de otras formas de gastritis específicas⁵⁸.

- **Exámenes de laboratorio:** Las pruebas de laboratorio pueden usarse para determinar algunas causas de gastritis, como en el caso del *Helicobacter Pylori* a través de métodos invasivos como la endoscopia y biopsias para el estudio histológico, realizar la técnica de la ureasa rápida, el cultivo y o el empleo de métodos no invasivos como la serológica para Ig G, la detección de antígeno en las deposición, y la prueba del aliento del C13 o C14 espirado con sensibilidades / especificidades de o más de 90/90 % a excepción de la serológica 80/90% y el cultivo 50/100%.

También se incluyen pruebas serológicas para anticuerpos contra Citomegalovirus, Herpes, Sífilis, anticuerpos contra células parietales gástricas, factor intrínseco y de la bomba de protones productora de ácido⁵⁹.

Así mismo según Fernández⁶⁰, el diagnóstico de la gastritis se realiza por medio de la gastroscopia (a través de la cual se buscan indicios de inflamación en el revestimiento y permite tomar una muestra diminuta del revestimiento para biopsia), exámenes de sangre y cultivo de heces fecales (permite buscar indicios de la presencia de bacterias anormales en el tracto digestivo que pueden causar diarrea y otros problemas, así como presencia de sangre en las heces que puede ser un signo de gastritis). Sin embargo, el diagnóstico certero se realiza mediante un estudio histopatológico de la biopsia de mucosa gástrica previamente extraída de la exploración endoscópica.

2.3.8. Factores de riesgo

2.3.8.1. Factor estrés

La Organización Mundial de la Salud⁶¹, define al estrés como "el conjunto de reacciones fisiológicas que prepara al organismo para la acción".

Así mismo el estrés según referencias de Lazarus y Folkman, citado por Canto y Castro⁶², es una respuesta inespecífica del organismo ante una diversidad de exigencias. Se trata de un proceso adaptativo y de emergencia, es el agente generador de las emociones. En consecuencia, el estrés es una relación entre la persona y el ambiente, en la que el sujeto percibe en qué medida las demandas ambientales constituyen un peligro para su bienestar, si exceden o igualan sus recursos para enfrentarse a ellas.

Del mismo modo según Seyle citado por Sierra, Ortega, Zubeidat⁶³; introdujo el término estrés como un síndrome específico constituido por cambios inespecíficos del organismo inducidos por las demandas que se le hacen.

Igualmente para Lazarus citado por Acosta⁶⁴, el estrés sería el resultado de la relación entre el individuo y el entorno, evaluado por aquel como amenazante, que desbordan sus recursos y pone en peligro su bienestar.

De la misma manera el estrés para Reducindo, Cortés, Gómez, Godínez, en el 2006⁶⁵; es la reacción que tiene el organismo ante cualquier demanda, siendo un estado de fuerte tensión fisiológica o psicológica que prepara para el ataque o huida; es, así mismo, el comienzo de una serie de enfermedades de las que, aun cuando no es su causa directa, contribuye frecuentemente a su desarrollo.

El estrés según Herrera⁶⁶, suele producirse en situaciones límites, como ante la enfermedad o muerte de un ser querido, accidentes, intervenciones quirúrgicas, separaciones familiares, etc. Pero también se sufre estrés por conflictos o problemas que ocurren a diario, por ejemplo las malas relaciones con la pareja, la familia, compañeros, resultan continuas gotas que en algún momento derramarán el vaso, causando deterioro físico. Cuando el organismo ya no puede resistir las tensiones se manifiestan con problemas psicosomáticos y orgánicos, uno de ellos es la gastritis.

El estrés tal como lo refiere Hernández y Romero⁶⁷, puede aumentar cuando la persona es vulnerable, es decir, cuando carece de recursos en una situación de cierta importancia personal. Estos recursos pueden ser físicos o sociales, pero su importancia puede estar determinada por factores psicológicos, como la percepción o la evaluación de la situación.

2.3.8.2. Factor malos hábitos alimenticios

Las causas más frecuentes de gastritis según Roussos⁶⁸, desde el punto de vista nutricional, son: los inadecuados hábitos alimentarios (muchas veces las personas no consumen los alimentos, ni en cantidad ni en calidad que deberían consumir), además no respetan las horas de las comidas; y la inclinación por el consumo de alimentos que tienden a agredir o a irritar la mucosa intestinal como por ejemplo alimentos industrializados, que son ricos en colorantes, alimentos procesados como las comidas rápidas que contienen muchos químicos. Estos tipos de alimentos van ocasionando malestar y deterioro en la mucosa intestinal llegando también a ocasionar lesiones importantes en cuanto a la absorción de los nutrientes, pues, justamente por

sus componentes, evitan la absorción del hierro, de vitamina C y de otro tipo de vitaminas que son importantes para mantener una buena condición nutricional y la integridad de la mucosa gástrica.

Así mismo según Saenz⁶⁹, La alimentación tiene un papel muy importante en el proceso del envejecimiento. El estilo de vida de los adultos mayores unido a los malos hábitos alimentarios, pobreza, la poca disponibilidad de recursos, el aislamiento enfermedades crónicas y degenerativas comprometen el consumo de alimentos y por ende su estado nutricional, afectando negativamente la funcionalidad del adulto mayor y reduciendo su calidad de vida.

2.3.8.3. Factor medicamentos

Según Bernardino, Trejos, Tong, Miranda, Torres, Melillo, et, al⁷⁰; el uso de medicamentos constituye en la actualidad una de las principales causas de mortalidad en el mundo desarrollado, históricamente se han utilizado para salvar vidas y prevenir enfermedades. Sin embargo la utilización inadecuada los está convirtiendo en un importante problema de salud pública

Así mismo según Cilleruelo y Fernández⁷¹; la aspirina y los AINES causan lesión directa de la mucosa gástrica pero también, y lo que es clínicamente más relevante dado que por vía parenteral producen los mismos efectos, van a alterar los mecanismos protectores a través de una disminución en la secreción de bicarbonato. Ambos fármacos causan daño microvascular y retrasan la cicatrización del epitelio.

2.3.9. Etiología de gastritis

Según Valdivia⁷², la gastritis es etiológicamente multifactorial, observándose que en un solo paciente pueden intervenir múltiples factores tanto exógenos como endógenos, de los que el más común es la infección por *Helicobacter Pylori*.

El uso universal de la endoscopía y biopsias ha incrementado la prevalencia de las gastritis, reconociéndose que las causas más comunes de gastritis y gastropatías agudas son el *Helicobacter Pylori*, las lesiones mucosas por estrés y los AINEs (antiinflamatorios no esteroideos).

2.3.10. Prevención de la gastritis

Una vida saludable, con buenos hábitos alimenticios e intentando huir de los aspectos más estresantes del día a día. Pero desafortunadamente, es prácticamente imposible controlar que todo lo que comemos este en buen estado, por no decir lo difícil que es resistirse a ciertos manjares, aunque sepamos que pueden hacernos daño. Comenzando por la dieta, es importante reconocer que las comidas rápidas, o lo que es igual, el exceso de grasas, proteínas, azúcares y harinas, son importantes factores en el desarrollo de la gastritis.

La dieta como prevención es rica en vegetales y frutas; bien masticada y digerida, el estilo de vida también es pausado, tranquilo, con una buena proporción de granos integrales (arroz integral, semillas, lentejas, etc.), poca sal y mucha agua en vez de café o bebidas alcohólicas. Los cigarrillos, el

estrés y el alcohol deben ser sustituidos por prácticas afines, como lo pueden ser el ejercicio, el intercambio social, cultural, la lectura o lo que la persona encuentre agradable⁷³.

2.3.11. Gastritis en las personas adultas mayores

El paso del tiempo ocasiona cambios en todas las estructuras del cuerpo humano y el estómago no es la excepción, ya que al envejecer se vuelve más propenso a sufrir ciertas afecciones, como gastritis. En este sentido, uno de los problemas digestivos más comunes que se observan en los adultos mayores es la gastritis o inflamación de la mucosa que recubre el interior del estómago, la cual se manifiesta a través de indigestión, dolor y gases abdominales, náuseas, vómito, pérdida del apetito y presencia de heces y aliento con olor a amoníaco⁷⁴.

CAPÍTULO III

3. MARCO METODOLÓGICO

3.1. TIPO DE ESTUDIO

Según la intervención del investigador, el estudio fue observacional, debido que no se manipularon las variables en estudio.

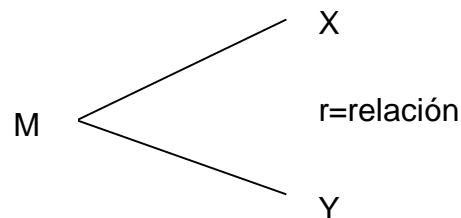
De acuerdo a la planificación de la toma de datos, la investigación fue prospectiva, porque se registró la información en el momento de los hechos.

En relación al número de ocasiones en que mide la variable de estudio, fue transversal, debido a que la medición se realizó en un solo momento.

Y, según el número de variables de interés, el estudio fue analítico, es decir se relacionaron las variables en estudio.

