



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DELEGACIÓN NORTE DEL DISTRITO FEDERAL
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 33 EL ROSARIO
COORDINACIÓN CLÍNICA DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN EN
SALUD
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 33 "EL ROSARIO"
CURSO DE ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA FAMILIAR



**FACTORES ASOCIADOS A DISPEPSIA FUNCIONAL EN EL
ADULTO MAYOR DE LA UMF No. 33 "EL ROSARIO"**

TESIS DE POSGRADO

**PARA OBTENER EL TÍTULO DE:
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR**

PRESENTA:

DRA. ANJULIE RAMÍREZ MORENO
MÉDICO RESIDENTE DE TERCER AÑO DEL CURSO DE
ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA FAMILIAR

ASESORA:

DRA. MONICA CATALINA OSORIO GRANJENO
MÉDICO ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR
PROFESORA ADJUNTA DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN
EN MEDICINA FAMILIAR DE LA UMF No. 33 "EL ROSARIO"

CIUDAD DE MÉXICO, JUNIO 2019.





Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

AUTORIZACIONES



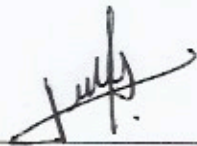
DR. ANDRÉS ROCHA AGUADO
COORDINADOR CLÍNICO DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN EN SALUD
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 33 "EL ROSARIO"



DRA. HAYDEE ALEJANDRA MARTINI BLANQUEL
PROFESORA TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA
FAMILIAR
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 33 "EL ROSARIO"



DRA. MÓNICA CATALINA OSORIO GRANJENO
PROFESORA ADJUNTA DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA
FAMILIAR
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 33 "EL ROSARIO"
ASESORA DE TESIS



DRA. ANJULIE RAMÍREZ MORENO
MÉDICO RESIDENTE DE TERCER AÑO DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN
EN MEDICINA FAMILIAR
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 33 "EL ROSARIO"
AUTORA DE TESIS

DEDICATORIAS.

A mi madre y hermanos, quienes a pesar de la distancia me han apoyado e inspirado a ser mejor, no solamente en este momento, sino también a lo largo de mi vida. Gracias por estar siempre conmigo.

A mi esposo, quien ha estado presente en los momentos más difíciles, con quien he compartido estos años de lucha constante pero también de alegrías. Gracias por estar a mi lado, por alentarme a salir adelante y tener siempre una actitud positiva ante la vida.

A mi asesora, Dra. Mónica C. Osorio Granjeno, quien estuvo presente a lo largo de estos tres años brindándome su apoyo, motivación y enseñanza. Gracias por compartir su tiempo, paciencia y forma de ver la vida.

ÍNDICE

	<u>APARTADOS</u>	<u>PÁGINA</u>
1	Portada	1
2	Autorizaciones	2
3	Dedicatoria	3
4	Resumen	5
5	Introducción	6
6	Antecedentes	7
7	Planteamiento del problema	18
8	Objetivos	20
9	Sujetos, material y métodos	21
10	Resultados	23
11	Tablas y gráficos	27
12	Discusión	42
13	Conclusión	44
14	Bibliografía	46
15	Anexos	51

RESUMEN

Ramírez MA¹, Osorio GM². Factores asociados a dispepsia funcional en el adulto mayor de la UMF No. 33 El Rosario.

Introducción: La prevalencia de la dispepsia funcional en México ha sido estimada en un 10% del total de la población, siendo los adultos mayores uno de los grupos más vulnerables, por los cambios propios de la edad, las comorbilidades y otros factores que pudieran estar asociados a dispepsia funcional. **Objetivo:** Determinar los factores asociados a dispepsia funcional en adultos mayores de la UMF No. 33 El Rosario. **Material y métodos:** Se realizó un estudio correlacional, de casos y controles, calculando un tamaño de la muestra de 275 adultos de 60 años y más, con y sin diagnóstico de dispepsia funcional, a los que se aplicó un instrumento para identificar variables como edad, sexo, escolaridad, estado nutricional, antecedente de H. pylori, polifarmacia, xerostomía, edentulismo, alcoholismo, tabaquismo, consumo de ácidos grasos, actividad física y tipo de personalidad. El análisis de resultados se realizó a través de la prueba ji-cuadrada χ^2 . **Resultados:** Se encontró una asociación significativa en las variables: escolaridad o menos, antecedente de H. pylori, polifarmacia, diabetes mellitus, hipertensión arterial, alcoholismo, tabaquismo, neuroticismo, extraversión y psicoticismo ($p < 0.05$). **Conclusión:** La presente investigación sirve como punto de partida para futuras investigaciones, en donde se evalúen estrategias de prevención y tratamiento integral a pacientes con dispepsia funcional.

Palabras clave: Dispepsia funcional, factores asociados.

¹ Médico Residente de Tercer año del CEMF de la UMF No. 33 "El Rosario"

² Médico Familiar y Profesora Adjunta del CEMF de la UMF No. 33 "El Rosario"

INTRODUCCIÓN

La prevalencia de la dispepsia funcional en México ha sido estimada en un 10%, en la cual el subgrupo más frecuente es la variante con dolor epigástrico (57.8%). En algunos países se ha encontrado que la incidencia anual es aproximadamente del 1% y se calcula que una de cada dos personas consultará en algún momento de su vida por síntomas dispépticos. Representa el 5% de la consulta en medicina general y del 20 al 30% de la consulta en gastroenterología. Además de su alta prevalencia, es importante porque disminuye notablemente la calidad de vida de los individuos que la padecen.

La relación que existe entre factores psicológicos y dispepsia funcional hace que la enfermedad tenga gran importancia, sin embargo, se estima que el 50% de los pacientes, al tener síntomas dispépticos lo que hacen es automedicarse, acudiendo a consulta cuando los síntomas son importantes o cuando se presentan reacciones adversas que empeoran su estado de salud.

Se ha observado que los pacientes con dispepsia funcional tienen una evaluación cognitiva más negativa de los sucesos estresantes de la vida diaria que las personas sanas, lo que se ha podido confirmar a través del cuestionario EPQR-A, que nos permite medir los rasgos de personalidad, encontrando que la subescala de neuroticismo es la más común frente a otros rasgos como lo son extraversión, psicoticismo y sinceridad. Además, se ha llevado a relacionar la personalidad de tipo neuroticista con estrategias de afrontamiento poco eficientes.

Por otro lado, se han asociado otros factores a la presencia de dispepsia, sobre todo en los adultos mayores, como lo son el sexo femenino, edad, escolaridad, xerostomía, edentulismo, el consumo de alcohol y tabaco, tipo de dieta, estrés, infección por *H. pylori* y consumo de antiinflamatorios no esteroideos.

La motivación para realizar el presente estudio es ofrecer a la comunidad médica elementos para incidir en los factores asociados a la dispepsia funcional en el adulto mayor, así como mejorar la calidad de vida de nuestros pacientes al conocer los factores predisponentes e intervenir en aquellos que se puedan modificar.

Se planteó como objetivo determinar los factores asociados a la dispepsia funcional en adultos mayores de la UMF No. 33 El Rosario.

ANTECEDENTES

Durante los últimos años se han realizado muchos intentos procurando establecer una definición de dispepsia y en la mayoría de los casos el resultado no ha sido muy afortunado. Han existido discrepancias claras en si los síntomas debían o no estar relacionados con la digestión, qué tipo de síntomas se debían incluir, cuál debería ser la localización anatómica de las molestias, etc. Naturalmente, esta confusión obedece no sólo a la dificultad de la propia definición sino al gran desconocimiento de los mecanismos fisiopatológicos de muchas de las dispepsias.¹

El término dispepsia proviene de las palabras griegas *dys* (malo) y *pepsis* (digestión). La dispepsia (DP) se refiere al dolor o malestar crónico o recurrente, localizado en la parte central del abdomen superior (epigastrio). De manera incorrecta, con frecuencia, es reemplazada por las denominaciones "gastritis crónica" o "enfermedad acido péptica".²

En 1988 Talley y Phillips definieron la dispepsia como "dolor o malestar en el abdomen superior, o náuseas, crónicos o recurrentes, que pueden o no estar relacionados con la ingesta". Sin embargo, en la misma época se utilizaban otras definiciones tan distintas como "dolor en el abdomen superior o retroesternal, pirosis, náuseas, vómitos u otros síntomas que puedan ser atribuidos al tracto digestivo alto" o "síntomas abdominales, episódicos o persistentes, que los pacientes o los médicos creen ser debidos a alteraciones de la porción proximal del tubo digestivo".^{1,3}

Clásicamente la dispepsia se ha dividido en ulcerosa y no ulcerosa, dependiendo de su etiología. Sin embargo, esta clasificación no parece ser muy adecuada ya que la enfermedad ulcerosa es sólo una de las causas orgánicas que pueden producir síntomas dispépticos. Es más apropiado clasificarla en orgánica y no orgánica, o funcional.⁴

Poco después se crearon los llamados comités "de Roma" y, tras varios intentos, en 1991 (criterios de Roma I) y 1999 (criterios de Roma II) la dispepsia se definió como "cualquier dolor o molestia localizado en la parte central del abdomen superior". La verdad es que la definición era corta y concisa pero no excesivamente aclaratoria. No obstante, añadía algunos aspectos de cierta utilidad; por ejemplo, que molestia (o "discomfort") se refería a una sensación negativa no dolorosa tal como hinchazón abdominal, saciedad precoz, distensión o náusea; que los síntomas pueden ser continuos o intermitentes, y estar relacionados o no con la ingesta; o que la pirosis no debe considerarse como un

síntoma propiamente de dispepsia debido a su considerable especificidad para la enfermedad por reflujo gastroesofágico (ERGE).^{1,5}

En su publicación del año 2006 el comité de Roma III propuso definir la dispepsia funcional a dos niveles. Uno más general para uso fundamentalmente clínico, que no difiere en exceso de los criterios previamente utilizados; y otro, más específico para estudios fisiopatológicos y ensayos terapéuticos en el que se definen dos entidades nuevas: a) síntomas dispépticos inducidos por la comida (síndrome del distrés postprandial o SDP); y b) dolor epigástrico (síndrome del dolor epigástrico o SDE). Esta subdivisión se debe al hecho de que, aunque en muchos pacientes con dispepsia los síntomas se inician o agravan con la ingesta, también los hay en los que las molestias aparecen en ayunas, con criterios de apoyo, los cuales son: hinchazón en el abdomen superior o náuseas postprandiales o eructos excesivos o bien, coexistir con el SDE (síndrome del dolor epigástrico). El síndrome del dolor epigástrico (SDE) se define como dolor o ardor localizado en el epigastrio, de intensidad al menos moderada, y con una frecuencia mínima de una vez por semana, el dolor es intermitente, no generalizado o localizado a otras regiones abdominales o torácicas, no se alivia con la defecación o el ventoseo, no cumple criterios de dolor biliar, el dolor puede ser de tipo quemante (ardor) pero sin ser retroesternal, el dolor frecuentemente se induce o alivia con la ingesta de comida, pero puede ocurrir en ayunas.^{1,6}

La dispepsia funcional, de acuerdo a los criterios de Roma IV, publicados en mayo de 2017, se caracteriza por uno o más de los siguientes síntomas: plenitud posprandial, saciedad temprana y dolor o quemazón epigástricos, sin evidencia de ninguna enfermedad estructural que pudiera justificar los síntomas, tras una evaluación clínica rutinaria. Uno o más de los siguientes:

1. a) Plenitud posprandial molesta. b) Saciedad temprana molesta. c) Dolor epigástrico molesto. d) Ardor epigástrico molesto.
2. No hay evidencia de enfermedad estructural (habitualmente se realiza una endoscopia oral) que podría explicar los síntomas.

Los criterios deben cumplirse durante los últimos 3 meses y los síntomas deben haber comenzado al menos 6 meses antes del diagnóstico.⁷

Respecto a subtipos de la dispepsia funcional, sus características son las siguientes:

En el Síndrome de distrés posprandial (SDP) se presentan uno o ambos de los siguientes síntomas, al menos 3 días por semana: plenitud posprandial molesta y/o saciedad precoz molesta.

Respecto al Síndrome de dolor epigástrico (SDE), este incluye, al menos uno de los siguientes síntomas, por lo menos un día a la semana: dolor epigástrico molesto y/o ardor epigástrico molesto (se habla de «molesto» cuando el síntoma no es suficientemente intenso como para tener un impacto significativo en las actividades cotidianas).⁷

En ambos subtipos no hay evidencia de enfermedad orgánica, sistémica o metabólica que podría explicar los síntomas. Los criterios se deben cumplir durante los últimos 3 meses y los síntomas deben haber comenzado al menos 6 meses antes del diagnóstico.⁷

El enfoque etiológico más aceptado en la actualidad para la DF es el biopsicosocial, dado que en esta condición médica intervienen factores genéticos, biológicos, psicológicos y sociales.⁸

En cuanto a los factores genéticos, se encontró una asociación entre dispepsia funcional y un polimorfismo genético específico. El gen estudiado, GNB3, se asocia a depresión, incremento de la inmunidad celular y alteración de los alfa-2-receptores. El estado de portador GNB3 825C se asocia con la presencia de dispepsia funcional.⁹

Las causas biológicas más frecuentes en la DF son la hipersensibilidad visceral y las alteraciones en la motilidad intestinal, todo lo cual es también común en personas con otros trastornos gastrointestinales funcionales. Con respecto a la *hipersensibilidad visceral*, los estudios realizados hasta el momento indican que los pacientes con DF tienen una mayor sensibilidad a los estímulos viscerales que las personas normales, probablemente debido a un defecto en el procesamiento de los estímulos en el sistema nervioso central, por tanto, no hay como tal una alteración en la pared gástrica que la expliquen.⁸

La actividad motora, sensorial y secretora de todo el tubo digestivo es el resultado de una interacción bidireccional coordinada entre el sistema nervioso central, el sistema nervioso autónomo y el sistema nervioso entérico que conforman el llamado eje cerebro-intestino. Los síntomas en la dispepsia funcional pueden ocurrir por una mala regulación de este eje. Existen también contracciones fásicas fisiológicas del fondo gástrico, que condicionan incrementos transitorios en la tensión de la pared gástrica, normalmente imperceptibles, pero su acentuación puede estar asociada a aparición de síntomas dispépticos funcionales dado que el fondo gástrico no posee contracciones de actividad motora migratoria, pero sí ondas de contracción permanente o tono.¹⁰

El estrés puede disminuir el umbral para la percepción del malestar o aumentar la percepción de la distensión gástrica a partir de la activación simpática (Iovino, Azpiroz y Domingo, 1995).¹¹

Al estudiar pacientes con hipersensibilidad visceral asociada a otros estímulos que no sean la distensión, se ha observado que la infusión duodenal de ácido en pacientes dispépticos se asocia con una mayor sensibilidad del estómago a la distensión con balón (Barostat) en pacientes con dispepsia funcional y se acompaña de una alteración en la acomodación gástrica.¹⁰

Por otra parte, las alteraciones en la motilidad en las personas con DF corresponden a un problema en la motilidad gastroduodenal relacionado con una demora en el vaciamiento gástrico de los alimentos, lo cual puede ser una de las causas del dolor y malestar epigástrico. Respecto a la implicación de factores psicológicos en esta alteración motora, se ha informado que la ansiedad afecta probablemente la retención antral de los alimentos (los alimentos se quedan un mayor tiempo en el antro del estómago) en personas con DF (Lorena et al., 2004).¹²

Igualmente, se han implicado trastornos del ritmo y de la actividad mioeléctrica del estómago, al encontrarse en algunos estudios que hasta un 60% de los pacientes con dispepsia funcional pueden tener un vaciamiento gástrico anormalmente lento concomitante con el hallazgo de anomalías en la actividad eléctrica gástrica como se ha comprobado al hacer curvas gamagráficas de pacientes dispépticos y compararlas con controles asintomáticos.¹⁰

Se ha propuesto, en diferentes estudios, que una disfunción eferente vagal sería la responsable de las alteraciones en la actividad motora antral y en la disfunción de la acomodación del fundus en los pacientes con dispepsia funcional. Se piensa que estas alteraciones podrían deberse a factores psicopatológicos que a través de la vía vagal producirían los síntomas dispépticos.⁹

Se ha postulado que la bacteria *Helicobacter pylori*, la cual coloniza el estómago e induce gastritis histológica, puede tener también algún papel etiológico en la DF. La propuesta de la *H. pylori* como factor asociado a la patofisiología de la DF se debe al hecho de que en determinados casos la gastritis que produce en el estómago se expresa con dispepsia. Sin embargo, hay un gran número de personas infectadas con *H. pylori* asintomáticos y los estudios no han hallado una asociación concluyente de la bacteria con esta condición médica. Es factible que en un subgrupo de pacientes la bacteria sí tenga un rol etiológico esencial, como por ejemplo en personas con DF tipo úlcera (el síntoma característico es el ardor y el dolor en la parte superior del abdomen) (Tobón et al., 2005).¹³