3.2. DISEÑO DEL ESTUDIO

En este estudio se utilizó el diseño descriptivo correlacional siendo el siguiente esquema:



Dónde:

M = Adultos Mayores.

x =Variable factores relacionados a la gastritis

y = Variable gastritis

r=La relación probable entre las variables

3.3. POBLACIÓN:

La población estuvo integrada por personas adultas mayores con gastritis que pertenecen al Centro integral del adulto mayor de Acomayo en el periodo 2014, que en total fueron 80 adultos mayores.

3.3.1. Criterios de inclusión y exclusión

Criterios de inclusión. Se incluyeron en el estudio:

- Adultos mayores de ambos sexos.
- Adultos mayores que asistan regularmente al Centro Integral del Adulto Mayor de Acomayo.
- Adultos mayores con consentimiento informado.

Criterios de exclusión. Se excluyeron del estudio:

- Adultos mayores inhabilitados
- Adultos mayores que no deseen participar.

Criterios de eliminación:

- Adultos mayores que no llenaron el instrumento.

3.3.2. Ubicación de la población en tiempo y espacio.

El estudio se llevó a cabo en el Centro Integral del Adulto Mayor, ubicado en el distrito de Chinchao (Acomayo), departamento de Huánuco. La duración del estudio estuvo comprendida entre los meses de junio a setiembre del 2014.

3.4. MUESTRA Y MUESTREO

3.4.1. Unidad de análisis: Cada adulto mayor con o sin gastritis que participo en el estudio.

3.4.2. Unidad de muestreo: Igual que la unidad de análisis.

3.4.3. Marco muestral: Estuvo conformada por una lista del padrón de registro de inscritos en dicho programa.

3.4.4. Tamaño de la muestra: no se utilizó ninguna fórmula puesto que la población fue pequeña y se trabajó con la totalidad de los adultos mayores.

3.4.5. Tipo de muestreo: De igual modo no se utilizó ningún tipo de muestreo.

3.5. MÉTODOS E INSTRUMENTOS UTILIZADOS EN LA INVESTIGACIÓN

3.5.1. Métodos

Se utilizó los métodos de entrevistas, la psicometría y la observación.

3.5.2. Instrumentos

Se empleó los siguientes instrumentos:

- **Guía de entrevista sobre los factores relacionados a la gastritis. (Anexo01).** Este instrumento en estudio tuvo 17 reactivos clasificada en 2 dimensiones: aspectos sociodemográficas (6 reactivos), factores asociados: Factor medicamentos (3 reactivos) y Factor malos hábitos alimenticios (5 reactivos).
- **Escala de estrés dirigido al adulto mayor. (Anexo 02).** Es un instrumento que constó de 15 ítems que evalúan el estrés en los adultos mayores, para la valoración de respuesta se tomará las siguientes posibles respuestas: sí y no.

• **Guía de observación sobre gastritis. (Anexo 03).** Es un instrumento que constó de 2 dimensiones: datos generales y datos específicos (14 ítems) que evaluara signos, síntomas y presencia o ausencia de gastritis.

3.5.3. Validez de los instrumentos de recolección de datos.

La validez del instrumento se realizó mediante el juicio de Expertos, participaron 5 profesionales las cuales laboran en 1 Médico, 1 psicóloga, 2 Enfermeras y docente de investigación en Enfermería.

El experto Médico Gastroenterólogo Juan León Trujillo, trabajando actualmente en el Hospital Regional Hermilio Valdizán, calificó el instrumento como bueno no teniendo ninguna observación.

La experta Licenciada en psicología , Cecilia Deisy Palacin Condezo, trabajando actualmente como Docente Universitario, calificó el instrumento como bueno basándose principalmente en la escala de estrés dirigido a los adultos mayores, manifestó que algunos ítems deben ser modificados para medir el estrés, así mismo que se debe usar un lenguaje sencillo.

La experta Lic. Bertha Serna Román, trabajando actualmente como Enfermera Asistencial en el Centro de Salud Carlos Showing Ferrari, calificó el instrumento como bueno manifestando que algunos conectores de los ítems deben ser modificados.

La experta Lic. Primitiva Teodora Grados Ayala, trabajando actualmente como coordinadora de la etapa de vida adulto mayor en el Centro de Salud Carlos Showing Ferrari, calificó al instrumento como bueno manifestando que se debe

obviar algunas preguntas de las características sociodemográficas (características familiares y del estado de salud).

La experta Lic. Mely Ruiz Aquino, docente de investigación en la Universidad de Huánuco, calificó el instrumento como aceptable manifestando que se debe cambiar de estrategia de preguntas, así mismo que las características del estado de salud debe ir paralelo a la gastritis.

De acuerdo a las recomendaciones de cada uno de los expertos se realizaron los cambios, se quitaron algunos ítems de las dimensiones como características familiares y del estado de salud.

3.6. PROCEDIMIENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

La recopilación de dichos datos se realizó el 26 de agosto y el 01 de octubre en horas de la mañana a partir de las 9 am, el tiempo empleado para la recolección de datos por cada adulto mayor fue de 15 minutos a un total de 80 adultos mayores en el Centro integral del adulto mayor del centro de salud Acomayo, el tiempo en que se demora para llegar a la zona de estudio es de 45 minutos.

Para recolectar los datos no hubo ninguna dificultad ya que se contó con un plan de recolección de datos y con la colaboración voluntaria de la muestra. Como resultado se obtuvo datos de buena calidad puesto que los encuestadores fueron verificando si se ha llenado por completo los instrumentos antes de que terminen cada entrevista además fueron capacitados para realizar la recolección de datos y cuentan con materiales

necesarios y con un manual de trabajo de campo para realizar mejor la aplicación de los instrumentos, así como también se supervisó cada ítem del instrumento este bien relleno sin errores ni equivocaciones.

Para la recolección de datos se utilizó recursos materiales como: carpetas encuestadoras, lápices, tajador, borrador, otros

Una vez que se recopiló los datos se verificó que estén completos y precisos además fueron enumerados para guardarlos en un archivador así mismo se guardó en orden de sus códigos.

3.7. ELABORACIÓN DE LOS DATOS

Se consideraron los siguientes pasos:

- **Revisión de los datos.** Se examinó en forma crítica cada uno de los instrumentos de recolección de datos que se utilizaron; asimismo, se realizó el control de calidad a fin de hacer las correcciones necesarias.
- **Codificación de los datos.** Se realizó la codificación en la etapa de recolección de datos, transformándose en códigos numéricos de acuerdo a las respuestas esperadas en los instrumentos de recolección de datos respectivos, según las variables del estudio.
- **Clasificación de los datos.** Se ejecutó de acuerdo a las variables de forma categórica, numérica y ordinal.
- **Presentación de datos.** Se presentó los datos en tablas académicas y en figuras de las variables en estudio.

3.8. ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE DATOS

Análisis descriptivo: Se planteó llevar a cabo un análisis descriptivo ya que se detallaron las características de cada una de las variables según los grupos de estudio, de acuerdo al tipo de variable con que se trabajó (categórica o numérica); se tuvo en cuenta las medidas de tendencia central (moda, mediana) y dispersión para las variables numéricas y de frecuencias para las variables categóricas. Además, se emplearon figuras, para facilitar la comprensión, en cada caso.

Análisis inferencial: En la comprobación de hipótesis se utilizó la prueba Chi-cuadrado de independencia, con una probabilidad de significancia de 0,05. En todo el procesamiento de los datos se utilizó el paquete estadístico SPSS versión 15,0.

3.9. ASPECTOS ÉTICOS DE LA INVESTIGACIÓN

Para ejecutar el estudio se tuvo en cuenta la autorización de la institución y el consentimiento informado a los adultos mayores, indicándoles que el instrumento es anónimo y confidencial y la información solo fue restringida para los fines del estudio.

La presente investigación estuvo orientada a respetar los principios bioéticos de enfermería autonomía, beneficencia, no maleficencia y justicia.

- Beneficencia: el presente estudio no presento riesgo para los participantes ya que se priorizo los beneficios de los individuos.

- Autonomía: se respetó la decisión que tomo el participante considerando de que el participante se retire en cualquier momento. ya que la persona tiene derecho a que se respete su voluntad.
- No maleficencia, se respetó este principio, porque no se puso en riesgo la dignidad, ni los derechos y bienestar de los participantes, ya que la información fue de carácter confidencial, además se buscó prevenir contra el daño evitable que se le puede causar a los individuos incluidos en la investigación respetando la integridad física y psicológica de la persona.
- Justicia, todos los participantes del estudio fueron tratados de la misma manera, con independencia de su estatus social.

CAPÍTULO IV

4. ANÁLISIS DE RESULTADOS

4.1. RESULTADOS DESCRIPTIVO

4.1.1. CARACTERÍSTICAS GENERALES:

Tabla 01. Características demográficas de las personas del Centro Integral del Adulto Mayor del Centro de Salud Acomayo – Huánuco 2014

Características demográficos	Frecuencia (n=80)	%
Edad en años		
60 a 67	26	32,5
68 a 74	23	28,8
75 a 82	22	27,5
83 a 89	9	11,3
Género		
Masculino	32	40,0
Femenino	48	60,0
Procedencia		
Rural	32	40,0
Urbano	25	31,3
Urbano marginal	23	28,8

Fuente: Guía de entrevista (Anexo 01).

En relación a las características demográficas de las personas del Centro Integral del Adulto Mayor en estudio, se encontró que el 32,5% (26 personas) pertenecieron a las edades entre 60 a 67 años; asimismo, el 60,0% (48 personas) fueron del sexo femenino; y el 40,0% (32 personas) tuvieron como procedencia rural.

Tabla 02. Características sociales de las personas del Centro Integral del Adulto Mayor del Centro de Salud Acomayo – Huánuco 2014

Características sociales	Frecuencia (n=80)	%
Estado civil		
Casado (a)	22	27,5
Conviviente	32	40,0
Divorciado (a)	1	1,3
Viudo (a)	25	31,3
Ocupación		
Comerciante	5	6,3
Agricultor	25	31,3
Otros	50	62,5
Grado de escolaridad		
Sin estudios	32	40,0
Primaria incompleta	38	47,5
Primaria completa	10	12,5
Religión		
Católico	63	78,8
Evangélico	17	21,3

Fuente: Guía de entrevista (Anexo 01).

En razón a las características sociales de las personas del Centro Integral del Adulto Mayor en estudio, se encontró que el 40,0% (32 personas) tuvieron las condición de conviviente; el 31,3% (25 personas) se dedicaban a la agricultura; el 47,5% (38 personas) alcanzaron la primaria incompleta y el 78,8% (63 personas) fueron de la religión católica.

Tabla 03. Características familiares de las personas del Centro Integral del Adulto Mayor del Centro de Salud Acomayo – Huánuco 2014

Características familiares	Frecuencia (n=80)	%
Miembro con la que vive		
Solo	4	5,0
Con sus hijos	28	35,0
Con su esposa	27	33,8
Con su familia	21	26,3
Carga familiar		
SI	44	55,0
NO	36	45,0
Miembro que forma su carga		
Sus hijos	19	23,75
Su esposo (a)	9	11,25
Sus nietos (as)	16	20,0
Ninguno	36	45,0

Fuente: Guía de entrevista (Anexo 01).

Respecto a las características familiares de las personas del Centro Integral del Adulto Mayor en estudio, se encontró que el 35,0% (28 personas) vivían con sus hijos; el 55,0% (44 personas) tuvieron carga familiar así mismo el 23,75% (19 personas) mencionaron que los hijos son sus cargas y el 45,0 % (36 personas) indicaron ninguno.

Tabla 04. Características del estado de salud de las personas del Centro Integral del Adulto Mayor del Centro de Salud Acomayo – Huánuco 2014

Características del estado de salud	Frecuencia (n=80)	%
Padecimiento de alguna enfermedad		
SI	52	65,0
NO	28	35,0
Tipo de enfermedad que padece		
Osteoartrosis	11	21,2
Problemas cardiovasculares	1	1,9
Hipertensión arterial	11	21,2
Otro	29	55,8

Fuente: Guía de entrevista (Anexo 01).

Con respecto a las características del estado de salud de las personas del Centro Integral del Adulto Mayor en estudio, se encontró que el 65,0% (52 personas) tuvieron padecimiento de alguna enfermedad y de ellos, el 21,2% (11 personas) se refirieron a la osteoartrosis e hipertensión arterial, cada una.

4.1.2. CARACTERISTICAS DE LOS FACTORES DEL MEDICAMENTO:

Tabla 05. Consumo de medicamentos de las personas del Centro Integral del Adulto Mayor del Centro de Salud Acomayo – Huánuco 2014

Consumo de medicamentos	Frecuencia	%
SI	53	66,3
NO	27	33,8
Total	80	100,0

Fuente: Guía de entrevista (Anexo 01).

En cuanto al consumo de medicamentos de las personas del Centro Integral del Adulto Mayor en estudio, observamos que la mayoría del 66,3% (53 personas) consumían medicamentos sobre todo antiinflamatorios y por otro lado el 33,8% (27 personas) no lo hacían.

Tabla 06. Tipo de medicamento de consumo de las personas del Centro Integral del Adulto Mayor del Centro de Salud Acomayo – Huánuco 2014

Tipo de medicamento que consume	Frecuencia	%
Ibuprofeno	30	37,5
Naproxeno	5	6,25
Diclofenaco	5	6,25
Otro	13	16,25
Ninguno	27	33,75
Total	80	100,0

Fuente: Guía de entrevista (Anexo 01).

Respecto al tipo de medicamentos de consumo de las personas del Centro Integral del Adulto Mayor en estudio, observamos que el 37,5% (30 personas) indicaron al ibuprofeno, el 6,25% (5 personas) mencionaron el naproxeno y el diclofenaco, cada una. En cambio, el 24,25% (13 personas) señalaron de otro medicamento y el 33,75 (27 personas) indicaron ninguno.

Tabla 07. Frecuencia de consumo del medicamento de las personas del Centro Integral del Adulto Mayor del Centro de Salud Acomayo – Huánuco 2014

Frecuencia de consumo del medicamento	Frecuencia	%
Una vez	6	7,5
Dos veces	25	31,25
Más de tres veces	22	27,5
Ninguno	27	33,75
Total	80	100,0

Fuente: Guía de entrevista (Anexo 01).

En razón a la frecuencia de consumo del medicamento de las personas del Centro Integral del Adulto Mayor en estudio, se encontró que el 31,25% (25 personas) indicaron de dos veces, el 27,5% (22 personas) mencionaron de más de tres veces así mismo el 7,5% (6 personas) de una vez en cambio el 33,75% (27 personas indicaron ninguno).

4.1.3. CARACTERISTICAS DE LOS FACTORES DE MALOS HABITOS ALIMENTICIOS:

Tabla 08. Frecuencia del consumo de comidas al día de las personas del Centro Integral del Adulto Mayor del Centro de Salud Acomayo – Huánuco 2014

Frecuencia del consumo de comidas al día	Frecuencia	%
De uno de dos	4	5,0
De tres a cinco	66	82,5
Más de cinco	10	12,5
Total	80	100,0

Fuente: Guía de entrevista (Anexo 01).

Con respecto a la frecuencia del consumo de comidas al día de las personas del Centro Integral del Adulto Mayor en estudio, se encontró que el 82,5% (66 personas) indicaron de 3 a 5, asimismo, el 12,5% (10 personas) mencionaron de más de 5 y el 5,0% (4 personas) de 1 a 2.

Tabla 09. Desayuno antes del inicio de las actividades diarias de las personas del Centro Integral del Adulto Mayor del Centro de Salud Acomayo – Huánuco 2014

Desayuno antes de iniciar las actividades diarias	Frecuencia	%
SI	73	91,3
NO	7	8,8
Total	80	100,0

Fuente: Guía de entrevista (Anexo 01).

En razón al desayuno antes del inicio de las actividades diarias de las personas del Centro Integral del Adulto Mayor en estudio, se encontró que el 91,3% (73 personas) consideran el desayuno antes de iniciar las actividades diarias y los otros 8,8% (7 personas) indicaron una respuesta negativa.

Tabla 10. Respeto del horario regular de las comidas de las personas del Centro Integral del Adulto Mayor del Centro de Salud Acomayo – Huánuco 2014

Respeto del horario regular de las comidas	Frecuencia	%
Siempre	29	36,3
Frecuentemente	19	23,8
Algunas veces	32	40,0
Total	80	100,0

Fuente: Guía de entrevista (Anexo 01).

Respecto al respeto del horario regular de las comidas de las personas del Centro Integral del Adulto Mayor en estudio, se encontró que el 40,0% (32 personas) lo realizan algunas veces, sin embargo, el 36,3% (29 personas) indicaron de siempre y el 23,8% (19 personas) mencionaron de frecuentemente.

Tabla 11. Alimentación en base a frituras de las personas del Centro Integral del Adulto Mayor del Centro de Salud Acomayo – Huánuco 2014

Alimentación en base a frituras	Frecuencia	%
SI	76	95,0
NO	4	5,0
Total	80	100,0

Fuente: Guía de entrevista (Anexo 01).

Concerniente a la alimentación en base a frituras de las personas del Centro Integral del Adulto Mayor en estudio, se encontró que la mayoría del 95,0% (76 personas) manifestaron una respuesta positiva y el 5,0% (4 personas) mencionaron que no.

Tabla 12. Frecuencia de la alimentación en base a frituras de las personas del Centro Integral del Adulto Mayor del Centro de Salud Acomayo – Huánuco 2014

Frecuencia de la alimentación en base a frituras	Frecuencia	%
1 a 2	45	56,25
3 a 4	19	23,75
Más de 5	12	15
Ninguno	4	5
Total	80	100,0

Fuente: Guía de entrevista (Anexo 01).

Con respecto a la frecuencia de la alimentación en base a frituras de las personas del Centro Integral del Adulto Mayor en estudio, se encontró que el 56,25% (45 personas) indicaron de 1 a 2, asimismo, el 23,75% (19 personas) de 3 a 4 y el 15% (12 personas) de más de 5 veces en cambio el 5 (4 personas) señalaron ninguno.