Las demandas psicosociales son los agentes externos causantes primarios del estrés, es decir de estados de activación fisiológica y emocional que aumentan las probabilidades de tener alteraciones en la salud mental y física. En esta línea se encuentran varios estudios que han determinado una asociación de los sucesos vitales estresantes con la DF mediante estudios transversales y epidemiológicos realizados en la población general.⁸

La evaluación cognitiva de las situaciones como estresantes-negativas, por ejemplo, daño, pérdida o amenaza induce emociones negativas y puede llegar a afectar el bienestar psicológico y a generar alteraciones digestivas por la activación continua de este sistema. En torno a este punto, aunque la evidencia es escasa, parece que las personas con DF tienden a informar de una evaluación más negativa de los sucesos estresantes que las personas sanas. Se han relacionado altos niveles de neuroticismo con la dispepsia funcional, posiblemente debido a que este tipo de personalidad tiene afrontamientos poco eficaces y no enfocados en el problema, lo que ocasiona una adaptación deficiente de estrategias.⁸

De acuerdo con la investigación realizada por Carretero (2008), los adultos mayores de 65 años presentan xerostomía en el 40%, lo que favorece la inapetencia y dificulta la formación y deglución del bolo alimenticio, lo que propicia la aparición de dispepsia funcional, asimismo se dificulta la masticación y favorece atragantamientos, mientras que el 20 a 30% presentan gastritis atrófica y disminución del ácido clorhídrico, por lo cual favorece la infección por H. Pylori. Además, la pérdida de dientes influye en la calidad masticatoria y afecta el vaciamiento gástrico en este grupo etario, por lo cual ayuda al desarrollo de la dispepsia funcional.¹⁴

Existe una mayor prevalencia de gastroparesia y por ende, de dispepsia funcional en pacientes del sexo femenino debido a que las mujeres tienden a mostrar ritmos de vaciamiento más lentos que los varones, en especial durante la última parte del ciclo menstrual (la fase lútea). Además, se piensa que la progesterona reduce la contractilidad de la musculatura gástrica.¹⁵

Por otro lado, los estudios son concluyentes en demostrar, a nivel de la conducta de enfermedad, que el tabaquismo, el ácido acetil salicílico, los antiinflamatorios no esteroideos -AINES- (Wildner- Christensen, Hansen & De Muckadell, 2006), el consumo de alcohol (Tobón et al., 2005), las alteraciones del sueño, el comer a deshoras, una dieta irregular (baja en verduras) y la inapetencia (Miwa, 2012), son factores de riesgo significativos para la DF.¹⁶

Cabe mencionar que los lípidos (que actúan sobre los quimiorreceptores) producen un aumento de la sensibilidad tanto en sanos como en pacientes dispépticos, lo cual no se observa con la infusión de glucosa; esto sugiere que los receptores para la colecistoquinina A (CCK-A) y serotonina (5-HT) estarían mediando, al menos en parte, las sensaciones gastrointestinales. Asimismo, la administración endovenosa de antagonistas de los receptores CCK-A reduce los efectos sobre la percepción gastrointestinal en estudios de distensión gástrica efectuados con balón.¹⁷

Otro factor relacionado con la DF, son los fármacos, especialmente los antiinflamatorios no esteroideos (AINES), son una causa frecuente de dispepsia. También se han relacionado los síntomas dispépticos con las situaciones de estrés y con la ansiedad. Los AINES y la aspirina (Ácido Acetil Salicílico) incrementan el riesgo de úlcera péptica. Una revisión sistemática identifica como factores de riesgo de úlcera péptica entre las personas que utilizan AINES, la historia de úlcera péptica, la edad mayor de 60 años, el uso de anticoagulantes o de corticosteroides, y la utilización simultánea de múltiples AINES y/o AAS.¹⁸

La principal consecuencia de la deficiencia de prostaglandinas que ocasionan los AINES son la disminución en la síntesis de moco y de bicarbonato, del flujo sanguíneo de la mucosa y el aumento de la secreción de ácido. Los AINES también producen isquemia microvascular, en parte producida por la adherencia de los neutrófilos al endotelio vascular de la microcirculación gástrica.¹⁹

Respecto al papel de los determinantes psicológicos, se ha postulado que el estrés psicológico podría influir en la motilidad, alterar los mecanismos de regulación autónoma y disminuir el umbral de percepción visceral.²⁰

En el procesamiento anormal de los estímulos nociceptivos que llegan del tubo digestivo a nivel cerebral y autonómico, está demostrado que el estrés y la ansiedad modifican la percepción sensorial en pacientes dispépticos. Existen mecanismos subyacentes a nivel del sistema nervioso central para el desarrollo de estos, posiblemente originados en el llamado "centro disparador de estrés" en las zonas profundas de la corteza cerebral.¹⁰

Lee *et al.* (2000) determinaron que las personas con DF tuvieron un menor apoyo interpersonal que el grupo de control con personas sanas, y por lo tanto un menor grado de estrategias de afrontamiento, lo cual favorece la aparición de dispepsia.²¹

Esta relación fue confirmada en un segundo estudio efectuado por Cheng *et al.* (2004), los cuales buscaron determinar la relación del apoyo social con el afrontamiento y los síntomas de la DF. Para ello entrevistaron a 4.038 personas de

Hong Kong, encontrando que la percepción de la gravedad de los síntomas de dispepsia se relacionaba significativamente con los niveles de apoyo emocional y un estilo de afrontamiento flexible de las situaciones.²²

Por otro lado, existen estudios (Haug et al., 1994) en donde se menciona que las personas con DF tienden a tener menores ingresos, menos empleo y menor nivel educativo que las personas sanas de la población general, así como mayores dificultades sociales y laborales sin que haya todavía una explicación clara de este hecho. (Hu et al., 2002).^{23, 24}

Otro aspecto relacionado con la personalidad son las conductas de riesgo para la salud. En este ámbito, los estudios que han evaluado la relación entre la DF y conductas tales como el hábito de fumar, el consumo de alcohol, el ingerir fármacos antiinflamatorios no esteroideos (AINES) y el comer de forma irregular, son contradictorios y prima la evidencia en contra de una posible asociación (Tobón et al., 2005).⁸

Los estilos de vida como uno de los determinantes de salud de la población también juegan un rol fundamental en el control de la enfermedad, por ejemplo, el consumo de alcohol y el tabaquismo son hábitos tóxicos, su consumo inhibe las prostaglandinas, altera el vaciamiento gástrico y disminuye la producción de óxido nítrico contribuyendo a un trastorno en la digestión de los alimentos y absorción de los nutrientes como tal.²⁵

En las personas con DF hay evidencias de que su calidad de vida está disminuida, tal como es indicado por Haug et al. (1994), Berstad et al. (2001), El-Serag y Talley (2003) y Gutiérrez et al. (2003). Respecto a los factores que modulan o median en el grado de calidad de vida relacionada con la salud en esta condición médica, los estudios son escasos, teniéndose conocimiento solamente del estudio de Gutiérrez et al. (2003) quienes hallaron que la ansiedad fue predictora de la calidad de vida.⁸

Por otra parte, hay evidencia concluyente de que las personas con DF tienen un peor estado de salud mental que las personas sanas de la comunidad. Un trastorno psicológico característico de este grupo de personas es la somatización, la cual se manifiesta como una tendencia a informar más síntomas de tipo no gastrointestinal que la población general (Wilhelmsen, 2002).²⁶

Se ha encontrado una asociación significativa de la ansiedad y de la depresión con esta condición médica, lo cual se ha constatado en diversos estudios realizados con muestras clínicas y en la población general (Tobón et al., 2003).²⁷

El cuestionario EPQR-A (Eysenck Personality Questionnaire Revised-Abbreviated) es una prueba abreviada sobre rasgos de personalidad aplicable a mayores de 18 años. La versión española del cuestionario (Sandin, Valiente y Chorot, 1999), consta de 24 ítems y cuatro subescalas (Extraversión, Neuroticismo, Psicoticismo y Sinceridad), correspondiendo 6 ítems a cada una de las subescalas. El formato de respuesta es de Sí (1) vs. No (0), con un rango de puntuaciones para cada subescala entre 0 y 6. Las tres primeras subescalas indicadas miden rasgos de personalidad, mientras que la última evalúa la tendencia a mentir (se evalúa inversamente, esto es, se calcula el nivel de sinceridad).²⁸

En Latinoamérica son muy pocos los estudios poblacionales enfocados en la dispepsia funcional. En México y Nicaragua, se han diseñado estudios que permiten estimar su prevalencia en zonas urbanas y ésta se maneja en el rango del 4% al 11%. Por otro lado, Greenberg et al. (2011) en un estudio llevado a cabo en México, Honduras, Nicaragua, Costa Rica, Colombia y Chile, estimó que el 26% de los pacientes presentaban síntomas dispépticos crónicos, usando como instrumento diagnóstico los criterios de Roma III.²⁹

En relación con los factores de riesgo asociados, Morera et al. (2014) en un estudio descriptivo simple, en el cual, a partir de una muestra de 730 pacientes, muestra la incidencia de la dispepsia con relación a la edad y el sexo, donde se puede apreciar un predominio de pacientes entre la cuarta y quinta década de vida y del sexo femenino sobre el masculino con un 24.6% y un 18.4%, respectivamente. Los factores de riesgo más frecuentes en el sexo masculino fueron los hábitos tóxicos con un 16,4%, mientras que en el sexo femenino predominaron los AINES con un 41%. En cuanto a los síntomas de distrés postprandial representados deja claro la preponderancia del sexo femenino sobre el masculino, destacándose en orden de frecuencia: la plenitud postprandial con un 23%, la saciedad precoz en un 16,4% y la hinchazón abdominal con un 14,7%, mientras que en el sexo masculino se comportó de la siguiente forma: plenitud postprandial 13,9%, la saciedad precoz 11,5%, y la hinchazón abdominal con un 10,1%.²⁵

Por otro lado, Rodríguez et al. (2016), en un estudio realizado a 568 pacientes en donde se comparan la dispepsia funcional y la dispepsia asociada a *H. pylori*, reportó una prevalencia de la infección por bacteria del 58.1% en pacientes con síntomas dispépticos sin lesiones significativas detectadas por endoscopia y que esta se incrementa con la edad. Además, en relación con la presentación clínica de la dispepsia funcional refieren que el síndrome de distrés postprandial y síndrome de dolor epigástrico tuvieron una mayor proporción en sujetos del grupo sin *H. pylori* en donde se presentó sobreposición de ambos síndromes (19.3% de los casos vs. 30.6% de los controles, $p = 0.002$).³⁰

Respecto a factores sociodemográficos relacionados con DF, Stefano Vinacias (2014) en un estudio correlacional de 49 pacientes con diagnóstico de dispepsia funcional, encontró que la gran mayoría de los participantes de este estudio fueron mujeres (73.5%), con un nivel de educación universitario, casadas (42.9%), empleadas (51.0%) que vivían en compañía de sus familiares (93.9%), de estrato socioeconómico medio (61.2%). La mayoría no consumía medicamentos psiquiátricos (91.8%) ni medicamentos para la dispepsia funcional (65.3%); sin embargo, un 34.7% estaba en tratamiento médico específico para la enfermedad.¹⁶

Asimismo, Cano et al. (2006) realizaron un estudio en una muestra no aleatoria de 60 pacientes de la Clínica Médico-Quirúrgica de la ciudad de Medellín (Colombia) diagnosticados con dispepsia no ulcerosa, todos infectados por la bacteria *H. pylori* y según los criterios de Roma II, las características sociodemográficas de los participantes del estudio demostraron que más de la mitad son mujeres (71,7%), con edades que oscilaron entre los 18 y 70 años, la edad de 52 años se encuentra en uno de los intervalos más representativo con un porcentaje del 10%, aunque se visualiza que las edades en su gran mayoría están ubicadas entre los 50 y 70 años, apreciándose en un 46,7%; es decir, la mayoría son adultos mayores. El grado de escolaridad de la población encuestada equivale a 54 personas universitarias (90%), 5 personas con secundaria (8%) y 1 persona con básica primaria (2%), indicando un nivel alto (es decir, con educación superior). Se destaca que 43 personas (71,7%) de la población no fuman ni consumen licor; 9 personas, que representan el 15% de la población fumadora, fuman alrededor de 1 a 10 cigarrillos; y 14 personas (23,3%) ingieren licor ocasionalmente. Con respecto al consumo de gaseosa, se destaca que 33 personas (55%) de la población tienen baja ingesta. Se percibe en 34 personas (56,7%) un alto consumo de café y bajo consumo de alimentos irritantes, igualmente existe alta inclinación por la práctica deportiva, representado por 22 personas de las 60 encuestadas (40,0%).³¹

En un estudio realizado por Montaña (2004), de tipo comparativo, con una muestra de 40 pacientes, en donde se compararon 20 pacientes con dispepsia funcional y 20 pacientes sanos para proponer la ingesta de líquidos (agua o bebida nutricional) como herramienta diagnóstica para dispepsia funcional, en donde se encontró que no había diferencias significativas en cuanto a edad, género e índice de masa corporal en los 2 grupos. La frecuencia de los síntomas reportados durante la prueba en pacientes con dispepsia funcional y controles fue: saciedad 100% y 68%; distensión 91% y 56%; náusea 63% y 23% y dolor epigástrico 44% y 16% ($p < 0.001$). De manera similar, la frecuencia de síntomas para la prueba de Nutren fue: saciedad 100% y 89%, distensión 100% y 73%, náusea 74% y 23% y

dolor epigástrico 74% y 16% ($p=0.003$). Los pacientes con dispepsia funcional tuvieron índices significativamente mayores para distensión, saciedad y dolor epigástrico en la prueba con ingesta de agua, llegándose a la conclusión que más del 85% de los pacientes con dispepsia funcional tienen un índice de tolerancia disminuida para la capacidad de ingesta.³²

En relación con el cuestionario EPQR-A que mide rasgos de personalidad, se aprecian las medias para las subescalas de *neuroticismo* (3,12), *extraversión* (0,85), *psicoticismo* (3,18) y *sinceridad* (4,38), en donde en la distribución de frecuencias se visualizan porcentajes de 26,7% en las valoraciones de 6 puntos frente a la variable *neuroticismo*, ubicándose la mayoría de la muestra por encima de la media. A diferencia de lo anterior, se observan porcentajes de 48,3% en las valoraciones de 0 puntos frente a la variable *extraversión*, indicando nula manifestación de este rasgo en la muestra y de un 45% en las valoraciones de 3 puntos en la variable *psicoticismo*, indicando poca presencia de este rasgo. A nivel general se visualiza que la variable neuroticismo es el rasgo de personalidad más sobresaliente en los pacientes con dispepsia respecto a las variables extraversión y psicoticismo que tienen bajas valoraciones.³¹

Se encontraron puntuaciones medias con respecto al afrontamiento resiliente (BSRS), en relación con los resultados de los estudios originales de Sinclair y Wallston (2004). El afrontamiento resiliente tuvo una media de 15.4. Con respecto a la percepción de enfermedad (IPQ-B), y en comparación con el estudio original de Broadbent et al. (2006) se hallaron puntuaciones medias en las dimensiones control personal (5.2), control de tratamiento (5.6) e identidad (5.3); medio altas en duración (6.7) y comprensión de la enfermedad (6.7); y bajas en consecuencias (4.5), preocupación (4.8) y respuesta emocional (4.2). Esta última dimensión tuvo las puntuaciones medias más bajas entre todas las ocho dimensiones del estudio la escala IBQ de conducta de enfermedad, se encontró que hubo puntuaciones medias altas en la dimensión convicción de la enfermedad (3.5) y en el Índice Whiteley de hipocondría (6.3), en comparación con el estudio original de Ballester y Botella (1993).¹⁶

Respecto a la escala de Apoyo Social (AS), de acuerdo a Cano et al. (2006), se visualiza en relación a las medias muy alto apoyo social en toda la muestra, donde sobresalen respecto a la distribución de frecuencias porcentajes que superan el 50% en valoraciones de 3 puntos, indicando que estas personas tienen a alguien que los escuche cuando desean hablar (76,7%), que los consuele cuando están tristes (75%) o a quien recurrir cuando tienen problemas económicos (65%), laborales (66,7%), familiares (68,3%) y de pareja, (53,3%). Los pacientes

presentaron baja manifestación en la variable de expresión emocional, la dispepsia funcional parece asociarse a la presencia de inhibición afectiva.³¹

Carretero (2008), en un estudio transversal, en donde se estudió la deficiencia masticatoria como factor de riesgo para dispepsia funcional en el adulto mayor, con una muestra de 76 pacientes, 38 pacientes con dispepsia funcional y 38 pacientes sin dispepsia, en el que se encontró que el promedio de edad para el grupo de estudio fue de 71.82 años y para el grupo control fue de 71.92, hubo 22 varones en el grupo de estudio y 23 en el grupo control. Para el sexo femenino 16 estuvieron en el grupo de estudio y 15 en el grupo control. Ninguna de estas variables intervinientes influyó significativamente sobre la presencia o no de dispepsia. En cambio, en lo referente a la deficiencia masticatoria por pérdida dentaria, se encontró que ésta tiene 3.46 veces más posibilidades de presentar dispepsia a comparación del grupo control, con diferencias estadísticamente significativas ($p= 0.019$ / $Z=2.07$), por lo cual se concluye que la deficiencia masticatoria por pérdida dentaria es un factor de riesgo para presentar dispepsia en el adulto mayor. El 80.26% de la población en estudio tuvieron alto grado de deficiencia masticatoria de los cuales el 55.74% fueron dispépticos.¹⁴

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Uno de los grupos que predominan en nuestra Unidad de Medicina Familiar No. 33 El Rosario, son los adultos mayores, quienes, con frecuencia, además de las principales comorbilidades por las que acuden a consulta, tienen el diagnóstico de dispepsia funcional, recibiendo tratamiento farmacológico, pero sin evidenciar modificaciones en los estilos de vida que incluyan el manejo de los factores que están relacionados con la enfermedad. Tampoco se cuenta con investigaciones previas relacionadas con dispepsia funcional en nuestra unidad, por lo que considero que valdría la pena realizar una investigación donde se determinen los factores asociados a dispepsia funcional en uno de los grupos de mayor riesgo como son los adultos mayores.