Tabla 13. Consumo de alimentos con alta concentración de condimentos de las personas del Centro Integral del Adulto Mayor del Centro de Salud Acomayo – Huánuco 2014

Consumo de alimentos con alta concentración de condimentos	Frecuencia	%
Siempre	27	33,8
Frecuentemente	42	52,5
Algunas veces	11	13,8
Total	80	100,0

Fuente: Guía de entrevista (Anexo 01).

En lo que respecta al consumo de alimentos con alta concentración de condimentos de las personas del Centro Integral del Adulto Mayor en estudio, se encontró que el 52,5% (42 personas) indicaron de frecuentemente, el 33,8% (27 personas) de siempre y el 13,8% (11 personas) de algunas veces.

Tabla 14. Consumo de alimentos fríos o calientes de las personas del Centro Integral del Adulto Mayor del Centro de Salud Acomayo – Huánuco 2014

Consumo de alimentos fríos o calientes	Frecuencia	%
SI	50	62,5
NO	30	37,5
Total	80	100,0

Fuente: Guía de entrevista (Anexo 01).

Con respecto al consumo de alimentos fríos o calientes de las personas del Centro Integral del Adulto Mayor en estudio, se encontró que el 62,5% (50 personas) manifestaron una respuesta positiva y frente al 37,5% (30 personas) de una respuesta negativa.

4.1.4. CARACTERÍSTICAS DEL ESTRÉS:

Tabla 15. Presencia de estrés de las personas del Centro Integral del Adulto Mayor del Centro de Salud Acomayo – Huánuco 2014

Presencia de estrés	Frecuencia	%
SI	26	32,5
NO	54	67,5
Total	80	100,0

Fuente: Escala de estrés (Anexo 02).

En cuanto a la presencia de estrés de las personas del Centro Integral del Adulto Mayor en estudio, se encontró que el 32,5% (26 personas) tuvieron estrés y por otro lado, el 67,5% (54 personas) no tuvieron estrés.

4.1.5. CARACTERISTICAS SOBRE GASTRITIS:

Tabla 16. Signos y síntomas de gastritis de las personas del Centro Integral del Adulto Mayor del Centro de Salud Acomayo – Huánuco 2014

Signos y síntomas de gastritis	Frecuencia (n=80)	%
Hipo	58	72,5
Vómitos	7	8,8
Nauseas	18	22,5
Llenura precoz	49	61,3
Heces negras	24	30,0
Pérdida de apetito	51	63,8
Indigestión abdominal	66	82,5
Malestar abdominal en el área superior del ombligo	49	61,3
Dolor a nivel del epigastrio	27	33,8
Eruptos	48	60,0
Vinagreras	70	87,5
Dolor cólico con las comidas	17	21,3
Pesadez	47	58,8
Pérdida de peso	39	48,8

Fuente: Guía de observación (Anexo 03).

Respecto a la mayoría de los signos y síntomas de gastritis de las personas del Centro Integral del Adulto Mayor en estudio, se encontró que dentro de los principales signos y síntomas de las gastritis fueron vinagreras (87,5%); indigestión abdominal (82,5%); hipo (72,5%); pérdida de apetito (63,8%); llenura precoz (61,3%); malestar abdominal en el área superior del ombligo (61,3%); eructos (60,0%) y pesadez (58,8%).

Tabla 17. Presencia de gastritis de las personas del Centro Integral del Adulto Mayor del Centro de Salud Acomayo – Huánuco 2014

Presencia de gastritis	Frecuencia	%
SI	49	61,3
NO	31	38,8
Total	80	100,0

Fuente: Guía de observación (Anexo 03).

En cuanto a la presencia de gastritis de las personas del Centro Integral del Adulto Mayor en estudio, se encontró que el 61,3% (49 personas) presentaron gastritis y por otro lado, el 38,8% (31 personas) no tuvieron este problema.

4.2. RESULTADOS INFERENCIAL

Tabla 18. Relación entre consumo de medicamentos antiinflamatorios y la presencia de gastritis de las personas del Centro Integral del Adulto Mayor del Centro de Salud Acomayo – Huánuco 2014

Consumo de medicamentos antiinflamatorios	Presencia de gastritis				Total		Prueba Chi cuadrada	Significancia
	SI		NO		N°	%		
	N°	%	N°	%				
SI	42	52,5	11	13,8	53	66,3		
NO	7	8,8	20	25,0	27	33,8	21,43	0,000
Total	49	61,3	31	38,8	80	100,0		

Fuente: Anexos 01 y 03.

En cuanto a la relación entre consumo de medicamentos antiinflamatorios y la presencia de gastritis de las personas del Centro Integral del Adulto Mayor en estudio, observamos que el 52,5% tuvieron consumo de medicamentos antiinflamatorios y la vez presentó gastritis. Mediante la Prueba de Chi cuadrado de independencia ($X^2=21,43$; $p\leq 0,000$) resultó significativo estadísticamente; es decir el consumo de medicamentos antiinflamatorios se relaciona significativamente con la presencia de gastritis de los adultos mayores en estudio.

Tabla 19. Relación entre consumo inadecuado de comidas al día y la presencia de gastritis de las personas del Centro Integral del Adulto Mayor del Centro de Salud Acomayo – Huánuco 2014

Consumo inadecuado de comidas al día	Presencia de gastritis				Total		Prueba Chi cuadrada	Significancia
	SI		NO		N°	%		
	N°	%	N°	%				
SI	3	3,8	1	1,3	4	5,0		
NO	46	57,5	30	37,5	76	95,0	0,34	0,562
Total	49	61,3	31	38,8	80	100,0		

Fuente: Anexos 01 y 03.

Con respecto a la relación entre consumo inadecuado de comidas al día y la presencia de gastritis de las personas del Centro Integral del Adulto Mayor en estudio, observamos que el 3,8% tuvieron consumo inadecuado de comidas al día y la vez presentaron gastritis. Mediante la Prueba de Chi cuadrado de independencia ($X^2=0,34$; $p\leq 0,562$) no resultó significativo estadísticamente; es decir el consumo inadecuado de comidas al día se no relaciona significativamente con la presencia de gastritis de los adultos mayores en estudio.

Tabla 20. Relación entre falta de desayuno antes de iniciar las actividades diarias y la presencia de gastritis de las personas del Centro Integral del Adulto Mayor del Centro de Salud Acomayo – Huánuco 2014

Falta de desayuno antes de iniciar las actividades diarias	Presencia de gastritis				Total		Prueba Chi cuadrada	Significancia
	SI		NO					
	N°	%	N°	%	N°	%		
SI	7	8,8	0	0,0	7	8,8		
NO	42	52,5	31	38,8	73	91,3	4,85	0,028
Total	49	61,3	31	38,8	80	100,0		

Fuente: Anexos 01 y 03.

Concerniente a la relación entre falta de desayuno antes de iniciar las actividades diarias y la presencia de gastritis de las personas del Centro Integral del Adulto Mayor en estudio, observamos que el 8,8% tuvieron falta de desayuno antes de iniciar las actividades diarias y la vez presentaron gastritis. Mediante la Prueba de Chi cuadrado de independencia ($X^2=4,85$; $p\leq 0,028$) resultó significativo estadísticamente; es decir la falta de desayuno antes de iniciar las actividades diarias se relaciona significativamente con la presencia de gastritis de los adultos mayores en estudio.

Tabla 21. Relación entre falta de respeto del horario regular de las comidas y la presencia de gastritis de las personas del Centro Integral del Adulto Mayor del Centro de Salud Acomayo – Huánuco 2014

Falta de respeto del horario regular de las comidas	Presencia de gastritis				Total		Prueba Chi cuadrada	Significancia
	SI		NO		N°	%		
	N°	%	N°	%				
SI	26	32,5	6	7,5	32	40,0		
NO	23	28,8	25	31,3	48	60,0	8,99	0,003
Total	49	61,3	31	38,8	80	100,0		

Fuente: Anexos 01 y 03.

En referencia a la relación entre falta de respeto del horario regular de las comidas y la presencia de gastritis de las personas del Centro Integral del Adulto Mayor en estudio, observamos que el 32,5% tuvieron falta de respeto del horario regular de las comidas y la vez presentaron gastritis. Mediante la Prueba de Chi cuadrado de independencia ($X^2=8,99$; $p\leq 0,003$) resultó significativo estadísticamente; es decir la falta de respeto del horario regular de las comidas se relaciona significativamente con la presencia de gastritis de los adultos mayores en estudio.

Tabla 22. Relación entre consumo de alimentos a base de frituras y la presencia de gastritis de las personas del Centro Integral del Adulto Mayor del Centro de Salud Acomayo – Huánuco 2014

Consumo de alimentos a base de frituras	Presencia de gastritis				Total		Prueba Chi cuadrada	Significancia
	SI		NO		N°	%		
	N°	%	N°	%				
SI	47	58,8	29	36,3	76	95,0		
NO	2	2,5	2	2,5	4	5,0	0,22	0,636
Total	49	61,3	31	38,8	80	100,0		

Fuente: Anexos 01 y 03.