En México y Nicaragua, la prevalencia de dispepsia funcional oscila del 4% al 11%. Por otro lado, Greenberg et al. (2011) en un estudio llevado a cabo en México, Honduras, Nicaragua, Costa Rica, Colombia y Chile, estimó que el 26% de los pacientes presentaban síntomas dispépticos crónicos (Criterios de Roma III).²⁹

En relación con los factores de riesgo para dispepsia funcional, Rodríguez et al. (2016), en un estudio realizado en 568 pacientes en donde se comparan la dispepsia funcional y la dispepsia asociada a *H. pylori*, reportó una prevalencia de la infección por bacteria del 58.1% en pacientes con síntomas dispépticos sin lesiones significativas detectadas por endoscopia.³⁰

Por otro lado, Morera et al. (2014) en un estudio descriptivo simple, realizado en 730 pacientes con dispepsia funcional, observaron que de los pacientes sin *H. Pylori*, 24.6% eran de sexo femenino y 18.4% eran de sexo masculino. Los factores de riesgo más frecuentes en el sexo masculino fueron los hábitos tóxicos con un 16,4%, mientras que en el sexo femenino predominaron los antiinflamatorios no esteroideos (AINES) con un 41%.²⁵

Al respecto, Cano et al (2006) en un estudio descriptivo simple realizado en 60 pacientes diagnosticados con dispepsia no ulcerosa, todos infectados por la bacteria *H. pylori*, observaron que más de la mitad son mujeres (71,7%) y la mayoría tenían entre 50 y 70 años (46.7%). El grado de escolaridad que predominó fue universitaria (90%); 43 personas (71,7%) de la población no fuman ni consumen licor; 9 personas (15%) fuman alrededor de 1 a 10 cigarrillos; y 14 personas (23,3%) ingieren licor ocasionalmente. Con respecto al consumo de gaseosa, se destaca que 33 personas (55%) de la población tienen baja ingesta. Se percibe en 34 personas (56,7%) un alto consumo de café y bajo consumo de alimentos irritantes, igualmente existe alta inclinación por la práctica deportiva,

representado por 22 personas de las 60 encuestadas (40,0%). Respecto a rasgos de la personalidad (Cuestionario EPQR-A), observaron que 26.7% presentaron neuroticismo, 48.3% extraversión y 45% psicoticismo. Respecto a la Escala de Apoyo Social (AS) se observó que estas personas tienen a alguien que los escuche cuando desean hablar (76,7%), que los consuele cuando están tristes (75%) o a quien recurrir cuando tienen problemas económicos (65%), laborales (66,7%), familiares (68,3%) y de pareja (53,3%).³¹

Asimismo, Vinacias et al. (2014) en un estudio correlacional realizado en 49 pacientes con diagnóstico de dispepsia funcional, encontraron que 73.5% eran mujeres, casadas (42.9%), empleadas (51.0%) que vivían en compañía de sus familiares (93.9%), de estrato socioeconómico medio (61.2%).¹⁶

Por último, Carretero (2008), en un estudio comparativo, realizado en una muestra de 76 pacientes, 38 pacientes con dispepsia funcional y 38 pacientes sin dispepsia, en lo referente a la deficiencia masticatoria por pérdida dentaria, se encontró que ésta tiene 3.46 veces más posibilidades de presentar dispepsia a comparación del grupo control, con diferencias estadísticamente significativas ($p=0.019$ / $Z=2.07$). El 80.26% de la población en estudio tuvieron alto grado de deficiencia masticatoria de los cuales el 55.74% fueron dispépticos.¹⁴

Como se puede observar, son muchos los factores que pueden influir en la presencia de dispepsia funcional en adultos mayores, por lo que me permito plantear la siguiente pregunta de investigación:

¿Cuáles son los factores asociados a la dispepsia funcional en el adulto mayor de la Unidad de Medicina Familiar No. 33 "El Rosario"?

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

Determinar los factores asociados a dispepsia funcional en adultos mayores de la UMF No. 33 El Rosario.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Identificar los factores sociodemográficos asociados a dispepsia funcional en adultos mayores de la UMF No. 33 El Rosario.
2. Identificar los factores biológicos asociados a dispepsia funcional en adultos mayores de la UMF No. 33 El Rosario.
3. Identificar el tipo de personalidad asociada a dispepsia funcional en adultos mayores de la UMF No. 33 El Rosario.

SUJETOS, MATERIAL Y MÉTODOS

El estudio se realizó en una unidad de primer nivel de atención del Instituto Mexicano del Seguro Social, esta es la Unidad de Medicina Familiar No. 33 El Rosario, cuya afluencia son los derechohabientes de dicho instituto. La Unidad de Medicina Familiar pertenece a la Delegación Norte de la Ciudad de México del I.M.S.S., ubicada en la zona noreste de la Ciudad de México, entre las Avenidas Aquiles Serdán, Avenida de las Culturas y Avenida Renacimiento S/N, Colonia El Rosario, Azcapotzalco.

El objetivo de la presente investigación fue determinar los factores asociados a dispepsia funcional en el adulto mayor de la UMF No. 33 El Rosario.

Se realizó un estudio de tipo observacional, de casos y controles, transversal, correlacional, retrospectivo y prolectivo. Para la realización del presente estudio se calculó un tamaño de muestra de 275 pacientes adultos mayores, con un nivel de confianza del 95%. La muestra se recabó utilizando un muestreo no probabilístico por conveniencia, durante el periodo de junio de 2018 a febrero de 2019, en ambos turnos. En el grupo de casos participaron 137 adultos mayores con dispepsia funcional y en el grupo de controles participaron 138 adultos mayores sin diagnóstico de dispepsia funcional.

Para determinar el grupo de casos se consideraron a adultos de 60 años o más, de sexo masculino o femenino, que al revisar su expediente tuvieran diagnóstico de dispepsia funcional. Para el grupo de controles se consideraron adultos mayores de 60 años y más del sexo masculino o femenino, que al revisar su expediente no tuvieran el diagnóstico de dispepsia funcional.

Se excluyó a los adultos mayores que cursaran con alguna enfermedad gastrointestinal como Enfermedad por Reflujo Gastroesofágico y cáncer gástrico, antecedente de alguna cirugía que involucrara el aparato digestivo, o bien, que no desearan participar en la encuesta y se eliminaron a los adultos mayores con dispepsia funcional que no llenaron correctamente o en su totalidad el cuestionario, o bien que decidieron retirarse del estudio antes de concluirlo.

Previo consentimiento informado, se les aplicó un cuestionario diseñado para identificar variables sociodemográficas y factores de riesgo. El tipo de personalidad se evaluó a través del cuestionario EPQR-A (Eysenck Personality Questionnaire Revised-Abbreviated), el cual evalúa rasgos de personalidad y la tendencia a mentir a través de un cuestionario de 24 ítems y cuatro subescalas

(Extraversión, Neuroticismo, Psicoticismo y Sinceridad), correspondiendo 6 ítems a cada una de las subescalas. Las variables sociodemográficas que se identificaron fueron: edad, sexo y grado de escolaridad, así como otras variables: antecedente de infección por *Helicobacter Pylori*, polifarmacia, xerostomía, edentulismo, consumo de alcohol, tabaquismo, consumo de ácidos grasos, estado nutricional, otras comorbilidades y actividad física.

Para el análisis de datos, se calcularon frecuencias y porcentajes de las variables de estudio de ambos grupos, los cuales se esquematizaron en tablas de contingencia, representadas gráficamente a través de columnas agrupadas y gráficas de sectores, utilizando el programa Microsoft Office Excel. Se utilizó como herramienta el paquete estadístico Epidat 3.1, con el cual se aplicó la prueba estadística ji-cuadrada χ^2 , a fin de determinar los factores asociados a dispepsia funcional en el adulto mayor. Se consideraron factores asociados, aquellos en los que se obtuvo un valor de p igual o menos de 0.05.

El presente trabajo de investigación se realizó conforme a los lineamientos y aspectos éticos que rigen la investigación a nivel internacional, nacional e institucional, previo consentimiento informado de los adultos mayores que participaron en el estudio.

RESULTADOS.

Respecto a la distribución de acuerdo a género de los 268 adultos mayores que participaron en el estudio, se observó lo siguiente: De los 135 (100%) adultos mayores del grupo de casos (con dispepsia funcional), 51 (38%) eran hombres y 84 (62%) eran mujeres. Y de los 133 (100%) adultos mayores del grupo de controles (sin dispepsia funcional), 66 (49.6%) eran hombres y 67 (50.4%) eran mujeres. Se identificó una asociación significativa entre el sexo mujer y dispepsia funcional. (OR=1.6224, IC=0.99-2.63, p=0.0334). (Tabla y gráfica No. 1).

En lo concerniente a la distribución de acuerdo a edad de los 268 adultos mayores que participaron en el estudio, se observó lo siguiente: De los 135 (100%) adultos mayores del grupo de casos (con dispepsia funcional), 41 (30%) tenían 71 años o más y 94 (70%) tenían entre 60 y 70 años. Y de los 133 (100%) adultos mayores del grupo de controles (sin dispepsia funcional), 55 (41%) tenían 71 años o más y 78 (59%) tenían entre 60 y 70 años. Se identificó una asociación significativa entre mayor edad y dispepsia funcional. (OR=0.6166, IC=0.9769-2.6751, p=0.0402). (Tabla y gráfica No. 2).

En lo referente a la distribución de acuerdo a escolaridad de los 268 adultos mayores que participaron en el estudio, se observó lo siguiente: De los 135 (100%) adultos mayores del grupo de casos (con dispepsia funcional), 49 (36%) tenían educación media superior o más y 86 (64%) tenían educación secundaria o menos. Y de los 133 (100%) adultos mayores del grupo de controles (sin dispepsia funcional), 66 (50.4%) tenían escolaridad media superior o más y 65 (49.5%) tenían escolaridad secundaria o más. Se identificó una asociación significativa entre la escolaridad y dispepsia funcional. (OR=1.7821, IC=1.0914-2.9097, p=0.0140). (Tabla y gráfica No. 3).

Por otro lado, en la distribución de acuerdo a antecedente de H. Pylori de los 268 adultos mayores que participaron en el estudio, se observó lo siguiente: De los 135 (100%) adultos mayores del grupo de casos (con dispepsia funcional), 22 (16%) tenían antecedente de H. Pylori en toma de biopsia por endoscopia y 113 (84%) no lo tenían. Y de los 133 (100%) adultos mayores del grupo de controles (sin dispepsia funcional), 2 (1.5%) tenían antecedente de H. Pylori y 121 (98.5%) no lo tenían. Se identificó una asociación significativa entre el antecedente de H. Pylori y dispepsia funcional. (OR=0.0784, IC= 0.0180-0.3407, p=0.000). (Tabla y gráfica No. 4).

De igual forma, en la distribución de acuerdo a la presencia de polifarmacia de los 268 adultos mayores que participaron en el estudio, se observó lo siguiente: De

los 135 (100%) adultos mayores del grupo de casos (con dispepsia funcional), 75 (56%) tenían polifarmacia y 60 (44%) no lo tenían. Y de los 133 (100%) adultos mayores del grupo de controles (sin dispepsia funcional), 103 (77%) tenían antecedente de polifarmacia y 30 (23%) no lo tenían. Se identificó una asociación significativa entre el antecedente de polifarmacia y dispepsia funcional. (OR=0.3640, IC= 0.2143-0.6183, p=0.0001). (Tabla y gráfica No. 5).

En lo concerniente a la distribución de acuerdo a la presencia de xerostomía de los 268 adultos mayores que participaron en el estudio, se observó lo siguiente: De los 135 (100%) adultos mayores del grupo de casos (con dispepsia funcional), 75 (56%) tenían xerostomía y 60 (44%) no lo tenían. Y de los 133 (100%) adultos mayores del grupo de controles (sin dispepsia funcional) 57 (43%) tenían xerostomía y 76 (57%) no lo tenían. Se identificó una asociación significativa entre el antecedente de xerostomía y dispepsia funcional. (OR=1.6666, IC=1.0283-2.7012, p=0.0251). (Tabla y gráfica No. 6).

Sin embargo, en la distribución de acuerdo a la presencia de edentulismo de los 268 adultos mayores que participaron en el estudio, se observó lo siguiente: De los 135 (100%) adultos mayores del grupo de casos (con dispepsia funcional), 107 (79%) tenían edentulismo y 28 (21%) no lo tenían. Y de los 133 (100%) adultos mayores del grupo de controles (sin dispepsia funcional) 94 (71%) tenían edentulismo y 39 (29%) no lo tenían. No se identificó una asociación significativa entre la presencia de edentulismo y dispepsia funcional. (OR=1.5854, IC= 0.9065-2.7728, p=0.0691). (Tabla y gráfica No. 7).

Por el contrario, en la distribución de acuerdo a la presencia de otras enfermedades presentes en los 268 adultos mayores que participaron en el estudio, se observó lo siguiente: De los 135 (100%) adultos mayores del grupo de casos (con dispepsia funcional), 84 (62%) tenían diabetes mellitus tipo 2 y 51 (39%) no la tenían. Y de los 133 (100%) adultos mayores del grupo de controles (sin dispepsia funcional) 54 (41%) tenían diabetes mellitus tipo 2 y 79 (59%) no la tenían. Se identificó una asociación significativa entre la presencia de diabetes mellitus tipo 2 y dispepsia funcional. (OR=2.4095, IC= 1.4750-3.9360, p=0.0003).

De la misma manera, de los 135 (100%) adultos mayores del grupo de casos (con dispepsia funcional), 111 (82%) tenían hipertensión arterial sistémica y 24 (18%) no la tenían. Y de los 133 (100%) adultos mayores del grupo de controles (sin dispepsia funcional) 73 (55%) tenían hipertensión arterial sistémica y 60 (45%) no la tenían. Se identificó una asociación significativa entre la presencia de hipertensión arterial sistémica y dispepsia funcional. (OR=3.8013, IC=2.1758-6.6413, p=0.0000). (Tabla y gráfica No. 8).

Además, en la distribución de acuerdo a la presencia de alcoholismo de los 268 adultos mayores que participaron en el estudio, se observó lo siguiente: De los 135 (100%) adultos mayores del grupo de casos (con dispepsia funcional), 75 (56%) tenían alcoholismo y 60 (44%) no lo tenían. Y de los 133 (100%) adultos mayores del grupo de controles (sin dispepsia funcional) 50 (38%) tenían alcoholismo y 83 (62%) no lo tenían. Se identificó una asociación significativa entre la presencia de alcoholismo y dispepsia funcional. (OR=2.0750, IC= 1.2734-3.3810, $p=0.0023$). (Tabla y gráfica No. 9).

Así mismo, en la distribución de acuerdo a la presencia de tabaquismo de los 268 adultos mayores que participaron en el estudio, se observó lo siguiente: De los 135 (100%) adultos mayores del grupo de casos (con dispepsia funcional), 55 (41%) tenían tabaquismo y 80 (59%) no lo tenían. Y de los 133 (100%) adultos mayores del grupo de controles (sin dispepsia funcional) 31 (23%) tenían tabaquismo y 102 (77%) no lo tenían. Se identificó una asociación significativa entre la presencia de tabaquismo y dispepsia funcional. (OR=0.4420, IC= 0.2605-0.7500, $p=0.0017$). (Tabla y gráfica No. 10).