En cuanto a la relación entre consumo de alimentos a base de frituras y la presencia de gastritis de las personas del Centro Integral del Adulto Mayor en estudio, observamos que el 58,8% tuvieron consumo de alimentos a base de frituras y la vez presentó gastritis. Mediante la Prueba de Chi cuadrado de independencia ($X^2=0,22$; $p\leq 0,636$) no resultó significativo estadísticamente; es decir el consumo de alimentos a base de frituras se no relaciona significativamente con la presencia de gastritis de los adultos mayores en estudio.

Tabla 23. Relación entre consumo de alimentos con alta concentración de condimentos y la presencia de gastritis de las personas del Centro Integral del Adulto Mayor del Centro de Salud Acomayo – Huánuco 2014

Consumo alimentos con alta concentración de condimentos	Presencia de gastritis				Total		Prueba Chi cuadrada	Significancia
	SI		NO					
	N°	%	N°	%	N°	%		
SI	42	52,5	27	33,8	69	86,3		
NO	7	8,8	4	5,0	11	13,8	0,03	0,861
Total	49	61,3	31	38,8	80	100,0		

Fuente: Anexos 01 y 03.

En razón a la relación entre consumo de alimentos con alta concentración de condimentos y la presencia de gastritis de las personas del Centro Integral del Adulto Mayor en estudio, observamos que el 52,5% tuvieron consumo de alimentos con alta concentración de condimentos y la vez presentaron gastritis. Mediante la Prueba de Chi cuadrado de independencia ($X^2=0,03$; $p\leq 0,861$) no resultó significativo estadísticamente; es decir el consumo de alimentos con alta concentración de condimentos se no relaciona significativamente con la presencia de gastritis de los adultos mayores en estudio.

Tabla 24. Relación entre consumo de alimentos fríos o calientes y la presencia de gastritis de las personas del Centro Integral del Adulto Mayor del Centro de Salud Acomayo – Huánuco 2014

Consumo de alimentos fríos o calientes	Presencia de gastritis				Total		Prueba Chi cuadrada	Significancia
	SI		NO		N°	%		
	N°	%	N°	%				
SI	39	48,8	11	13,8	50	62,5		
NO	10	12,5	20	25,0	30	37,5	15,76	0,000
Total	49	61,3	31	38,8	80	100,0		

Fuente: Anexos 01 y 03.

En cuanto a la relación entre consumo de alimentos fríos o calientes y la presencia de gastritis de las personas del Centro Integral del Adulto Mayor en estudio, observamos que el 48,8% tuvieron consumo de alimentos fríos o calientes y la vez presentaron gastritis. Mediante la Prueba de Chi cuadrado de independencia ($X^2=15,76$; $p\leq 0,000$) resultó significativo estadísticamente; es decir el consumo de alimentos fríos o calientes se relaciona significativamente con la presencia de gastritis de los adultos mayores en estudio.

Tabla 25. Relación entre el estrés y la presencia de gastritis de las personas del Centro Integral del Adulto Mayor del Centro de Salud Acomayo – Huánuco 2014

Presencia de estrés	Presencia de gastritis				Total		Prueba Chi cuadrada	Significancia
	SI		NO		N°	%		
	N°	%	N°	%				
SI	24	30,0	2	2,5	26	32,5		
NO	25	31,3	29	36,3	54	67,5	15,65	0,000
Total	49	61,3	31	38,8	80	100,0		

Fuente: Anexos 02 y 03.

Y, en cuanto a la relación entre el estrés y la presencia de gastritis de las personas del Centro Integral del Adulto Mayor en estudio, observamos que el 30,0% presentaron estrés y la vez también presentaron gastritis. Mediante la Prueba de Chi cuadrado de independencia ($X^2=15,65$; $p\leq 0,000$) resultó significativo estadísticamente; es decir el estrés se relaciona significativamente con la presencia de gastritis de los adultos mayores en estudio.

CAPÍTULO V

5. DISCUSIÓN

5.1. DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS

Uno de los trastornos que con más frecuencia afecta a la población mundial lo constituyen las enfermedades gastrointestinales, las cuales se encuentran entre las primeras causas de muerte, al estar incluidas entre ellas el cáncer colorectal y el gástrico. Entre las enfermedades gastrointestinales más comunes se encuentra la gastritis, padecimiento de etiología multifactorial que puede originarse por diversas causas⁷⁵.

La gastritis en general es un padecimiento de etiología multifactorial y de elevada frecuencia en la población mundial. Se observa que en un solo paciente pueden intervenir múltiples factores agresivos tanto exógenos como endógenos⁷⁶.

En nuestra investigación se encontró como factores relacionados a la gastritis al consumo de medicamentos antiinflamatorios ($X^2=21,43$; $p\leq 0,000$); falta de desayuno antes de iniciar las actividades diarias ($X^2=4,85$; $p\leq 0,028$); falta de respeto del horario regular de las comidas ($X^2=8,99$; $p\leq 0,003$); consumo de alimentos fríos o calientes ($X^2=15,76$; $p\leq 0,000$) y la presencia de estrés ($X^2=15,65$; $p\leq 0,000$).

Al respecto, investigadores como Sagaró⁷⁷ reconoce que los factores en el desarrollo de la gastritis incluyen malos hábitos alimenticios, tomar medicamentos antiinflamatorios, estrés debido a diversas enfermedades, infecciones virales o bacterianas, radiaciones, alimentación inadecuada o muy picante, alcohol, cafeína y

nicotina, tabaquismo, uso concomitante o simultáneo de 2 o más antiinflamatorios (AINES), co-morbilidades, historia de úlcera sangrante previa.

Otros estudios⁷⁸ han demostrado que la gastritis está relacionada con algunos hábitos alimenticios que favorecen la aparición de episodios agudos de gastritis, que se manifiestan por ardor o dolor en la parte superior del abdomen, distensión abdominal, pirosis (agrieras), náusea o vómito, estos hábitos incluyen: comer a deshoras; ingerir alimentos muy condimentados o con abundante cantidad de salsas; dietas inapropiadas (en las que se reduce demasiado el consumo de alimentos o que requieren de largos periodos de ayuno); comidas grasosas y ciertos alimentos como los cítricos, el café y los chocolates el consumo excesivo de bebidas alcohólicas

Según la revista Salud y Medicina⁷⁹, en muchos casos la gastritis es causada por las bacterias *Helicobacter pylori* o *Helicobacter helmanni*. No obstante, existen otros factores: desorden con las horas de las comidas (comer a deshoras), Estrés extremo, Abuso de bebidas alcohólicas, Abuso de analgésicos (como la aspirina y los antiinflamatorios), Consumo de cocaína, Ingesta de bebidas corrosivas (como veneno), Reflujo de bilis hacia el estómago (reflujo biliar), Exceso de secreción de ácido gástrico.

Asimismo, la Secretaría de Salud⁸⁰ informó que factores estresantes, además de una alimentación inadecuada, medicamentos e infecciones causadas por la bacteria llamada "*Helicobacter pilory*", pueden ocasionar gastritis, enfermedad que ya afecta a más de la mitad de la población adulta.

Serra⁸¹ concluye que la gastritis es una entidad de etiología multifactorial. Múltiples son los factores internos y externos que puede provocar alteración de la mucosa

gástrica, es decir desencadenar una respuesta inflamatoria. Dentro de los agentes que más se conocen tenemos: AINEs (fármacos antiinflamatorios no esteroideos), ingestión de alcohol, *Helicobacter pylori*, reflujo duodeno gástrico y hábito de fumar.

Las causas más frecuentes de gastritis, desde el punto de vista nutricional, son: los inadecuados hábitos alimentarios. “Muchas veces las personas no consumen los alimentos, ni en cantidad ni en calidad, que deberían consumir, además no respetan las horas de las comidas”; y la inclinación por el consumo de alimentos que tienden a agredir o a irritar la mucosa intestinal como por ejemplo alimentos industrializados, que son ricos en colorantes⁸².

Sostres y Aranguren⁸³ mencionan que las causas más frecuentes de gastritis son la infección por *Helicobacter pylori* y la secundaria a la toma de antiinflamatorios no esteroideos (AINE). Los AINE son una de las medicaciones más recetadas en el mundo por su efecto antiinflamatorio y analgésico, pero no están exentos de efectos secundarios tanto gastrointestinales como cardiovasculares. Los AINE dañan tanto el tracto digestivo superior como el inferior.

Finalmente, la principal limitación del presente estudio se debe al diseño transversal que no permitió establecer explicaciones causales, sino más bien explicaciones de tipo relacional, pero permite generar preguntas hacia la causalidad para futuros estudios.

CONCLUSIONES

Se llegaron a las siguientes conclusiones:

- Dentro del factor medicamento que se relaciona con la presencia de gastritis fue el consumo de medicamentos antiinflamatorios, siendo significativo estadísticamente ($p \leq 0,000$).
- En cuanto a los factores de malos hábitos alimenticios, se encontró a falta de desayuno antes de iniciar las actividades diarias ($p \leq 0,028$); falta de respeto del horario regular de las comidas ($p \leq 0,003$); y consumo de alimentos fríos o calientes ($p \leq 0,000$).
- Y, se encontró que el estrés se relaciona significativamente con la presencia de gastritis de los adultos mayores en estudio ($p \leq 0,000$).

RECOMENDACIONES

Se sugieren lo siguiente:

- Promover políticas e inversiones regionales que apoyan el tratamiento de casos de gastritis y sus complicaciones.
- Que el personal que labora en el centro de salud se capacite constantemente para que asuman con responsabilidad y humanismo el control y el tratamiento de la gastritis.
- Capacitar a los adultos mayores en medidas preventivas como: alimentación sana, no auto medicarse, recreación.
- Continuar investigando el tema con nivel de investigación explicativa.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Ramos E. Gastritis, úlcera y hemorragia digestiva. *Pediatr Integral* 2015; XIX (2): 83-91.
2. Jaramillo LF, Ángulo N, Restrepo P. 2001. La concordancia en la clasificación de la gastritis crónica de Houston Grupo. *Univ Med* 42: 73-78.
3. Chang-Borrero A, Gómez LF, Arrese-Vilche J et al. Gastritis: direct relationship in the production of gastric cancer. *Medicina (Guayaquil)* 2002;8: 147-149.
4. Ramírez A, Gilman RH. *Helicobacter pylori* en el Perú. Capítulo VIII. B. Gastritis. Año 2000, Pag 129 - 134.
5. Fernández J. Incidencia actual de la gastritis: una breve revisión. *Rev. CENIC*. 2014 Sep; 45(1)45 - 48.
6. Sagaró, E. Gastritis. *Rev. Gastrohup*. 2009 oct; 11(3): 39 - 62.
7. Peña J, Junchaya A, cerrón M, Álvarez A. Conocimiento de los factores relacionados con la gastritis en pacientes ambulatorios de la sierra de Perú. *Rev. O.F.I.L.* 2007,17;4: 35-39.
8. Bernardino, D; Trejos, J; Tong, V; Miranda, M; Torres M; Melillo, F; et, al. Factores asociados a sangrado digestivo alto. servicio de gastroenterología. *Rev. médcient.* 2011; (24):4-11.
9. Mendoza L, Salvatierra G, Frisancho O. Perfil del consumidor de antiinflamatorios no esteroideos en Chiclayo y Cajamarca, Perú. *Acta Med. Per* 2008; 25(4): 216-219.
10. Ministerio de salud pública y asistencial social; *Diagnostico de salud*. Guatemala, Marzo 2012.
11. Fernández J. Op, cit, p. 19.
12. Ruiz P. Prevalencia de la infección por *Helicobacter Pylori* en el Policlínico Peruano Japonés. [Título profesional de especialista en gastroenterología]. Perú: Universidad Mayor de San Marcos; 2002.
13. Ministerio de Salud Dirección de Salud IILima Sur plan estratégico institucional 2008 – 2012.

14. Hidalgo H. “factores de riesgo asociados al cáncer gástrico en el hospital regional HermilioValdizan Medrano- Huánuco 2001”. [tesis para optar grado de magister en administración gerencia en salud]. Universidad Nacional HermilioValdizan escuela de postgrado – Huánuco, 2001.
15. Oficina de estadística informática de la red de salud Huánuco 2013.
16. Peña J, Junchaya A. Op, cit, p. 36.
17. Reducindo M, Cortés P, Gómez L, Godínez F. Niveles de estrés en una población del sur de México *Psicología y Salud* jul. 2011; 21(2):239-244.
18. Acosta Navarro R. “Nivel de estrés y las estrategias de afrontamiento que utilizan los adultos mayores de la Asociación Los Auquis de Ollantay, Pamplona Alta, San Juan de Miraflores, 2011”. [título profesional de Licenciada en Enfermería] Lima: Universidad Mayor de San Marcos; 2011.
19. Hoffman citado por Clemente A, Tartaglini M. Estrés Psicosocial y Estilos de Afrontamiento del Adulto Mayor en Distintos Contextos Habitacionales. *Rev. Argentina de Clínica Psicológica*, 2009 Abril; 18(1): 69-75.
20. Mesones D. “Boletín informativo sobre los Trastornos y malos hábitos alimenticios generan gastritis”. Va en aumento por estrés, consumo de café y aparición de la bacteria *Helicobacter Pylori*. 2012 Nov. 19.
21. Valdivia M. Gastritis y gastropatías *Rev. Gastroenterol. Perú*; 2011; 31-1: 38-48.
22. Fernández J. Op, cit, p. 28.
23. Mendoza L, Salvatierra G, Frisancho O. Op, cit, p. 216-217.
24. Bernaola E. *Helicobacter pylori* 29 años después (1983-2012): epidemiología, patogenia, diagnóstico y relación con la enfermedad periodontal. *Kiru* 2012, 9(1): 83-90.
25. Cilleruelo L, Fernández S. Gastritis. Ulcus gástrico y duodenal.
26. Taco E, Silva J, López C. “Frecuencia de la gastritis como trastorno del aparato digestivo en los estudiantes de 3ero, 4to y 6to semestre de la Universidad Central de Ecuador, Facultad de Filosofía, Letras y Ciencias de la Educación”. [Lic. en Ciencias Naturales y del Ambiente, Biología y Química]. Ecuador: Universidad Central de Ecuador; 2013.
27. Herrera Monterroso E. Op, cit, p. 1-76.

28. Coronel Balbuca C. "Factores socioculturales relacionado con gastritis, en los adolescentes del centro de desarrollo por la niñez y la adolescencia en pasaje de enero a marzo del 2009". [Enfermería].Ecuador: universidad técnica de Machala; 2011.
29. Ocharan M, López P. "Eficacia de los prebióticos como tratamiento adyuvante al farmacológico en pacientes con gastritis crónica por Helicobacter Pylori" [Tesis para obtener el grado de maestro en Ciencias de la Salud en Investigación Clínica] México: instituto Politécnico Nacional Escuela Superior de Medicina; 2010.
30. Peña J, Tirado B. "Plan de orientación dirigidos a prevenir la gastritis en los adolescentes de la unidad educativa "santísima trinidad" de puerto Ordaz – estado Bolívar" [trabajo de grado presentando como requisito parcial para optar el título de licenciado en enfermería], Universidad Central de Venezuela facultad de medicina Escuela de Enfermería, 2009.
31. León Cámac L, Landauro Rojas M, González León V, ZarateJoaquín F, La TorreCornejoP. "Hábitos nocivos en pacientes con gastritis aguda en unapoblación rural deHuancavelica" [para optar título] Huancavelica; 1998.
32. Heredia A. "Factores de riesgo asociados a Cáncer Gástrico en pacientes con o sin diagnostico Histopatológico atendidos en el Hospital Amazónico durante el periodo 2010 al 2011". [Doctor en Ciencias de la Salud]. Huánuco: universidad Nacional Hermilio Valdizan Escuela de Post Grado; 2014.
33. Santillán Y. "Factores predictores de la sintomatología de la gastritis en los estudiantes de la Escuela Académica Profesional de Enfermería de la Universidad de Huánuco". [para optar título de licenciada en enfermería] Huánuco: Universidad de Huánuco; 2013.
34. Corcuera C. "Factores en la incidencia de gastritis en pacientes de 15 – 75 años de edad que acuden a consultorio externo de medicina en el hospital del IPSS Huanuco-1994". [para optar título de licenciado en enfermería] Huánuco: Universidad Nacional Hermilio Valdizan; 1994.
35. James y Lange. Teoría de las emociones. Madrid: Editorial centro de estudios Ramón Areces, 1890.
36. Verdalet Olmedo M. Factores Asociados al Desarrollo de Cáncer Gástrico en Pacientes del CECan. [Maestra en Salud Pública]. Veracruz:Universidad Veracruzana; 2009.
37. Valdivia M.Op, cit, p. 38.
38. Fernández J.Op, cit, p. 5.

39. Contra R, kumar V.8.Collins T. Robbins: Patología estructura y funcional. Madrid: McGraw- Hill interamericana. México, 2005.
40. Herrera Monterroso E.Op,cit, p. 2.
41. Valdivia M. Op, cit, p. 38.
42. Fernández J. Op, cit, p. 19.
43. Valdivia M.Op, cit, p. 39.
44. Contra R, kumar V.8.Collins T. Robbinscitado por Herrera Monterroso E. "Prevalencia de gastritis en un segmento de la población estudiantil de la facultad de ciencias químicas y farmacia de la universidad de san Carlos de Guatemala que cursan el segundo año con carnet 2010 y la elaboración de un trifoliar informativo". [Química Farmacéutica]. Guatemala: Universidad de San Carlos de Guatemala; 2012.
45. Valdivia M.Op, cit, p.40.
46. Fauci, A. S, Braunwal, E. Kasper, D. L, Hauser, S. L, Long,D. L, Jamenson, J. L. Harrison: Principios de Medicina Interna. 17 ed. México: McGraw-Hill, 2008. Citado por Herrera Monterroso E. "Prevalencia de gastritis en un segmento de la población estudiantil de la facultad de ciencias químicas y farmacia de la universidad de san Carlos de Guatemala que cursan el segundo año con carnet 2010 y la elaboración de un trifoliar informativo". [Química Farmacéutica]. Guatemala: Universidad de San Carlos de Guatemala; 2012.
47. Ibid.p. 40.
48. Ibid.p.42.
49. Ibid.p.42.
50. Ibid.p.42.
51. Ibid.p.39.
52. Ibid.p.45.
53. Ibid.p.45.
54. Herrera Monterroso E.Op, cit, p.11.
55. Ibid.p.44.
56. Ibid.p.44.