En contraste, en la distribución de acuerdo al consumo de ácidos grasos de los 268 adultos mayores que participaron en el estudio, se observó lo siguiente: De los 135 (100%) adultos mayores del grupo de casos (con dispepsia funcional), 46 (34%) refirieron consumo de ácidos grasos y 89 (66%) no lo refirieron. Y de los 133 (100%) adultos mayores del grupo de controles (sin dispepsia funcional) 34 (26%) refirieron consumo de ácidos grasos y 99 (74%) no lo hicieron. No se identificó una asociación significativa entre el consumo de ácidos grasos y dispepsia funcional. (OR=0.6644, IC= 0.3920-1.1262, $p=0.0823$). (Tabla y gráfica No. 11).

Referente a la distribución de acuerdo a la presencia de sedentarismo de los 268 adultos mayores que participaron en el estudio, se observó lo siguiente: De los 135 (100%) adultos mayores del grupo de casos (con dispepsia funcional), 91 (67%) refirieron ser sedentarios, 9 (7%) medianamente activos y 35 (26%) altamente activos. Y de los 133 (100%) adultos mayores del grupo de controles (sin dispepsia funcional) 80 (60%) refirieron ser sedentarios, 15 (11%) medianamente activos y 38 (29%) altamente activos. No se identificó una asociación significativa entre el sedentarismo y dispepsia funcional. (OR=1.3701, IC= 0.8310-2.2590, $p=0.1337$). (Tabla y gráfica No. 12).

De forma diferente, en la distribución de acuerdo al índice de masa corporal de los 268 adultos mayores que participaron en el estudio, se observó lo siguiente: De los 135 (100%) adultos mayores del grupo de casos (con dispepsia funcional), 32 (24%) tenían un peso normal y 103 (76%) tenían sobrepeso u obesidad. Y de los

133 (100%) adultos mayores del grupo de controles (sin dispepsia funcional) 45 (34%) tenían un peso normal y 88 (66%) no lo tenían. Se identificó una asociación significativa entre el índice de masa corporal y dispepsia funcional. (OR=1.6459, IC= 0.9638-2.8107, p=0.0447). (Tabla y gráfica No. 13).

Finalmente, en la distribución de acuerdo al rasgo de personalidad de los 268 adultos mayores que participaron en el estudio, se observó lo siguiente: De los 135 (100%) adultos mayores del grupo de casos (con dispepsia funcional), 65 (48%) tenían una personalidad neuroticista, 40 (30%) tenían una personalidad extrovertida, 21 (16%) tenían una personalidad psicoticista y 9 (7%) tenían una personalidad sincera. Y de los 133 (100%) adultos mayores del grupo de controles (sin dispepsia funcional) 19 (14%) tenían una personalidad neuroticista, 58 (44%) tenían una personalidad extrovertida, 43 (32%) tenían una personalidad psicoticista y 13 (10%) tenían una personalidad sincera. Se identificó una asociación significativa entre el neuroticismo y dispepsia funcional. (OR=5.5714, IC= 3.0838-10.0657, p=0.0000). Se identificó una asociación significativa entre la extraversión y dispepsia funcional. (OR=0.5444, IC=0.3289-0.9011, p=0.0121). Se identificó una asociación significativa entre el psicoticismo y dispepsia funcional. (OR=0.3855, IC=0.2136-0.6958, p=0.0010). No se identificó una asociación significativa entre la sinceridad y dispepsia funcional. (OR=0.6593, IC=0.2718-1.5990, p=0.2410). (Tabla y gráfica No. 14).

TABLAS Y GRÁFICAS.

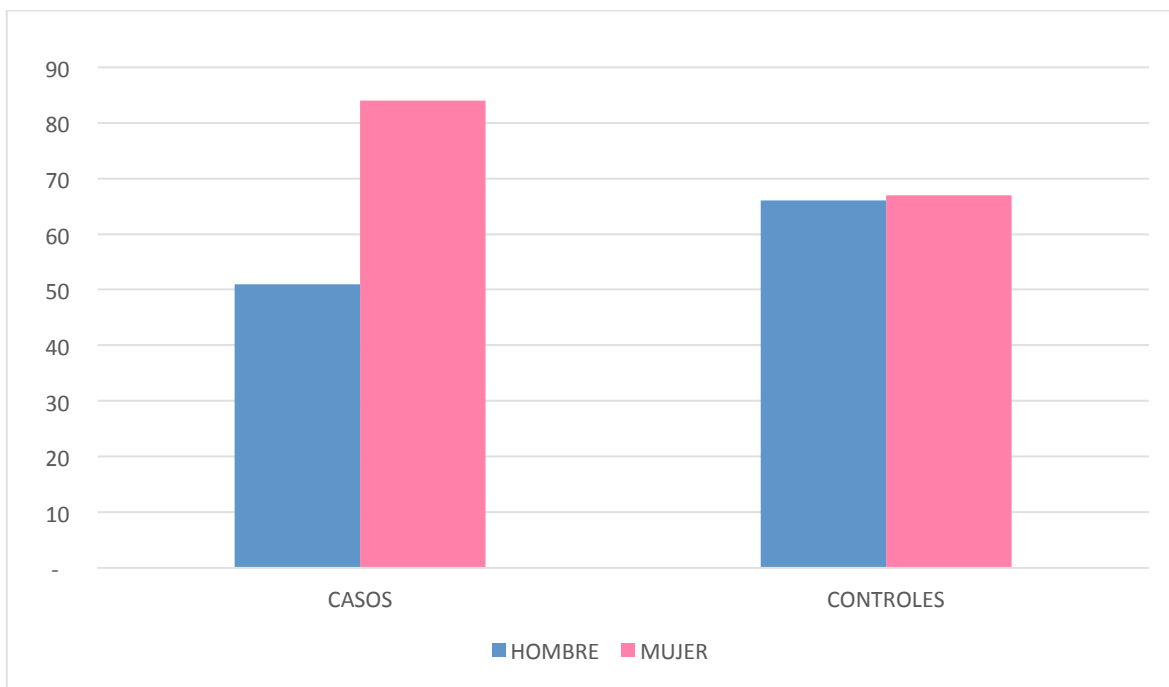
Tabla 1. Distribución de acuerdo a género de los adultos mayores que participaron en el estudio.

GÉNERO	CASOS		CONTROLES	
	FRECUENCIA	PORCENTAJE	FRECUENCIA	PORCENTAJE
MUJER	84	62%	67	50.4%
HOMBRE	51	38%	66	49.6%
TOTAL	135	100%	133	100%

(OR=1.6224, IC=0.9975-2.6389, p=0.0334)

Fuente: Cuestionario factores asociados a dispepsia funcional en adultos mayores de la UMF No. 33 El Rosario.

Gráfica 1. Distribución de acuerdo a género de los adultos mayores que participaron en el estudio.



Fuente: Cuestionario factores asociados a dispepsia funcional en adultos mayores de la UMF No. 33 El Rosario.

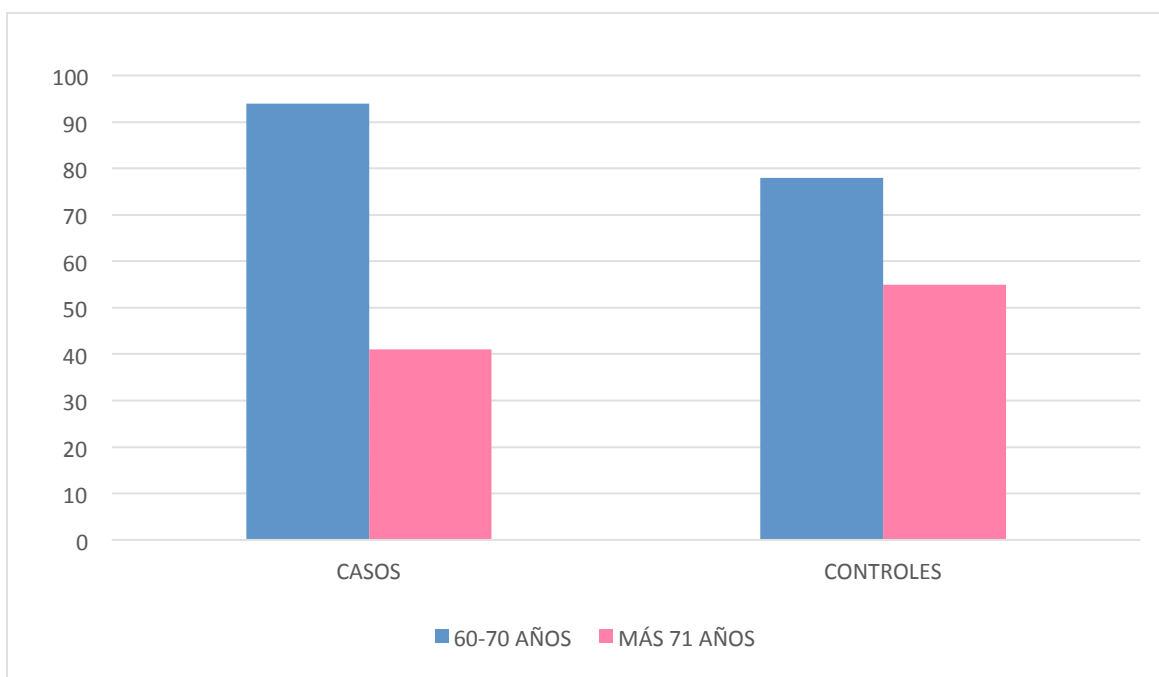
Tabla 2. Distribución de acuerdo a la edad de los adultos mayores que participaron en el estudio.

EDAD	CASOS		CONTROLES	
	FRECUENCIA	PORCENTAJE	FRECUENCIA	PORCENTAJE
MÁS 71 AÑOS	41	30%	55	41%
60-70 AÑOS	94	70%	78	59%
TOTAL	135	100%	133	100%

(OR=0.6166, IC=0.9769-2.6751, p=0.0402)

Fuente: Cuestionario factores asociados a dispepsia funcional en adultos mayores de la UMF No. 33 El Rosario.

Gráfica 2. Distribución de acuerdo a la edad de los adultos mayores que participaron en el estudio.



Fuente: Cuestionario factores asociados a dispepsia funcional en adultos mayores de la UMF No. 33 El Rosario.

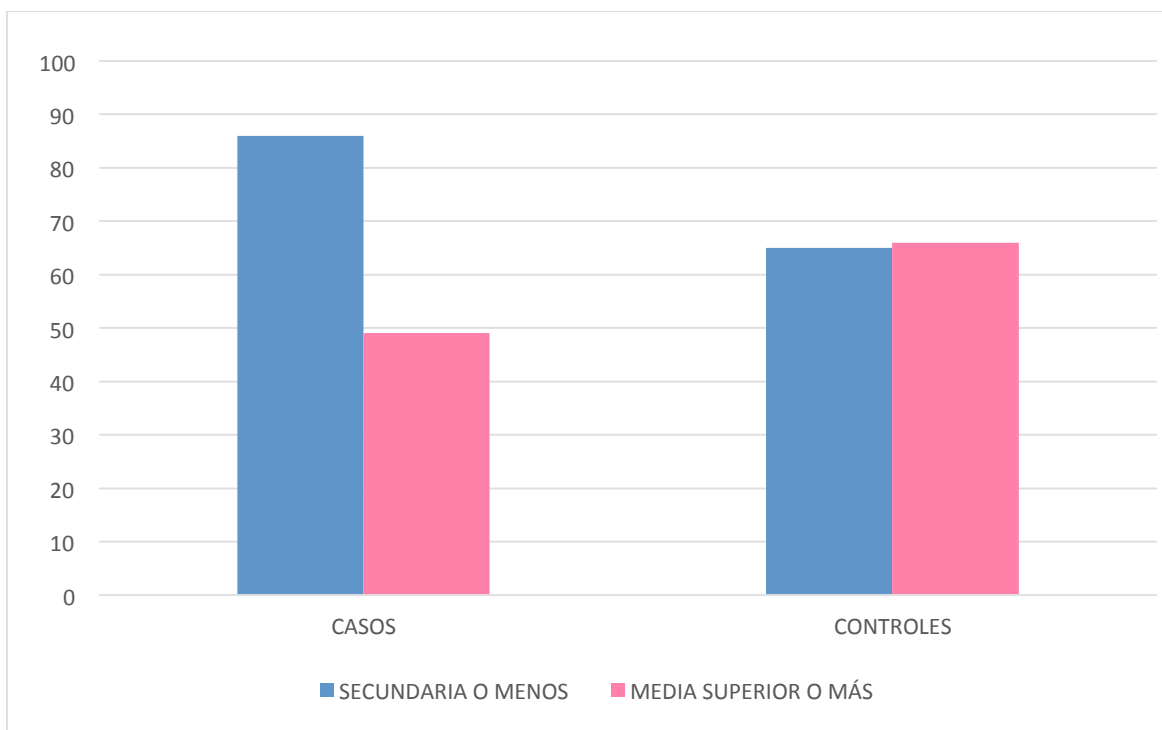
Tabla 3. Distribución de acuerdo a la escolaridad de los adultos mayores que participaron en el estudio.

ESCOLARIDAD	CASOS		CONTROLES	
	FRECUENCIA	PORCENTAJE	FRECUENCIA	PORCENTAJE
MEDIA SUPERIOR O MÁS	49	36%	66	50.4%
SECUNDARIA O MENOS	86	64%	65	49.6%
TOTAL	135	100%	131	100%

(OR=1.7821, IC=1.0914-2.9097, p=0.0140)

Fuente: Cuestionario factores asociados a dispepsia funcional en adultos mayores de la UMF No. 33 El Rosario.

Gráfica 3. Distribución de acuerdo a la escolaridad de los adultos mayores que participaron en el estudio.



Fuente: Cuestionario factores asociados a dispepsia funcional en adultos mayores de la UMF No. 33 El Rosario.

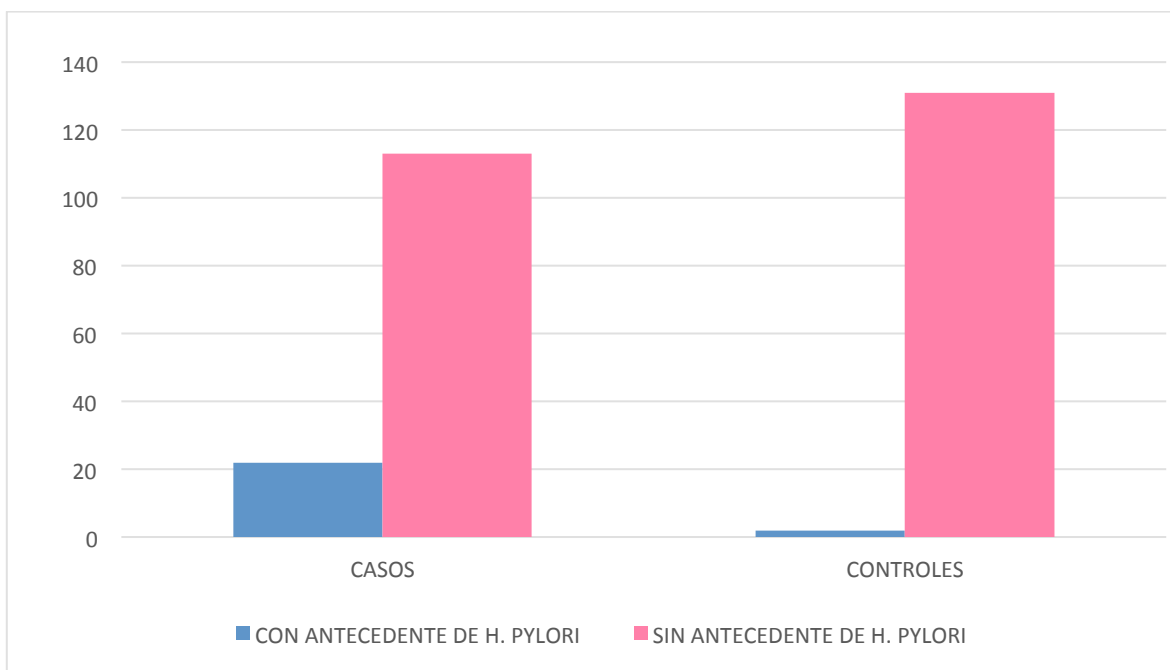
Tabla 4. Distribución de acuerdo al antecedente de Helicobacter Pylori en los adultos mayores que participaron en el estudio.

ANTECEDENTE DE H. PYLORI	CASOS		CONTROLES	
	FRECUENCIA	PORCENTAJE	FRECUENCIA	PORCENTAJE
CON ANTECEDENTE DE H. PYLORI	22	16%	2	1.5%
SIN ANTECEDENTE DE H. PYLORI	113	84%	131	98.5%
TOTAL	135	100%	133	100%

(OR=0.0784, IC= 0.0180-0.3407, p=0.0000)

Fuente: Cuestionario factores asociados a dispepsia funcional en adultos mayores de la UMF No. 33 El Rosario.

Gráfica 4. Distribución de acuerdo al antecedente de Helicobacter Pylori en los adultos mayores que participaron en el estudio.



Fuente: Cuestionario factores asociados a dispepsia funcional en adultos mayores de la UMF No. 33 El Rosario.

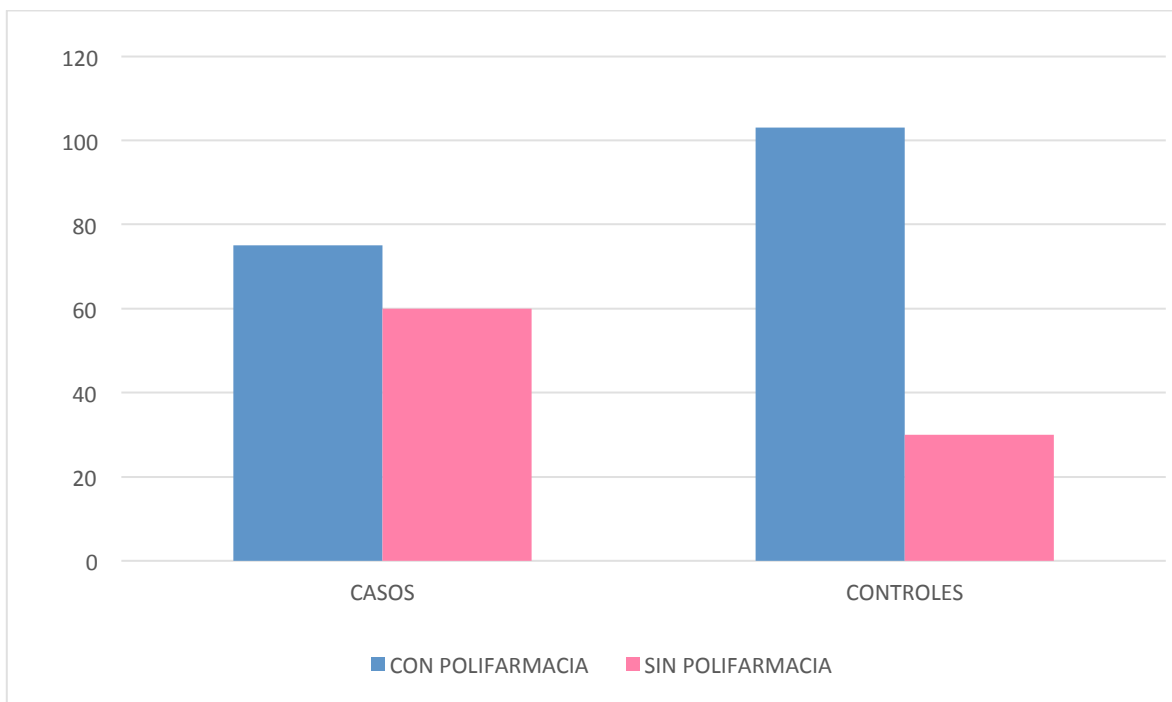
Tabla 5. Distribución de acuerdo a la presencia de polifarmacia de los adultos mayores que participaron en el estudio.

POLIFARMACIA	CASOS		CONTROLES	
	FRECUENCIA	PORCENTAJE	FRECUENCIA	PORCENTAJE
CON POLIFARMACIA	75	56%	103	77%
SIN POLIFARMACIA	60	44%	30	23%
TOTAL	135	100%	133	100%

(OR=0.3640, IC= 0.21-0.61, p=0.0001)

Fuente: Cuestionario factores asociados a dispepsia funcional en adultos mayores de la UMF No. 33 El Rosario.

Gráfica 5. Distribución de acuerdo a la presencia de polifarmacia de los adultos mayores que participaron en el estudio.



Fuente: Cuestionario factores asociados a dispepsia funcional en adultos mayores de la UMF No. 33 El Rosario.

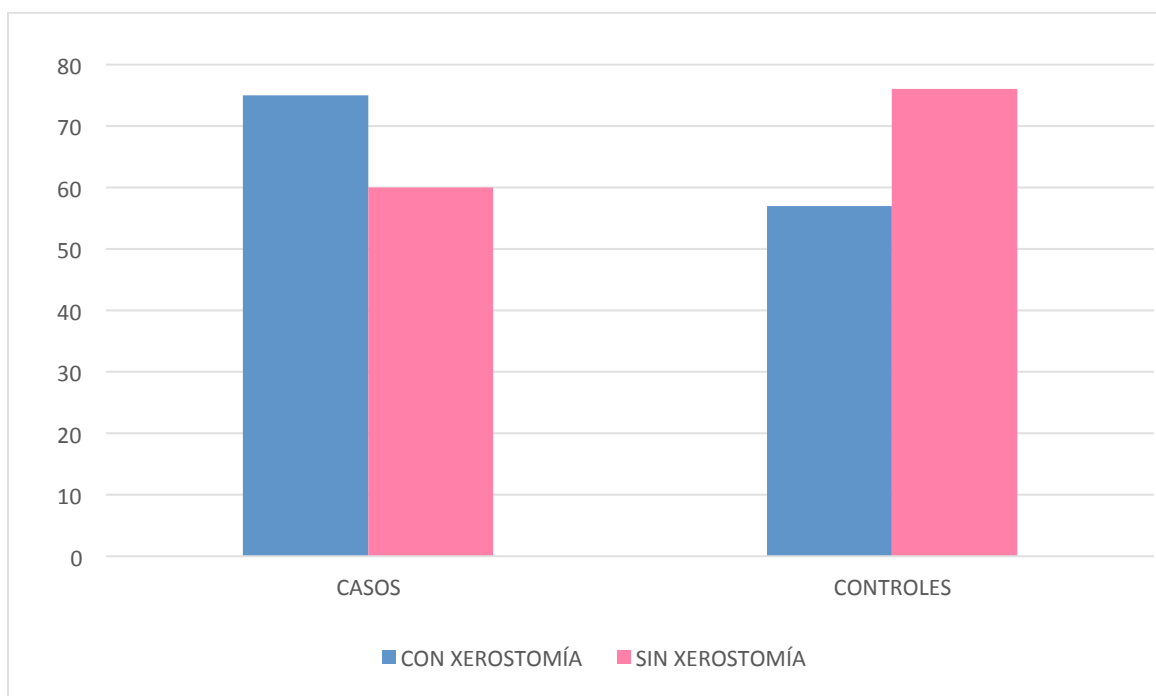
Tabla 6. Distribución de acuerdo a la presencia de xerostomía de los adultos mayores que participaron en el estudio.

XEROSOTOMIA	CASOS		CONTROLES	
	FRECUENCIA	PORCENTAJE	FRECUENCIA	PORCENTAJE
CON XEROSTOMIA	75	56%	57	43%
SIN XEROSTOMIA	60	44%	76	57%
TOTAL	135	100%	133	100%

(OR=1.6666, IC= 1.02-2.70, p=0.0251)

Fuente: Cuestionario factores asociados a dispepsia funcional en adultos mayores de la UMF No. 33 El Rosario.

Gráfica 6. Distribución de acuerdo a la presencia de xerostomía de los adultos mayores que participaron en el estudio.



Fuente: Cuestionario factores asociados a dispepsia funcional en adultos mayores de la UMF No. 33 El Rosario.

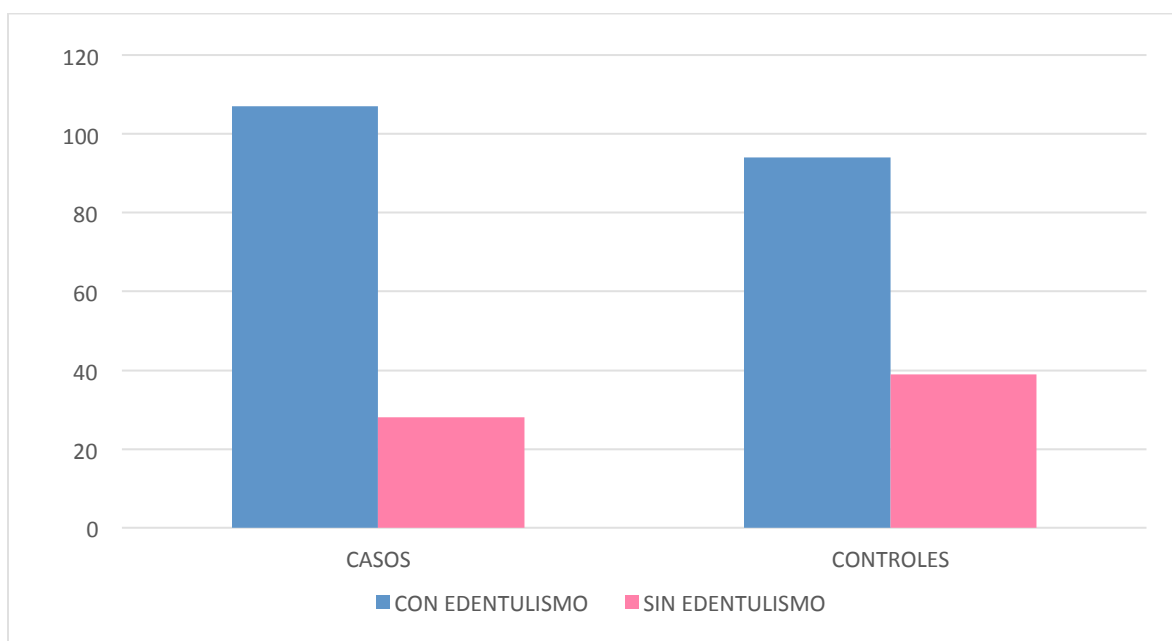
Tabla 7. Distribución de acuerdo a la presencia de edentulismo de los adultos mayores que participaron en el estudio.

EDENTULISMO	CASOS		CONTROLES	
	FRECUENCIA	PORCENTAJE	FRECUENCIA	PORCENTAJE
CON EDENTULISMO	107	79%	94	71%
SIN EDENTULISMO	28	21%	39	29%
TOTAL	135	100%	133	100%

(OR=1.5854, IC= 0.90-2.77, p=0.0691)

Fuente: Cuestionario factores asociados a dispepsia funcional en adultos mayores de la UMF No. 33 El Rosario.

Gráfica 7. Distribución de acuerdo a la presencia de edentulismo de los adultos mayores que participaron en el estudio.



Fuente: Cuestionario factores asociados a dispepsia funcional en adultos mayores de la UMF No. 33 El Rosario.

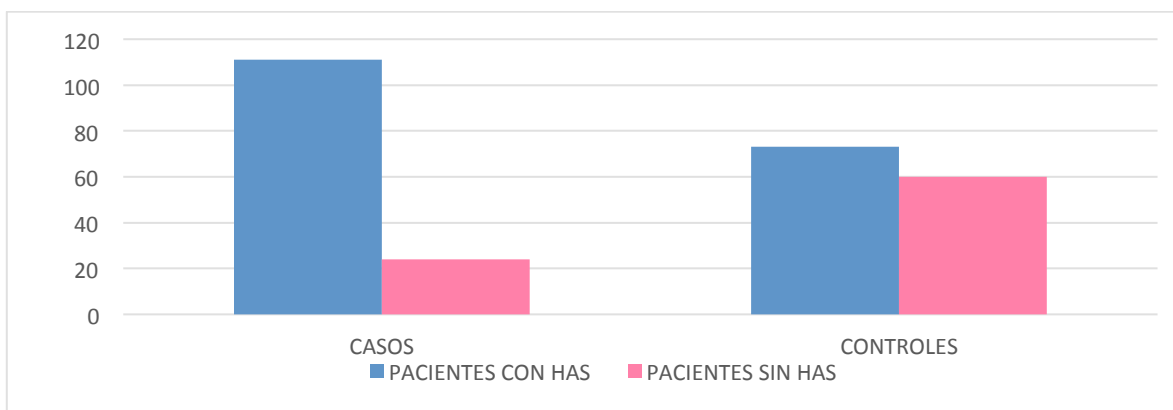
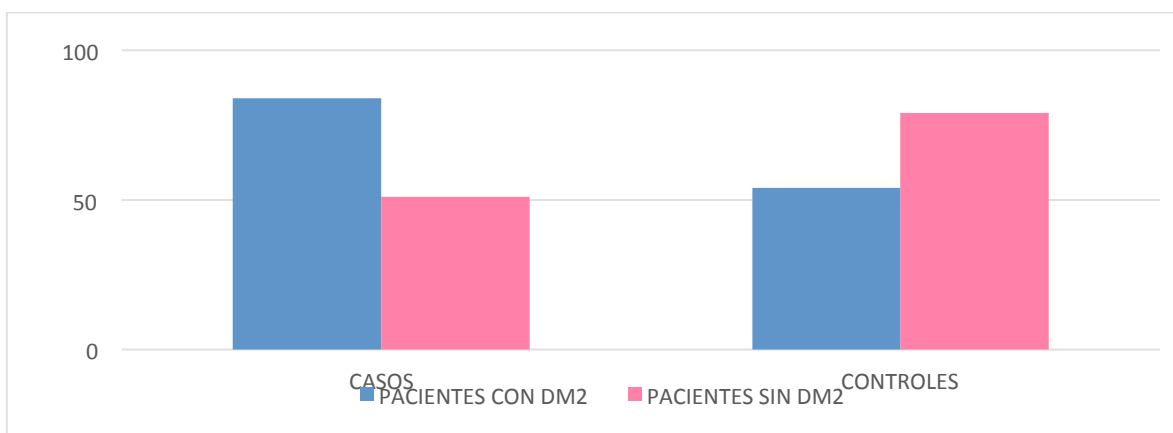
Tabla 8. Distribución de acuerdo a la presencia de otras enfermedades de los adultos mayores que participaron en el estudio.

OTRAS ENFERMEDADES	CASOS		CONTROLES	
	FRECUENCIA	PORCENTAJE	FRECUENCIA	PORCENTAJE
DIABETES MELLITUS TIPO 2	84	62%	54	41%
HIPERTENSIÓN ARTERIAL SISTÉMICA	111	82%	73	55%
TRASTORNO DEL SUEÑO	57	42%	35	26%
DEPRESIÓN	32	24%	10	8%
ANSIEDAD	22	16%	8	6%
FIBROMIALGIA	16	12%	11	8%
NINGUNA	8	6%	23	17%
TOTAL	135	100%	133	100%

Diabetes mellitus tipo 2 (OR=2.4095, IC= 1.47-3.93, p=0.0003). Hipertensión arterial sistémica (OR=3.8013, IC= 2.17-6.64, p=0.0000)

Fuente: Cuestionario factores asociados a dispepsia funcional en adultos mayores de la UMF No. 33 El Rosario.

Gráfica 8. Distribución de acuerdo a la presencia de otras enfermedades de los adultos mayores que participaron en el estudio.



Fuente: Cuestionario factores asociados a dispepsia funcional en adultos mayores de la UMF No. 33 El Rosario.

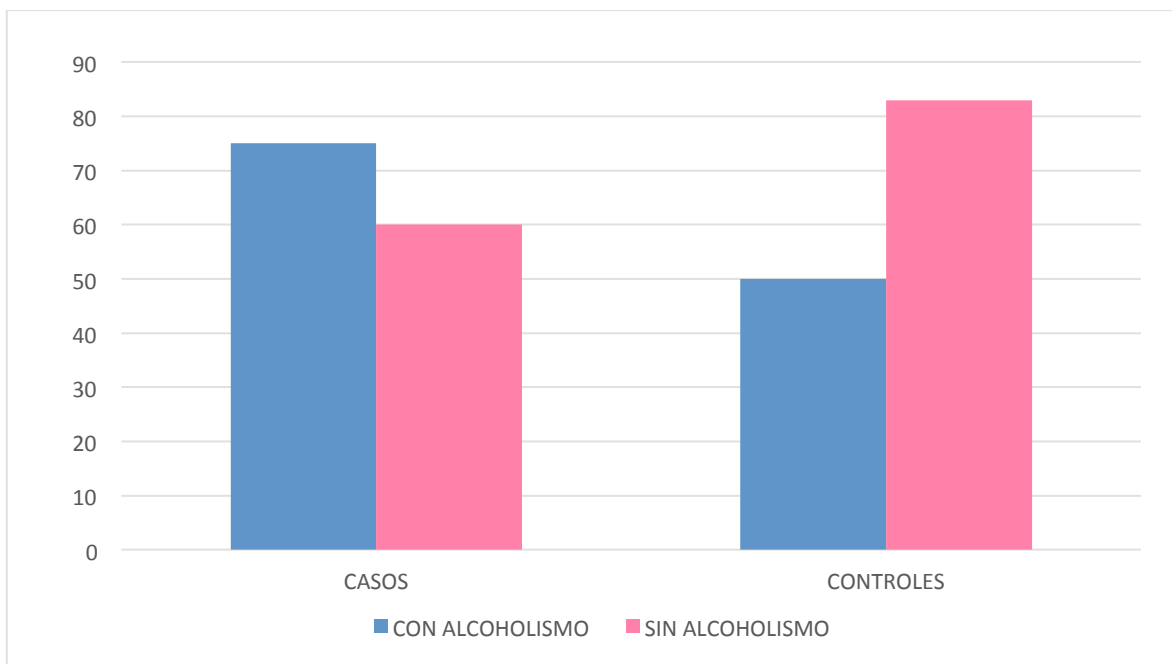
Tabla 9. Distribución de acuerdo a la presencia de alcoholismo de los adultos mayores que participaron en el estudio.