57. Ibid.p.44.
58. Ibid.p.44.
59. Ibid.p.44.
60. Fernández J.Op, cit, p.40.
61. OMS. La depresión [internet] consultado en el 2012 disponible en: [www/un.org](http://www.un.org).
62. Lazarus y Folkman citado por Canto H, Castro E. Depresión, autoestima y ansiedad en la tercera edad: un estudio comparativo. Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal. 2004 jul-dic; 9(2):257-270.
63. Sierra J, Ortega I, Zubeidat I. Ansiedad, angustia y estrés: tres conceptos a diferenciar.Rev. Mal-Estar Subj.2003 Mar.; 3(1): 1518-6148.
64. Lasarus citado por Acosta Navarro R. “Nivel de estrés y las estrategias de afrontamiento que utilizan los adultos mayores de la Asociación Los Auquis de Ollantay, Pamplona Alta, San Juan de Miraflores, 2011”. [título profesional de Licenciada en Enfermería] Lima: Universidad Mayor de San Marcos; 2011
65. Reducindo M, Cortés P, Gómez L, Godínez F. Niveles de estrés en una población del sur de México Psicología y Salud Jul. 2011; 21(2):239-244.
66. Herrera Monterroso E. Op, cit, p. 2.
67. Hernández Z, Romero E .Estrés en Personas Mayores y Estudiantes Universitarios: Un Estudio Comparativo. redalyc.org 2010 jun. ;18 (1):56-68.
68. Roussos A, Tsimpoukas F, Anastasakou E, et al. Op, cit p. 33.
69. Sáenz S, González F, Díaz S. Hábitos y Trastornos Alimenticios asociados a factores Socio-demográficos, Físicos y Conductuales en Universitarios de Cartagena, Colombia. Rev. ClinMed Fam. 2011 Oct; 4(3): 22- 34.
70. Bernardino, D; Trejos, J; Tong, V; Miranda, M; Torres M; Melillo, F, et,al. Op, cit, p, 2.
71. Cilleruelo L, Fernández S. Op, cit, p,32.
72. Valdivia M.Op, cit, p.39.

73. Andrade R. Plan de orientación dirigida a prevenir la gastritis en los adolescentes de la unidad educativa Santísima Trinidad de Puerto Ordaz – Estado Bolívar. (24 de junio del 2013).
74. Salud Medicinas.com.mx. SyM - Israel Cortés. Lunes 17 de febrero del 2014, 12:25 pm, última actualización. Gastritis atrófica, mal común en el adulto mayor.
75. Fernández JC. Incidencia actual de la gastritis: una breve revisión. Revista CENIC Ciencias Biológicas, 2014;45(1):10-17.
76. Instituto Nacional de Diabetes y Enfermedades Digestivas y Renales. Gastritis. <http://digestive.niddk.nih.gov/ddiseases/pubs/gastritis/index.htm>. Accessed June 9, 2013.
77. Sagaró E. Gastritis. Rev. Gastrohup 2009; 11(3): 156-161.
78. Dore MP, Graham DY. Las úlceras y la gastritis. Endoscopy. 2004; 36: 42-7.
79. Salud y medicina [internet]. [Consultado octubre 2015]. Disponible en: <http://www.noticias24.com/salud/noticia/18535/conozca-la-causas-y-sintomas-de-la-gastritis-un-padecimiento-silencioso/>
80. Secretaría de Salud [internet]. [Consultado en octubre 2015]. Disponible en: <https://www.elsiglodetorreon.com.mx/noticia/355882.conozca-los-factores-que-provocan-la-gastritis.html>
81. Serra J. Diagnóstico endoscópico y factores de riesgo de la Gastritis [internet]. [Consultado octubre 2015]. Disponible en: <http://medicablogs.diariomedico.com/jorgeserra/tag/gastritis-y-factores-de-riesgo/>
82. www.guia.com.ve/noticias/?id=12815 - 29k. Abril 29/2009
83. Sostres C, Aranguren FJ. Gastritis. Medicine - Programa de Formación Médica Continuada Acreditado, 2012; 11:82-89.

ANEXOS

CÓDIGO:

FECHA:...../...../.....

ANEXO 01**GUIA DE ENTREVISTA SOBRE LOS FACTORES RELACIONADOS A
GASTRITIS**

TITULO DEL ESTUDIO: Factores relacionados a gastritis en personas del centro integral del adulto mayor en el Centro de Salud Acomayo, Huánuco; 2014.

INTRUCCIONES. Estimado encuestador le pedimos por favor se sirva a registrar las respuestas emitidas por las PAMS, a fin conocer sus características sociodemográficas y familiares; para ello deberá formular las preguntas de manera clara y precisa. La información será manejada con carácter confidencial. La exactitud de las respuestas será de inestimable valor.

Gracias por su colaboración

I. CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICOS

1. ¿Cuál es su edad?

.....años

2. ¿Cuál es su género?

- a) Masculino (...)
- b) Femenino (...)

3. ¿Cuál es su procedencia?

- a) Rural (...)
- b) Urbano (...)
- c) Urbano marginal (...)

II. CARACTERÍSTICAS SOCIALES

4. ¿Cuál es su estado civil?

- a) Casado(a) (...)
- b) Conviviente (...)
- c) Divorciado (a) (...)
- d) Viudo(a) (...)

5. ¿Cuál es su ocupación?

- a) Jubilado (...)
- b) Comerciante (...)
- c) Agricultor (...)
- d) Trabajador dependiente (...)
- e) Otros (...) Especifique.....

6. ¿Cuál es su grado de escolaridad?

- a) Sin estudios (...)
- b) Primaria incompleta (...)
- c) Primaria completa (...)
- d) Secundaria incompleta (...)

- e) Secundaria completa (...)
- f) Superior (...)

7. ¿Cuál es su religión?

- a) Católico (...)
- b) Evangélico (...)
- c) Otros (...) Especifique.....

III. CARACTERÍSTICAS FAMILIARES

8. ¿Con quién vive usted?

- a) Solo (...)
- b) Con sus hijos (...)
- c) Con su esposa(o) (...)
- d) Con su familia (...)
- e) Otros (...) Especifique.....

9. ¿Tiene carga familiar?

- a) Si (...)
- b) No (...)

9.1 De ser afirmativa su respuesta ¿indique quién es su carga familiar?

- a) Sus hijos (...)
- b) Su esposo(a) (...)
- c) Sus nietos (as) (...)
- d) Otros (...) Especifique.....

IV. CARACTERÍSTICAS DEL ESTADO DE SALUD

10. ¿Padece de alguna enfermedad?

- a) Si (...)
- b) No (...)

10.1 De ser afirmativa su respuesta ¿indique de que enfermedad padece usted?

- a) Osteoartrosis (...)
- b) Problemas Cardiovasculares (...)
- c) Hipertensión arterial (...)
- d) Otros (...) Especifique.....

V. ASPECTOS ASOCIADOS

A. FACTOR MEDICAMENTOS

11. ¿Usted consume medicamentos?

- a) Si (...)
- b) No (...)

11.1 De ser afirmativa su respuesta ¿indique que tipo de medicamento consume más?

- a) Aspirina (...)
- b) Ibuprofeno (...)
- c) Naproxeno (...)
- d) Diclofenaco (...)
- e) Ketoroloco (...)

- f) Piroxicam (...)
 g) Otros (...) Especifique.....

11.2 ¿Cuántas veces a la semana consume este medicamento?

- a) Ninguna (...)
 b) Una vez (...)
 c) Dos veces (...)
 d) Más de tres veces (...)

B. FACTOR MALOS HÁBITOS ALIMENTICIOS

12. ¿Cuántas comidas consume al día?

- a) De uno a dos comidas (...)
 b) De Tres a cinco comidas (...)
 c) Más de cinco comidas (...)

13. ¿Desayuna antes de iniciar tus actividades diarias?

- a) Si (...)
 b) No (...)

14. ¿Respetas el horario regular de las comidas?

- a) Siempre (...)
 b) Frecuentemente (...)
 c) Algunas veces (...)
 d) Nunca (...)

15. ¿Ingieres alimentos a base de frituras?

- a) Si (...)
 b) No (...)

15.1 De ser afirmativa su respuesta ¿indique cuantas veces a la semana consume estos alimentos?

- a) Ninguno (...)
 b) De uno a dos veces (...)
 c) De tres a cuatro veces (...)
 d) Más de cinco veces (...)

16. ¿Usted consume alimentos con alta concentración de condimentos?

- a) Siempre (...)
 b) Frecuentemente (...)
 c) Algunas veces (...)
 d) Nunca (...)

17. ¿Usted consume alimentos fríos o calientes?

- a) Si (...)
 b) No (...)

CÓDIGO:

FECHA:...../...../.....