ALCOHOLISMO	CASOS		CONTROLES	
	FRECUENCIA	PORCENTAJE	FRECUENCIA	PORCENTAJE
CON ALCOHOLISMO	75	56%	50	38%
SIN ALCOHOLISMO	60	44%	83	62%
TOTAL	135	100%	133	100%

(OR=2.0750, IC= 1.27-3.38, p=0.0023)

Fuente: Cuestionario factores asociados a dispepsia funcional en adultos mayores de la UMF No. 33 El Rosario.

Gráfica 9. Distribución de acuerdo a la presencia de alcoholismo de los adultos mayores que participaron en el estudio.



Fuente: Cuestionario factores asociados a dispepsia funcional en adultos mayores de la UMF No. 33 El Rosario.

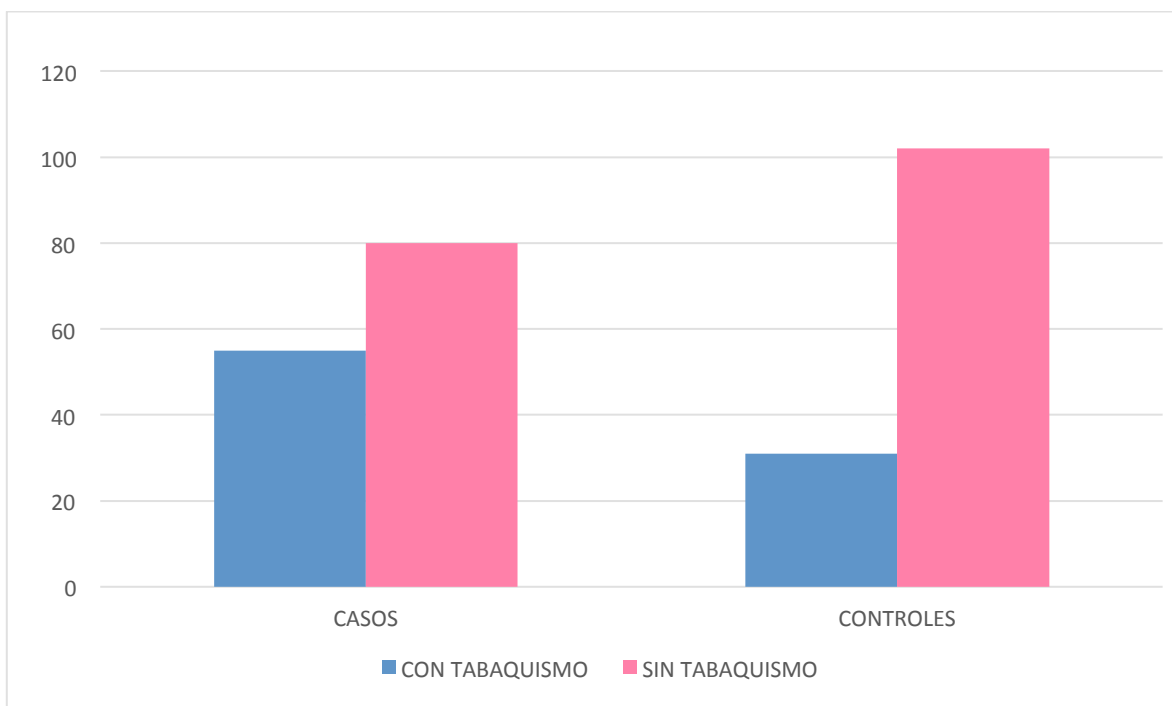
Tabla 10. Distribución de acuerdo a la presencia de tabaquismo de los adultos mayores que participaron en el estudio.

TABAQUISMO	CASOS		CONTROLES	
	FRECUENCIA	PORCENTAJE	FRECUENCIA	PORCENTAJE
CON TABAQUISMO	55	41%	31	23%
SIN TABAQUISMO	80	59%	102	77%
TOTAL	135	100%	133	100%

(OR=0.4420, IC= 0.2605, p=0.0017)

Fuente: Cuestionario factores asociados a dispepsia funcional en adultos mayores de la UMF No. 33 El Rosario.

Gráfica 10. Distribución de acuerdo a la presencia de tabaquismo de los adultos mayores que participaron en el estudio.



Fuente: Cuestionario factores asociados a dispepsia funcional en adultos mayores de la UMF No. 33 El Rosario.

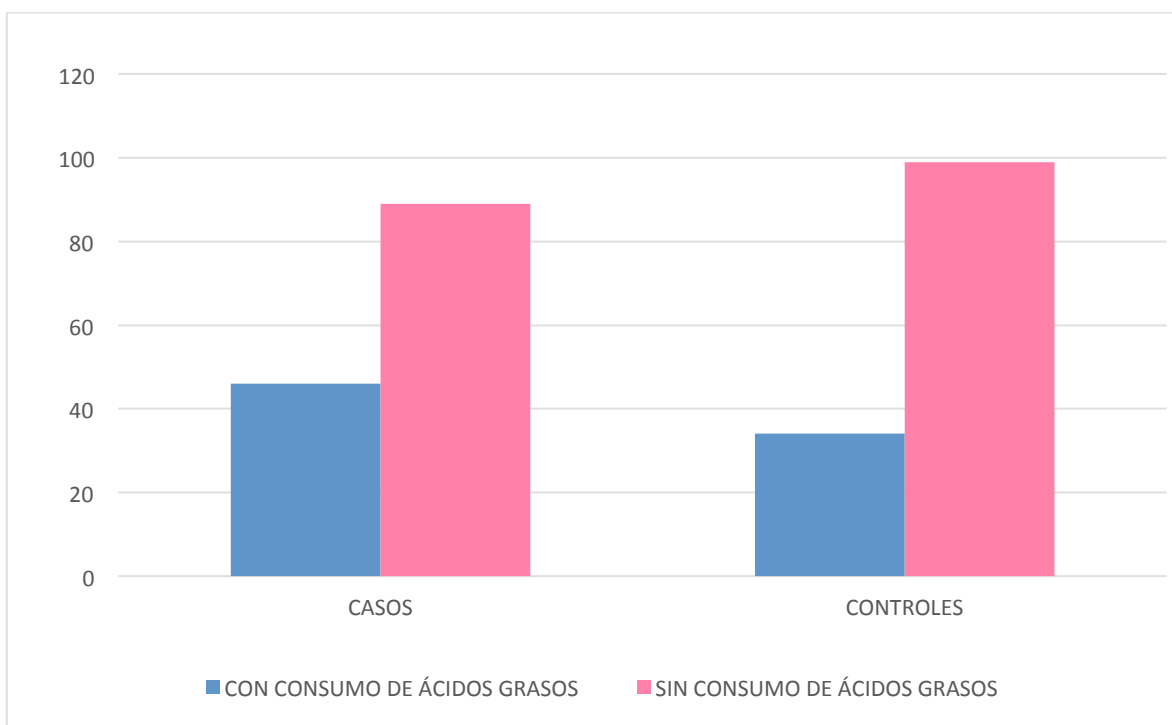
Tabla 11. Distribución de acuerdo al consumo de ácidos grasos de los adultos mayores que participaron en el estudio.

CONSUMO DE ÁCIDOS GRASOS	CASOS		CONTROLES	
	FRECUENCIA	PORCENTAJE	FRECUENCIA	PORCENTAJE
CON CONSUMO DE ÁCIDOS GRASOS	46	34%	34	26%
SIN CONSUMO DE ÁCIDOS GRASOS	89	66%	99	74%
TOTAL	135	100%	133	100%

(OR=0.6644, IC= 0.3920-1.1262, p=0.0823)

Fuente: Cuestionario factores asociados a dispepsia funcional en adultos mayores de la UMF No. 33 El Rosario.

Gráfica 11. Distribución de acuerdo al consumo de ácidos grasos de los adultos mayores que participaron en el estudio.



Fuente: Cuestionario factores asociados a dispepsia funcional en adultos mayores de la UMF No. 33 El Rosario.

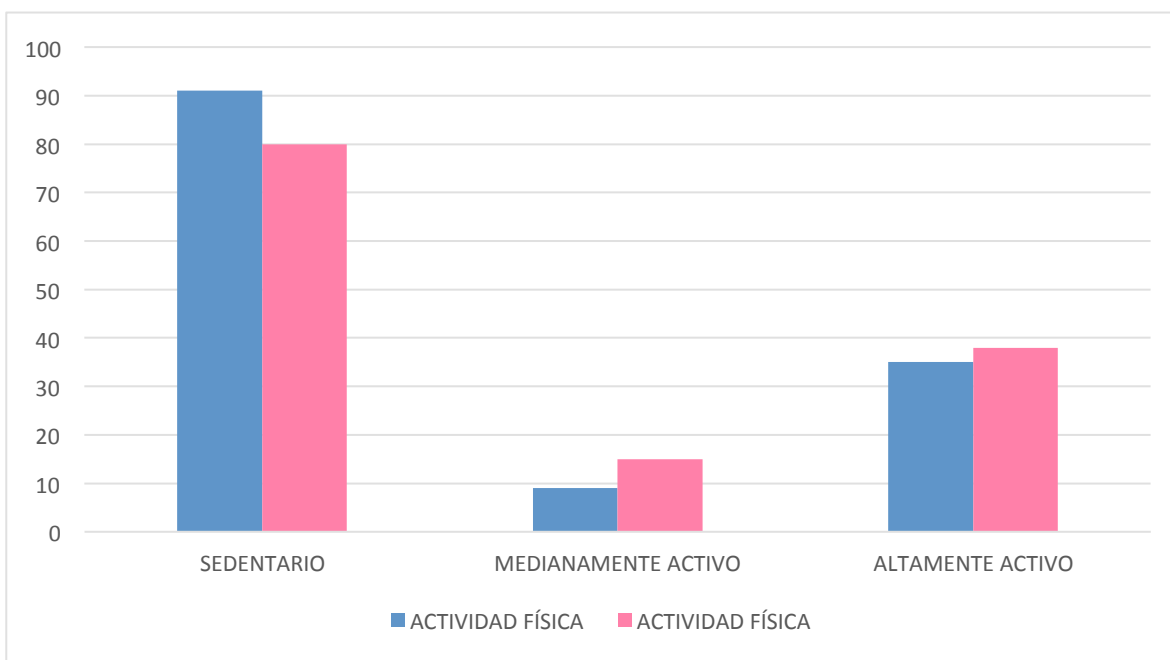
Tabla 12. Distribución de acuerdo a la presencia de actividad física de los adultos mayores que participaron en el estudio.

ACTIVIDAD FÍSICA	CASOS		CONTROLES	
	FRECUENCIA	PORCENTAJE	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SEDENTARIO	91	67%	80	60%
MEDIANAMENTE ACTIVO	9	7%	15	11%
ALTAMENTE ACTIVO	35	26%	38	29%
TOTAL	135	100%	133	100%

(OR=1.3701, IC= 0.8310-2.2590, p=0.1337)

Fuente: Cuestionario factores asociados a dispepsia funcional en adultos mayores de la UMF No. 33 El Rosario.

Gráfica 12. Distribución de acuerdo a la presencia de actividad física de los adultos mayores que participaron en el estudio.



Fuente: Cuestionario factores asociados a dispepsia funcional en adultos mayores de la UMF No. 33 El Rosario.

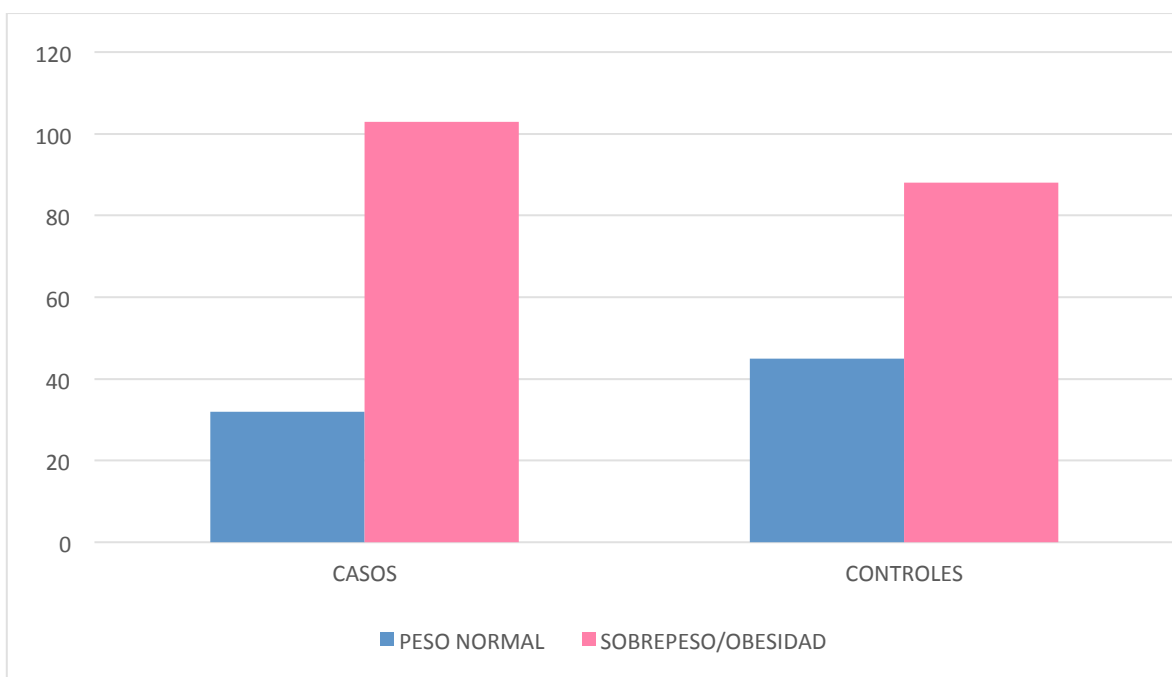
Tabla 13. Distribución de acuerdo al índice de masa corporal de los adultos mayores que participaron en el estudio.

ÍNDICE DE MASA CORPORAL	CASOS		CONTROLES	
	FRECUENCIA	PORCENTAJE	FRECUENCIA	PORCENTAJE
PESO NORMAL	32	24%	45	34%
SOBREPESO/OBESIDAD	103	76%	88	66%
TOTAL	135	100%	133	100%

(OR=1.6459, IC= 0.96-2.81, p=0.0447)

Fuente: Cuestionario factores asociados a dispepsia funcional en adultos mayores de la UMF No. 33 El Rosario.

Gráfica 13. Distribución de acuerdo al índice de masa corporal de los adultos mayores que participaron en el estudio.



Fuente: Cuestionario factores asociados a dispepsia funcional en adultos mayores de la UMF No. 33 El Rosario.

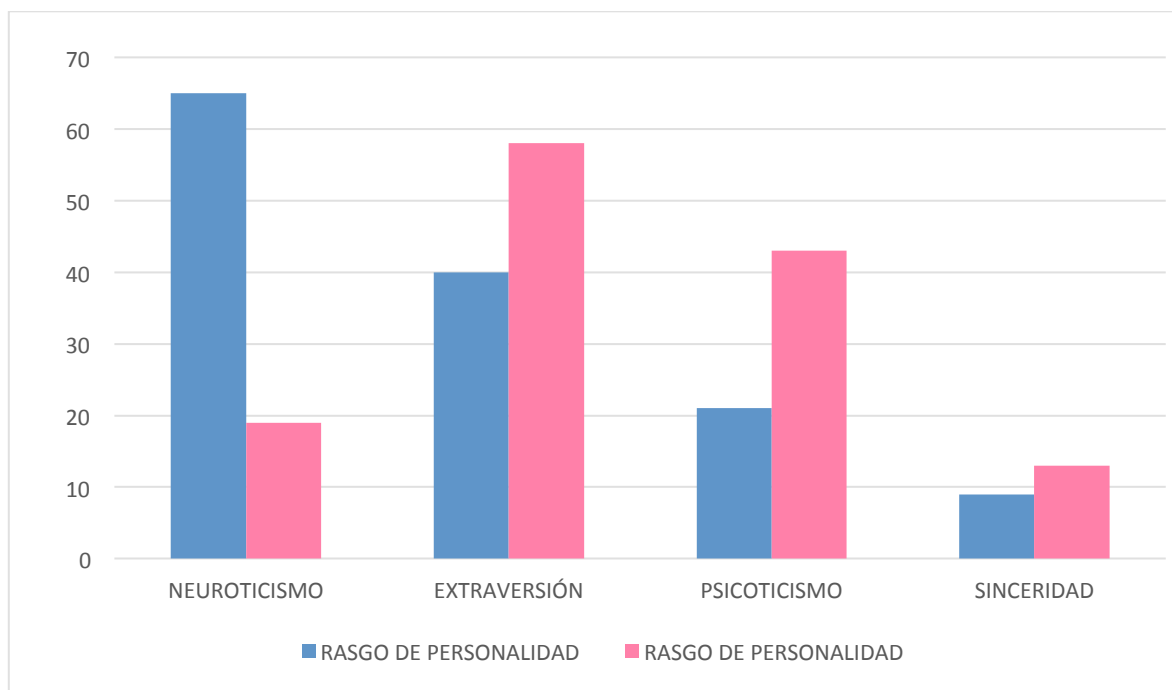
Tabla 14. Distribución de acuerdo al rasgo de personalidad de los adultos mayores que participaron en el estudio.

RASGO DE PERSONALIDAD	CASOS		CONTROLES	
	FRECUENCIA	PORCENTAJE	FRECUENCIA	PORCENTAJE
NEUROTICISMO	65	48%	19	14%
EXTRAVERSIÓN	40	30%	58	44%
PSICOTICISMO	21	16%	43	32%
SINCERIDAD	9	7%	13	10%
TOTAL	135	100%	133	100%

Neuroticismo (OR=5.5714, IC= 3.08-10.06, p=0.0000). Extraversión (OR=0.5444, IC=0.32-0.90, p=0.0121). Psicoticismo (OR=0.3855, IC=0.21-0.69, p=0.0010). Sinceridad (OR=0.6593, IC=0.27-1.59, p=0.2410).

Fuente: Cuestionario factores asociados a dispepsia funcional en adultos mayores de la UMF No. 33 El Rosario.

Gráfica 14. Distribución de acuerdo al rasgo de personalidad de los adultos mayores que participaron en el estudio.



Fuente: Cuestionario factores asociados a dispepsia funcional en adultos mayores de la UMF No. 33 El Rosario.

Tabla 15. Distribución de variables identificadas en los adultos mayores que participaron en el estudio.

VARIABLES		ADULTOS MAYORES CON DISPEPSIA	ADULTOS MAYORES SIN DISPEPSIA	VALORES DE P	OR	IC 95%
Género	Mujer	84 (62%)	67 (50.4%)	0.0334	1.6224	0.9975-2.6389
	Hombre	51 (38%)	66 (49.6%)			
Edad	Mayor 71 años	41 (30%)	55 (41%)	0.0402	0.6166	0.9769-2.6751
	60-70 años	94 (70%)	78 (59%)			
Escolaridad	Media superior o más	49 (36%)	66 (50.4%)	0.0140	1.7821	1.0914-2.9097
	Secundaria o menos	86 (64%)	65 (49.6%)			
Antecedente de H. Pylori	Antecedente de H. Pylori	22 (16%)	2 (1.5%)	0.00000	0.0784	0.0180-0.3407
	Sin antecedente de H. Pylori	113 (84%)	131 (98.5%)			
Polifarmacia	Polifarmacia	75 (56%)	103 (77%)	0.0001	0.3640	0.2143-0.6183
	Sin polifarmacia	60 (44%)	30 (23%)			
Xerostomía	Xerostomía	75 (56%)	57 (43%)	0.0251	1.6666	1.0283-2.7012
	Sin xerostomía	60 (44%)	76 (57%)			
Edentulismo	Edentulismo	107 (79%)	94 (71%)	0.0691	1.5854	0.9065-2.7728
	Sin edentulismo	28 (21%)	39 (29%)			
Otras enfermedades	DM2	84 (62%)	54 (41%)	0.0003	2.4095	1.4750-3.9360
	HAS	111 (82%)	73 (55%)	0.0000	3.8013	2.1758-6.6413
Alcoholismo	Alcoholismo	75 (56%)	50 (38%)	0.0023	2.0750	1.2734-3.3810
	Sin alcoholismo	60 (44%)	83 (62%)			
Tabaquismo	Tabaquismo	55 (41%)	31 (23%)	0.0017	0.4420	0.2605-0.7500
	Sin tabaquismo	80 (59%)	102 (77%)			
Consumo ácidos grasos	Con consumo	46 (34%)	34 (26%)	0.0823	0.6644	0.3920-1.1262
	Sin consumo	89 (66%)	99 (74%)			
Actividad física	Sedentario	91 (67%)	80 (60%)	0.1337	1.3701	0.8310-2.2590
	Medianamente activo	9 (7%)	15 (11%)			
	Altamente activo	35 (26%)	38 (29%)			
IMC	Peso normal	32 (24%)	45 (34%)	0.0447	1.6459	0.9638-2.8107
	Sobrepeso/obesidad	103 (76%)	88 (66%)			
Rasgos de personalidad	Neuroticismo	65 (48%)	19 (14%)	0.0000	5.5714	3.0838-10.0657
	Extraversión	40 (30%)	58 (44%)	0.0121	0.5444	0.3289-0.9011
	Psicoticismo	21 (16%)	43 (32%)	0.0010	0.3855	0.2136-0.6958
	Sinceridad	9 (7%)	13 (10%)	0.2410	0.6593	0.2718-1.5990

Discusión

En la presente investigación, se observó que la escolaridad secundaria o menos predominó en los pacientes con dispepsia en comparación con lo que no la padecen (64% vs 49.6%), determinando una asociación significativa entre la escolaridad y la dispepsia funcional ($p=0.0140$). Lo anterior es similar a lo encontrado por Hu et al. (2002), quienes refieren que las personas con dispepsia funcional tienen menor nivel educativo que las personas sanas de la población general. Dicha relación se podría justificar debido a que los adultos mayores con escolaridad secundaria o menos pueden tener un menor conocimiento acerca de los alimentos que se deben consumir para tener una dieta equilibrada, por lo cual valdría la pena hacer una investigación en este grupo de pacientes, a fin de implementar una estrategia educativa y valorar si hay una disminución en la frecuencia de la dispepsia funcional.

Por otro lado, el antecedente de *H. Pylori* predominó en el grupo con dispepsia en comparación con el grupo control (16% vs 1.5%), observando una asociación significativa entre el antecedente de *H. Pylori* y la dispepsia funcional ($p= 0.0000$). Lo cual resulta similar a lo encontrado por Tabón et al. (2005) quienes observaron que el *H. pylori* es un factor asociado a la patofisiología de la DF debido a que en determinados casos la gastritis que se produce en el estómago se expresa con dispepsia. Lo anterior podría estar relacionado con la forma de preparación de los alimentos, ya que a pesar de que la mayor parte de los mexicanos son portadores asintomáticos, solo un subgrupo específico lo presentan, por lo cual sería importante hacer una investigación en este subgrupo de pacientes en donde se realice una intervención farmacológica para erradicación de *H. pylori* y posteriormente ver si hay disminución de los síntomas.

Del mismo modo se encontró asociación significativa entre la polifarmacia y la dispepsia funcional ($p= 0.0001$), similar a lo encontrado por Gisbert et al. (2012), quienes encontraron que los fármacos, en especial los AINES son causa frecuente de dispepsia, sobre todo en pacientes con edad mayor a 60 años. Dicha relación se puede justificar por la disminución en la síntesis de moco y bicarbonato que produce el consumo de AINES, así como el aumento de la secreción de ácido. Por lo anterior, valdría la pena hacer una investigación en donde se valore si al realizar cambios de estilo de vida de los adultos mayores disminuye el uso de medicamentos y por lo tanto la incidencia de dispepsia funcional.

Además, al analizar la asociación de la dispepsia con otras enfermedades, se encontró que la diabetes mellitus tipo 2 y la hipertensión arterial tienen una asociación importante ($p= 0.0003$ y 0.0000 , respectivamente). Similar a lo encontrado por Pérez (2016), quien observó que el trastorno funcional digestivo

más prevalente en pacientes diabéticos fue la dispepsia funcional (32%), del cual el 72.4% era de tipo distrés postprandial y el 27.6% tipo síndrome de dolor epigástrico. Lo cual se encuentra relacionado con alteración en el sistema nervioso entérico por acción de la hiperglucemia, así como por el retraso en el vaciamiento gástrico.

En referencia al alcoholismo y dispepsia funcional, se observó que este factor tiene una asociación estadísticamente significativa ($p= 0.0023$), como lo demostraron Morera et al. (2014), quienes encontraron que el consumo de alcohol es un estilo de vida que juega un papel determinante en la salud de la población, al inhibir las prostaglandinas, alterar el vaciamiento gástrico y disminuir la producción de óxido nítrico, contribuyendo a un trastorno en la digestión de los alimentos y absorción de los nutrientes. Por lo que valdría la pena realizar un estudio de seguimiento en pacientes con alcoholismo crónico en donde se valore si hay una disminución de dispepsia funcional con la supresión de dicha adicción.

Asimismo, en el caso del tabaquismo, este predominó en el grupo de pacientes con dispepsia (41% vs 23%), identificando una asociación significativa ($p= 0.0017$). Un ejemplo de lo anterior, lo encontraron Cano et al. (2006), quienes señalaron que el 71.7% de la población con dispepsia funcional no fuman y en el caso de la población fumadora, éstos fumaban de 1 a 10 cigarrillos al día. Lo cual tiene relación con la alteración en la producción de moco por parte de la mucosa gástrica además del efecto vasoconstrictor y procoagulante del humo de cigarro. Por lo anterior sería importante realizar una investigación en donde se analice la técnica más eficaz para la erradicación del hábito tabáquico a fin de implementarla y disminuir la incidencia de dispepsia funcional.

En lo referente a rasgos de la personalidad, se encontró que el neuroticismo, extraversión y psicoticismo se encuentran asociadas de forma significativa con la dispepsia ($p= 0.0000$, 0.0121 y 0.0010 , respectivamente). Un ejemplo de lo anterior, lo encontraron Tobón et al. (2008), quienes observaron que los altos niveles de neuroticismo se relacionan con la dispepsia funcional debido a que las personas con neuroticismo tienden a informar de una evaluación más negativa de los sucesos estresantes que las personas sanas, además, de los afrontamientos poco eficaces y no enfocados que tiene este tipo de personalidad. Por lo cual sería importante realizar una investigación en donde se haga una intervención cognitivo-conductual y posteriormente ver si hay una disminución de la dispepsia funcional al cambiar el tipo de afrontamiento que los caracteriza.

Conclusión.

De acuerdo con lo anterior, concluimos que son varios los factores que se asocian a la dispepsia funcional, dentro de los cuales se encuentran: la escolaridad secundaria o menos, antecedente de H. Pylori, polifarmacia, tabaquismo, alcoholismo, enfermedades crónico-degenerativas como la hipertensión arterial y diabetes mellitus tipo 2, así como ciertos rasgos de la personalidad, entre los cuales se encuentran neuroticismo, extraversión y psicoticismo ($p < 0.05$).

Consideramos que la presente investigación será de gran utilidad al personal de salud, principalmente a los médicos de primer contacto, ya que al conocer de forma objetiva los factores asociados a dispepsia funcional, pueden crear estrategias de intervención en aquellos grupos vulnerables, en donde prevalezcan factores como la polifarmacia, el tabaquismo y el alcoholismo.

De igual forma, se verán beneficiados los adultos mayores con diagnóstico de dispepsia funcional, ya que, con el conocimiento de los factores asociados, se puede incidir no solo a través del tratamiento farmacológico, sino también de la modificación de factores de riesgo, mejorando con ello la calidad de vida de los pacientes.

Así mismo, la presente investigación puede servir como punto de partida para futuras investigaciones como la implementación de estrategias educativas participativas para propiciar el conocimiento acerca de los alimentos que los adultos mayores deben evitar consumir para tener una dieta equilibrada y por lo tanto disminuir la incidencia de dispepsia funcional. Además, valdría la pena evaluar la efectividad del tratamiento farmacológico en los adultos mayores portadores de H. pylori. Así mismo, se debe considerar la realización de una investigación en donde se valore el impacto de la modificación en los estilos de vida de los adultos mayores, en la disminución del uso de medicamentos, así como en la incidencia de dispepsia funcional.

En lo que respecta al alcoholismo, valdría la pena realizar un estudio de seguimiento en pacientes con dicha enfermedad, en donde se valore si hay una disminución de dispepsia funcional con la supresión de dicha adicción. De la misma manera, se debe considerar una investigación en donde se analice la técnica más eficaz para la erradicación del hábito tabáquico a fin de implementarla y disminuir la incidencia de dispepsia funcional.

En lo concerniente a los rasgos de la personalidad, sería importante realizar una investigación en donde se haga una intervención cognitivo-conductual y

posteriormente valorar si hay una disminución de la dispepsia funcional al modificar el tipo de afrontamiento que los caracteriza.

Por último, concluimos que esta investigación refleja la importancia que tiene el médico familiar en el manejo integral de los pacientes con dispepsia funcional, sobre todo en los adultos mayores, ya que como se ha visto, existen factores que, al ser modificables, mejoran la sintomatología de los pacientes, lo cual incrementa la calidad de vida del adulto mayor y de su familia.

CITAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Mearin F. Definiendo la dispepsia funcional. Rev. Esp. Enferm. Dig. (Madrid). 2011; 103(11): 640-647.
2. William OR, Gómez ZM, Lina OP. Enfoque del paciente con dispepsia y dispepsia funcional: actualización. Rev Col Gastroenterol. 2014; 29(2): 132-138.
3. Talley NJ, Phillips SF. Non-ulcer dyspepsia: Potential causes and pathophysiology. Ann Intern Med. 1988; 108(6): 865-79.
4. Mearin F. Dispepsia funcional. Revista de Gastroenterología de México. 2010; 2(75): 19-24.
5. Talley NJ, Stanghellini V, Heading RC, Koch KL, Malagelada JR, Tygat GN. Functional gastroduodenal disorders. Gut. 1999; (Supl.II): 1137-1142.
6. Tack J, Talley NJ, Camilleri M, Holtmann G, Hu P, Malagelada JR, et al. Functional gastroduodenal disorders: a working team report for the Rome III consensus on functional gastrointestinal disorders. Gastroenterology. 2006;130(5):1466-1479.
7. Domingo JS. Los nuevos criterios de Roma (IV) de los trastornos funcionales digestivos en la práctica clínica. Med Clin (Barc). 2017. <http://dx.doi.org/10.1016/j.medcli.2016.12.020>.
8. Tobón S, Sandín B, Vinaccia S, Núñez RA. La dispepsia funcional: aspectos biopsicosociales, evaluación y terapia psicológica. Suma Psicológica. 2008; 15(1): 199-216.
9. Mínguez M, Martí L, Bosca M. Fisiopatología de la dispepsia funcional. GH Continuada. 2006; 5(4):162-165.
10. Alvarado BJ, Sensibilidad visceral y dispepsia funcional: o ¿mucho más que eso? Rev Col Gastroenterol. 2010; 25(3): 316-320.
11. Iovino P, Alpiroz F, Domingo E. The sympathetic nervous system modulates perception and reflex responses to gut distension in humans. Gastroenterology. 1995; 108: 680-686.
12. Lorena SL, Tinois E, Brunetto SQ; Camargo EE, Mesquita MA. Gastric emptying and intragastric distribution of a solid meal in functional dispepsia: influence of gender and anxiety. Journal of Clinical Gastroenterology. 2004; 38: 230-236.