ANEXO 02
ESCALA DE ESTRÉS DIRIGIDO A LOS ADULTOS MAYORES

TITULO DEL ESTUDIO: Factores relacionados a gastritis en personas del centro integral del adulto mayor en el Centro de Salud Acomayo, Huánuco; 2014.

INTRUCCIONES. Estimado encuestador le pedimos por favor se sirva a registrar las respuestas emitidas por las PAMS, para ello deberá formular las preguntas de manera clara y precisa. Recuerda que la información será manejada con carácter confidencial.

Gracias por su colaboración

N°	REACTIVO	SI	NO
1	¿Se siente más nervioso de lo normal?		
2	¿Siente miedo sin ver razón para ello?		
3	¿Se enfada con facilidad o siente cambios de humor sin razón alguna?		
4	¿Se aburre fácilmente?		
5	¿Está usted de buen ánimo la mayoría del tiempo?		
6	¿Está usted preocupado o teme que algo malo le va a pasar?		
7	¿Siente como si se derrumbara o se fuera a desintegrar?		
8	¿Se siente con frecuencia desamparado .que no vale nada o desvalido?		
9	¿Se siente usted débil y se cansa con facilidad?		
10	¿Siente que su corazón late con rapidez?		
11	¿Cree usted que respira bien y con facilidad?		
12	¿Se siente usted molesto por los dolores de cabeza, cuello y espalda?		
13	¿Siente usted adormecimiento y hormigueo en los dedos de las manos y de los pies?		
14	¿Siente usted que puede dormir con facilidad?		
15	¿Tiene pesadillas constantemente?		

Nº observación:

Fecha:/...../.....

ANEXO 03**GUÍA DE OBSERVACIÓN SOBRE GASTRITIS**

TITULO DEL ESTUDIO: Factores relacionados a gastritis en personas del centro integral del adulto mayor en el Centro de Salud Acomayo, Huánuco; 2014.

INSTRUCCIONES. A continuación se listan una serie de signos y síntomas de la gastritis. La observación será dirigida a quién brinde la atención directa al paciente.

La veracidad de lo registrado será de suma importancia para el estudio.

Gracias por su colaboración

I. DATOS GENERALES:

Fecha: ___/___/_____

Hora: _____

II. DATOS ESPECÍFICOS**1. Signos y síntomas de gastritis**

Nº	SIGNOS Y SÍNTOMAS	SI	NO
1	Hipo		
2	Vómitos		
3	Nauseas		
4	Llenura precoz		
5	Heces negras		
6	Pérdida de apetito		
7	Indigestión abdominal		
8	Malestar abdominal en el área superior del ombligo		

9	Dolor a nivel del epigastrio		
10	Eructos		
11	Vinagreras		
12	Dolor cólico con las comidas		
13	Pesadez		
14	Pérdida de peso		

2. Presencia de gastritis

- a) Si (...)
- b) No (...)

ANEXO 04

FECHA:...../...../.....

CÓDIGO:

CONSENTIMIENTO INFORMADO

- **Título del proyecto**

“Factores relacionados a gastritis en personas del centro integral del adulto mayor en el Centro de Salud Acomayo, Huánuco; 2014”

- **Equipo de investigación (nombres, cargo en el proyecto, institución, teléfonos)**

Ambicho Ramírez Mariela, alumna de la universidad de Huánuco de la escuela académica profesional de enfermería–Huánuco.

- **Introducción /propósito**

El objetivo del estudio es:

Identificar los factores relacionados a la gastritis en las personas del centro integral del adulto mayor de Acomayo Huánuco en el 2014.

- **Participación:** Participarán personas adultas mayores del centro integral del adulto mayor de Acomayo.

- **Procedimientos**

Se le aplicará tres instrumentos de recolección de datos (guía de entrevista sobre factores relacionados a la gastritis, escala de estrés dirigido a los adultos mayores y guía de observación sobre gastritis).

- **Riesgos/incomodidades**

No habrá ninguna consecuencia desfavorable para usted, en caso de no aceptar la invitación. No tendrá que hacer gasto alguno durante el estudio.

- **Beneficios**

El beneficio que obtendrá por participar en el estudio, es determinar los factores que se relacionan a la gastritis.

- **Alternativas**

La participación en el estudio es voluntaria. Usted puede escoger no participar o puede abandonar el estudio en cualquier momento. El retirarse del estudio no le presentara ninguna penalidad o pérdida de beneficios a los que tiene derecho.

Le notificaremos sobre cualquiera nueva información que pueda afectar su salud, bienestar o interés por continuar en el estudio.

- **Compensación**

No recibirá pago alguno por su participación, ni de parte del investigador ni de las instituciones participantes. En el transcurso del estudio usted podrá solicitar información actualizada sobre el mismo, al investigador responsable.

- **Confidencialidad de la información**

Los datos que se obtengan a lo largo del presente estudio son totalmente confidenciales, de modo que solo se emplearan para cumplir los objetivos antes descritos. No se publicaran nombres de ningún tipo. Así que podemos garantizar confidencialidad absoluta.

- **Problemas o preguntas**

Escribir al Email: mar_5050@outlook.com o comunicarse al cel. 962526483

- **Consentimiento/participación voluntaria**

Acepto participar en el estudio: he leído la información proporcionada, o me ha sido leída. He tenido la oportunidad de preguntar dudas sobre ello y se me ha respondido satisfactoriamente. Consiento voluntariamente participar en este estudio y entiendo que tengo el derecho de retirarme en cualquier momento sin que me afecte de ninguna manera.

- **Nombre DNI y firma del participante.**

Nombre:.....

DNI:.....

Firma del participante:.....

Firma del investigador:.....

Huánuco.....de.....del 2015

ANEXO 06

MATRIZ DE CONSISTENCIA

“Factores relacionados a gastritis en personas del centro integral del adulto mayor en el Centro de Salud Acomayo, Huánuco; 2014”

Formulación del problema	Objetivos	Hipótesis	Variables	Dimensiones o indicadores	Metodología	Población y muestra	Técnicas
<p>Problema general ¿Cuáles son los factores que se relacionan a la gastritis en las personas del centro integral del adulto mayor de Acomayo Huánuco en el 2014?</p> <p>Problemas específicos ¿De qué manera el factor estrés se relaciona a la gastritis en personas</p>	<p>Objetivo general Identificar los factores relacionados a la gastritis en las personas del centro integral del adulto mayor de Acomayo Huánuco en el 2014.</p> <p>Objetivos específicos Identificar la relación entre el factor estrés y la gastritis en personas adultas</p>	<p>Hipótesis general Ho: Los factores no se relacionan con la gastritis en personas del centro integral del adulto mayor de Acomayo Huánuco en el 2014. Hi: Los factores se relacionan con la gastritis en personas del centro integral del adulto mayor de Acomayo Huánuco en el 2014.</p> <p>Hipótesis específicas Ho₁: El factor estrés se relaciona a la gastritis en personas adultas mayores.</p>	<p>Variable principal Factores relacionados a gastritis.</p> <p>Variable secundario Gastritis.</p>	<p>Gastritis Si No</p> <p>Factor estrés Si No</p> <p>Factor malos hábitos alimenticios Si No</p> <p>Factor medicamentos Si No</p>	<p>Según la intervención del investigador este estudio será observacional, debido que no se manipularán las variables en estudio.</p> <p>Según la planificación de la toma de datos, la investigación será prospectiva, es decir en el tiempo presente.</p> <p>Según el número de mediciones de la variable de estudio, será transversal,</p>	<p>La población de estudio estará integrada por 80 adultos mayores que pertenecen al Centro Integral del Adulto Mayor de Acomayo; según el padrón de registro de dicho programa.</p>	<p>Guía de entrevista sobre factores relacionados a gastritis (anexo 01).</p> <p>Escala de estrés dirigido a los adultos mayores (anexo 02).</p> <p>Guía de observación sobre la gastritis (anexo 03).</p>

<p>adultos mayores?</p> <p>¿Cuál es la relación entre el factor malos hábitos alimenticios y la gastritis en personas adultas mayores?</p> <p>¿Cómo se relaciona el factor medicamentos con la gastritis en personas adultas mayores?</p>	<p>mayores.</p> <p>Evaluar la relación entre el factor malos hábitos alimenticios y la gastritis en personas adultas mayores.</p> <p>Valorar la relación entre el factor medicamentos y la gastritis en personas adultas mayores.</p>	<p>Ha₁: El factor estrés no se relaciona a la gastritis en personas adultas mayores.</p> <p>Ho₂: El factor malos hábitos alimenticios se relaciona a la gastritis en personas adultas mayores.</p> <p>Ha₂: El factor malos hábitos alimenticios no se relaciona a la gastritis en personas adultas mayores.</p> <p>Ho₃: El factor medicamentos se relaciona a la gastritis en personas adultas mayores.</p> <p>Ha₃: El factor medicamentos no se relaciona a la gastritis en personas adultas mayores.</p>			<p>debido a que la medición se realizará en un solo momento.</p> <p>Según el número de variables de interés, será analítico, es decir se relacionarán las variables en estudio.</p>		
---	---	--	--	--	---	--	--