13. Tobon S, Sandín B, Vinaccia S. Trastornos gastrointestinales: psicopatología y tratamientos psicológicos. Madrid: Klinik; 2005.
14. Carretero Ancelmo D. Deficiencia masticatoria por pérdida dentaria como factor de riesgo para dispepsia en el adulto mayor (tesis doctoral). Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2008.
15. Parkman HP, Hasler WL, Fisher RS. Revisión técnica sobre el diagnóstico y tratamiento de la gastroparesia. *Rev Gastroenterol*. 2004; 70(3): 325-355.
16. Vinaccia S, Quinceno JM, Medina A, Castañeda B, Cateblando P. Calidad de vida, resiliencia, percepción y conducta de enfermedad en pacientes con diagnóstico de dispepsia funcional. *Acta.colomb.psicol*. 2014; 17(1): 61-70.
17. Hernando-Harder AC, Franke A, Singer MV, Harder H. Dispepsia funcional nuevos conocimientos en la fisiopatogenia con implicaciones terapéuticas. *Medicina (Buenos Aires)*. 2007; 67:379-388.
18. Gisbert JP, Calvet CX, Ferrándiz SJ, Mascort RJ, Alonso CP, Marzo CM. Manejo del paciente con dispepsia. Guía de práctica clínica. Actualización 2012. Resumen ejecutivo. *Aten Primaria*. 2012; 44(12):728-733.
19. Santoyo VR. Gastropatía por AINE. *Rev Med Hosp Gen Mex*. 2001; 64 Supl. (1): S28-S34.
20. Montoro HM, Santolaria PS. Calidad de vida en los pacientes con dispepsia funcional. *Gastroenterol Hepatol*. 2004; 27(Supl 3): 15-23.
21. Lee SY, Park MC, Choi SC, Nah YH, Abbey SE, Rodin G. Stress, coping and depression in non ulcer dispepsia patients. *Journal of Psychosomatic Research*. 2000; 49: 93-99.
22. Cheng C, Hui WM, Lam SK. Psychosocial factors and perceived severity of functional dyspeptic symptoms: a psychosocial interactionist model. *Psychosomatic Medicin*. 2004; 66: 85-91.
23. Haug TT, Svebak S, Wilhelmsen I, Berstad A, Ursin H. Psychological factors and somatic symptoms in functional dispepsia. A comparison with duodenal ulcer and healthy controls. *Journal of Psychosomatic Reserch*. 1994; 38: 281-291.
24. Hu WH, Wong WM, Lam CL, Lam KF, Hui WM, Lai KC, Xia HX, Lam SK, Wong BC. Anxiety but not depression determines health care-seeking

- behaviour in Chinese patients with dispepsia and irritable bowel syndrome: a population-based study. *Alimentary Pharmacology Therapeutics*. 2002; 16: 2081-2088.
25. Morera NM, Rodríguez LM. Dispepsia funcional: caracterización clínico-epidemiológica y endoscópica. *Rev. Ciencias Médicas*. 2014; 18 (5): 733-742.
 26. Wilhelmsen I. Somatization, sensitization and functional dispepsia. *Scandinavian Journal of Psychology*. 2002; 43: 177-180.
 27. Tobon S, Vinaccia S, Sandín B. Estrés psicosocial y factores psicológicos en la dispepsia funcional. *Anales de Psicología*. 2003; 2: 223-234.
 28. Sandin B, Valiente RM, Chorot P, Olmedo M, Santed MA. Versión Española del cuestionario abreviado (EPQR-A): Análisis exploratorio de la estructura factorial. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*. 2002; 7 (3): 195-205.
 29. Peña Galo E. Dispepsia funcional no investigada y factores demográficos y patogénicos asociados en áreas rurales del occidente nicaragüense 2009-2010 (tesis doctoral). Nicaragua: Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua; 2010.
 30. Rodríguez GJ, Carmona SR. Dispepsia funcional y dispepsia asociada a infección por *Helicobacter pylori*: ¿son entidades con características clínicas diferentes? *Revista de Gastroenterología de México*. 2016; 81 (3): 126-133.
 31. Cano E., Quiceno J, Vinaccia S, Gaviria A.M, Tobón S., Sandín B. Calidad de vida y factores psicológicos asociados en pacientes con diagnóstico de dispepsia funcional. *Univ. Bogotá (Colombia)*. 2006; 5(3): 511-520.
 32. Montaña Loza A. Utilidad clínica de las pruebas con carga oral con agua y bebida nutricional en el diagnóstico de dispepsia funcional (tesis doctoral). México: Universidad Nacional Autónoma de México; 2004.
 33. Resultados - Ediciones Larousse (Internet). México: Larousse; (actualizado 2017; citado 12 oct 2017). Disponible en: <https://www.larousse.mx/resultados/>
 34. Real Academia Española. Diccionario Usual (internet). México: Real Academia Española: (actualizado 2017; citado 12 oct 2017) Disponible en: <http://dle.rae.es/?w=sexo>.


35. Consultas- Academia Mexicana de la Lengua (Internet). México: Academia Mexicana de la Lengua; (actualizado 2016; citado 12 oct 2017). Disponible en: <http://www.academia.org.mx/escolaridad>.
36. Definiciones - Inegi (Internet). México: Inegi; (actualizado 2017; citado 12 oct 2017). Disponible en: www3.inegi.org.mx/sistemas/sisept/glosario/default.aspx?t=medu17&e=00.
37. Glosario de términos (internet). México: FAO; (actualizado 2002; citado 15 oct 2017). Disponible en: <http://www.fao.org/docrep/014/am401s/am401s07.pdf>.
38. Estado nutricional. Exploración II Concepto Alimentación y Nutrición (Internet). España: Alimentación y Nutrición; (actualizado 2005; citado 15 oct 2017). Disponible en: http://www.alimentacionynutricion.org/es/index.php?mod=content_detail&id=114.
39. Diccionario ilustrado de términos médicos- iqb - (Internet). España: Medciclopedia; (actualizado 2015; consultado 15 oct 2017). Disponible en: <http://www.iqb.es/diccio/a/an2.htm>.
40. Diccionario de la lengua española (Internet). España: Real Academia Española; (actualizado 2017; citado 15 oct 2017). Disponible en: <http://dle.rae.es/?id=TXIY57P>.
41. Serra UM, Germán MJ. Polifarmacia en el adulto mayor. Rev haban cienc méd. 2013; 12(1): 142-151.
42. Farmacia Profesional – Journal – Elsevier (Internet). España: Elsevier; 1986 (actualizado 2017; consultado 15 oct 2017). Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-farmacia-profesional-3-articulo-xerostomia-13054587>.
43. Enciclopedia Salud: Definición de Xerostomía (Internet). México: Enciclopedia salud; (actualizado feb 2016; citado 15 oct 2017). Disponible en: <http://www.encyclopediasalud.com/definiciones/xerostomia>.
44. Edentulismo: ¿Qué pasa cuando perdemos dientes? (Internet). México: Mafre; (actualizado 9 feb 2016; citado 15 oct 2017). Disponible en:

<https://www.salud.mapfre.es/salud-familiar/salud-dental/enfermedades-bucodentales/edentulismo-que-pasa-cuando-perdemos-dientes/>

45. Diccionario de la lengua española (Internet). España: Real Academia Española; (actualizado 2017; citado 15 oct 2017). Disponible en: <http://dle.rae.es/?id=1eFfesR>.
46. Sánchez Mejorada-Fernández J. Concepto del alcoholismo como enfermedad: historia y actualización. Rev Med UV 2007; 7(1): 27-38.
47. OMS | Tabaquismo (Internet). España: OMS; (actualizado jul 2017; citada 15 oct 2017). Disponible en: www.who.int/topics/tobacco/es/
48. Grasas y ácidos grasos en nutrición humana - Food and Agriculture (Internet). España: FAO (actualizado 3 mar 2006; citado 15 oct 2017). Disponible en: www.fao.org/docrep/017/i1953s/i1953s.pdf.
49. National Institute of Drug Abuse (Internet). España: Drug abuse; (actualizado abril 2017; citado 30 abr 2018). Disponible en: <https://www.drugabuse.gov/es/temas-relacionados/la-comorbilidad>.
50. Comorbilidad – Definición – CCM Salud- Ccm.net (Internet). España: Ccm.net; (actualizado mar 2018; citado 30 abr 2018). Disponible en: <https://salud.ccm.net> › Fichas prácticas › Definiciones.
51. OMS | Actividad física (Internet). España: OMS; (actualizado jul 2017; citada 17 ene 2018). Disponible en: <http://www.who.int/dietphysicalactivity/pa/es/>
52. Bracho F, Serón P. Niveles de actividad física medida a través de cuestionario simplificado y cuestionario de recuento de actividad física en población urbana de Temuco. Cuad. Hosp. Clín. 2007; 52(1): 20-25.
53. Tipos de personalidad – Sanar.org (Internet). México: Sanar.org; (20 mar 2010; citado 17 ene 2018). Disponible en: <https://www.sanar.org/salud-mental/tipos-de-personalidad>.

ANEXOS

ANEXO 1. CONSENTIMIENTO INFORMADO.

 <p>INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL UNIDAD DE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN Y POLÍTICAS DE SALUD COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD</p> <p>CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO (ADULTOS)</p>	
Nombre del estudio:	FACTORES ASOCIADOS A DISPEPSIA FUNCIONAL EN EL ADULTO MAYOR DE LA UMF No 33 EL ROSARIO
Lugar y fecha:	AZCAPOTZALCO, D.F. UMF No. 33 "EL ROSARIO"
Número de registro:	
Justificación y objetivo del estudio:	Lo (a) estamos invitando a participar en un estudio de investigación que tiene como objetivo determinar los factores asociados a dispepsia funcional en el adulto mayor de la UMF No. 33 El Rosario, a fin de implementar estrategias de prevención.
Procedimientos:	Si usted acepta participar se le aplicará un cuestionario diseñado para recabar información relacionada con los factores asociados a dispepsia funcional en el adulto mayor.
Posibles riesgos y molestias:	Se trata de un estudio clínico por lo que no se le ocasionara dolor, incomodidad o riesgo alguno.
Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio:	Usted no recibirá un pago por su participación en este estudio, ni este estudio implica gasto alguno para usted y no recibirá ningún beneficio directo al participar en este estudio. No omito mencionarle que los resultados del presente estudio contribuirán al avance en el conocimiento respecto a los factores asociados a dispepsia funcional en el adulto mayor, información de utilidad para futuros programas de prevención primaria.
Información sobre resultados y alternativas de tratamiento:	Si durante la realización del estudio, hubiera cambios en los riesgos o beneficios por su participación en esta investigación, existe el compromiso por parte del investigador de informarle, aunque esta información pueda cambiar su opinión respecto a su participación en este estudio.
Participación o retiro:	Su participación en este estudio es completamente voluntaria. Si usted decide no participar, seguirá recibiendo la atención médica brindada por el IMSS y conservará su derecho a obtener los servicios de salud u otros servicios que recibe del IMSS. Incluso si en un principio desea participar y posteriormente cambia de opinión, usted puede abandonar el estudio en cualquier momento.
Privacidad y confidencialidad:	La información que nos proporcione que pudiera ser utilizada para identificarlo (a) (nombre y número de seguridad social) será guardada de manera confidencial y por separado al igual que sus respuestas a los cuestionarios, para garantizar su privacidad. Cuando los resultados de este estudio sean publicados o presentados en conferencias, no se dará información que pudiera revelar su identidad. Para proteger su identidad le asignaremos un número que utilizaremos para identificar sus datos, y usaremos ese número en lugar de su nombre en nuestras bases de datos.
En caso de dudas o aclaraciones relacionadas con el estudio podrá dirigirse a:	
Investigador responsable:	Dra. Mónica Catalina Osorio Granjeno. Matrícula: 99354207 Médico Familiar y Profesora Adjunta al Curso de Especialización en Medicina Familiar TEL: 53 82 51 10 ext. 21407 o 21435 jefatura de enseñanza de la UMF 33 "El Rosario"
Colaboradores:	Dra. Anjulie Ramírez Moreno. Matrícula: 98354802 Residente de segundo año del Curso de Especialización en Medicina Familiar TEL: 53 82 51 10 ext. 21407 o 21435 jefatura de enseñanza de la UMF 33 "El Rosario"
En caso de dudas o aclaraciones sobre sus derechos como participante podrá dirigirse a: Comisión de Ética de Investigación de la CNIC del IMSS: Avenida Cuauhtémoc 330 4° piso Bloque "B" de la Unidad de Congresos, Colonia Doctores, México, D.F., CP 06720. Teléfono (55) 56 27 69 00 extensión 21230, Correo electrónico: comision.etica@imss.gob.mx	
<hr/> Nombre y firma del sujeto Testigo 1 <hr/> Nombre, dirección, relación y firma	Dra. Mónica Catalina Osorio Granjeno. Matrícula: 99354207 <hr/> Nombre y firma de quien obtiene el consentimiento Testigo 2 <hr/> Nombre, dirección, relación y firma Clave: 2810-009-013

ANEXO 2. CUESTIONARIO

**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DELEGACION NORTE DISTRITO FEDERAL
COORDINACIÓN CLÍNICA DE EDUCACION E INVESTIGACION EN SALUD
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 33**

**CUESTIONARIO
FACTORES ASOCIADOS A DISPEPSIA FUNCIONAL EN ADULTOS
MAYORES DE LA UMF NO. 33 EL ROSARIO**

Le solicito atentamente su participación para resolver el siguiente cuestionario, el motivo es obtener información acerca de los factores asociados a dispepsia funcional en adultos mayores de la UMF No. 33 El Rosario. La información que se obtenga será estrictamente **CONFIDENCIAL**. Agradezco la atención y el tiempo que usted preste para la realización de este cuestionario.

Instrucciones: Subraye la opción que más se asemeje a su realidad.

1. ¿Cuál es su edad?
 - a) 60-65 años.
 - b) 66-70 años.
 - c) 71-75 años.
 - d) Más de 76 años.
2. ¿Cuál es su sexo?
 - a) Hombre.
 - b) Mujer.
3. ¿Cuál es su grado de escolaridad?
 - a) Analfabeta.
 - b) Primaria.
 - c) Secundaria.
 - d) Bachillerato.
 - e) Carrera técnica.
 - f) Licenciatura.
 - g) Posgrado.
4. ¿Le han hecho estudios con diagnóstico de Helicobacter Pylori?
 - a) Si.
 - b) No.
5. ¿Consume algún medicamento (excluyendo vitaminas y suplementos alimenticios)?
 - a) No.
 - b) Si, de 1 a 3 medicamentos.
 - c) Si, 4 o más medicamentos.
6. ¿Ha presentado sequedad de boca?
 - a) Si.
 - b) No.
7. ¿Ha perdido dientes?
 - a) Si.
 - b) No.
8. ¿Consume alcohol?
 - a) Si.
 - b) No.
9. ¿Usted fuma?
 - a) Si.
 - b) No.
10. ¿Con que frecuencia consume caldos con grasa visible, alimentos fritos, capeados o empanizados?
 - a) Diariamente.
 - b) 4 a 6 veces por semana.
 - c) 3 o menos veces por semana.
11. ¿Padece alguna (s) de las siguientes enfermedades? Puede marcar varias.
 - a) Diabetes mellitus.
 - b) Hipertensión arterial.
 - c) Trastornos del sueño.
 - d) Depresión.
 - e) Ansiedad.
 - f) Fibromialgia.
12. ¿Realiza con regularidad actividad física extenuante o alguna labor física pesada?
 - a) Si.
 - b) No. Pase a la pregunta 14.
13. ¿Si su respuesta anterior fue "SI", ¿realiza esta actividad al menos tres veces por semana?
 - a) Si.
 - b) No.
14. ¿Tiene cambios en su estado de ánimo?
 - a) Si.
 - b) No.

15. ¿Es una persona habladora?
a) Si. b) No.
16. ¿Le molesta ver sufrir a alguien?
a) Si. b) No.
17. ¿Es una persona animada?
a) Si. b) No.
18. ¿Ha deseado ayudarse a sí mismo?
a) Si. b) No.
19. ¿Tomaría drogas?
a) Si. b) No.
20. ¿Ha acusado a otras personas?
a) Si. b) No.
21. ¿Prefiere actuar a su modo?
a) Si. b) No.
22. ¿Se siente a menudo harto?
a) Si. b) No.
23. ¿Ha tomado algo de otra persona?
a) Si. b) No.
24. ¿Se considera nervioso/a?
a) Si. b) No.
25. ¿El matrimonio es algo pasado de moda?
a) Si. b) No.
26. ¿Podría animar una fiesta?
a) Si. b) No.
27. ¿Es una persona preocupada?
a) Si. b) No.
28. ¿Tiende a mantenerse en el anonimato?
a) Si. b) No.
29. ¿Se dedica demasiado a asegurar el futuro?
a) Si. b) No.
30. ¿Ha hecho trampa jugando?
a) Si. b) No.
31. ¿Sufre de los nervios?
a) Si. b) No.
32. ¿Se ha aprovechado de alguien?
a) Si. b) No.
33. ¿Es una persona callada?
a) Si. b) No.
34. ¿Suele sentirse solo/a?
a) Si. b) No.
35. ¿Es mejor seguir las normas sociales?
a) Si. b) No.
36. ¿Le consideran muy animado/a?
a) Si. b) No.
37. ¿Practica siempre lo que predica?
a) Si. b) No.
38. La siguiente información será registrada por el investigador de su cartilla de salud:
a. Peso: _____
b. Talla: _____
IMC: _____
c. Peso normal.
d. Sobrepeso.
e. Obesidad.
39. Puntuación de la pregunta 14-37.
- a) Neuroticismo.
- | | | | | | |
|----|----|----|----|----|----|
| 14 | 22 | 24 | 27 | 31 | 34 |
| | | | | | |
- b) Extraversión.
- | | | | | | |
|----|----|----|----|----|----|
| 15 | 17 | 26 | 28 | 33 | 36 |
| | | | | | |
- c) Psicoticismo.
- | | | | | | |
|----|----|----|----|----|----|
| 16 | 19 | 21 | 25 | 29 | 35 |
| | | | | | |
- d) Sinceridad.
- | | | | | | |
|----|----|----|----|----|----|
| 18 | 20 | 23 | 30 | 32 | 37 |
| | | | | | |
- Tipo de personalidad: _____

