



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
HOSPITAL GENERAL DE ZONA CON
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No.8
DR. GILBERTO FLORES IZQUIERDO.

EVALUACIÓN DEL NIVEL DE ESTRÉS EN PACIENTES CON ENFERMEDAD POR REFLUJO GASTROESOFÁGICO DEL HGZ/MF N8 DR. GILBERTO FLORES IZQUIERDO.

TESIS

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE ESPECIALISTA EN:

MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

GARCÍA RESÉNDIZ KAREN DENIS

Residente de Medicina Familiar, Matricula: 97374594, adscripción HGZ /UMF No.8
"Dr. Gilberto Flores Izquierdo" IMSS Cel.5531948805 Fax: No fax.
Correo: violetrain.kc@gmail.com

MARAVILLAS ESTRADA ANGELICA DIRECTOR DE TESIS DE INVESTIGACIÓN

Médico Familiar, Profesora Titular de Medicina Familiar
Adscrita al HGZ/MF No.8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo"
Matricula: 98113861 Teléfono: 55 45000340. Fax: No Fax
Email: angelica.maravillas@imss.gob.mx.

VILCHIS CHAPARRO EDUARDO ASESOR METODOLÓGICO

Médico Familiar, Maestro en Ciencias de la Educación, Doctor para Ciencias en la Familia, Doctor
en Alta Dirección en Establecimientos de Salud.
Profesor Médico del CIEFD Siglo XXI Centro Médico Nacional Siglo XXI
Matricula: 99377278. Teléfono: 5520671563 Fax: No Fax
Email: eduardo.vilchisch@imss.gob.mx

PINEDA CASTILLEJOS JORGE LUIS ASESOR CLÍNICO

Médico no Familiar Especialista en Medicina Interna H.G.Z./U.M.F. No 8 "Dr. Gilberto Flores
Izquierdo"

Subespecialidad en Gastroenterología
Matricula: 97373055 Cel. 5545540589.

Email: drjpinedagastro86@gmail.com. Fax: No fax.

POLACO DE LA VEGA THALYNA

COORDINADOR CLÍNICO DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN EN SALUD

Ciudad de México 2021

No. de Registro: R-2021-3703-083

Facultad de Medicina





Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



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.

EVALUACIÓN DEL NIVEL DE ESTRÉS EN PACIENTES CON ENFERMEDAD POR REFLUJO GASTROESOFÁGICO DEL HGZ/MF N8 DR. GILBERTO FLORES IZQUIERDO.

AUTORES: García Reséndiz Karen Denis¹, Maravillas Estrada Angelica², Vilchis chaparro Eduardo³, Pineda Castillejos Jorge Luis⁴.

- 1.- Residente de segundo año. Especialización médica en Medicina Familiar. HGZ/MF 8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo" Instituto Mexicano del Seguro Social IMSS.
- 2.- Médico Familiar, Profesora Titular de Medicina Familiar Adscrito al H.G.Z./U.M.F. No 8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo"
- 3.- Médico Especialista en Medicina Familiar, Profesor Medico del Centro de Investigación Educativa y Formación Docente Siglo XXI, Centro Médico Nacional Siglo XXI" Instituto Mexicano del Seguro Social IMSS
4. Medico no Familiar Especialista en Medicina Interna, Subespecialidad en Gastroenterología H.G.Z./U.M.F. No 8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo".

OBJETIVO: Evaluar el nivel de estrés en pacientes con enfermedad por reflujo gastroesofágico del HGZ/MF N8 Dr. Gilberto Flores Izquierdo.

MATERIALES Y METODOS: Estudio Prospectivo, descriptivo, transversal y No comparativo, tamaño de muestra de 80 pacientes que acuden a la consulta de medicina familiar o consulta externa de gastroenterología. Criterios de inclusión: Portadores de enfermedad por reflujo gastroesofágico, mayores de 18 años, derechohabientes del IMSS, sin distinción de género, ocupación, o estado civil.

RESULTADOS:

Predominio de sexo femenino 73%, Media de edad fue de 41.95 años, Calificación escala de estrés percibido: 31.3% no estrés, 35% estrés leve, 25% estrés moderado, 8.8% estrés severo.

CONCLUSIONES:

En el presente estudio se cumplió el objetivo de evaluar el nivel de estrés en pacientes con enfermedad por reflujo gastroesofágico del Hospital General de Zona con Unidad de Medicina Familiar No 8 encontrando un grado leve de estrés.

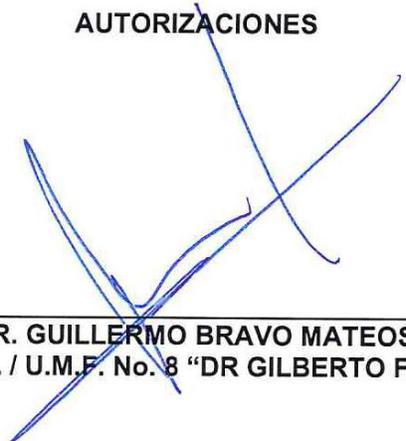
Estos hallazgos sugieren que en el manejo integral de pacientes con ERGE se deben investigar y evaluar los factores estresantes a los que se encuentran inmersos, ya que los paciente presentan un grado de nivel de estrés y es importante conocer mediante intervenciones la capacidad y las redes de apoyo con la que cuentan, para la reducción del mismo, así como incrementar los esfuerzos para estructurar equipos multidisciplinarios y hacer uso de los distintos apoyos de esparcimiento, psicología y trabajo social que ofrece el instituto.

Palabras clave: Enfermedad por reflujo gastroesofágico, Nivel de estrés Escala de estrés percibido.

**EVALUACIÓN DEL NIVEL DE ESTRÉS EN
PACIENTES CON ENFERMEDAD POR
REFLUJO GASTROESOFÁGICO DEL HGZ/MF
N8 DR. GILBERTO FLORES IZQUIERDO.**

**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DELEGACIÓN SUR DEL DISTRITO FEDERAL
HOSPITAL GENERAL DE ZONA / UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 8
"DR. GILBERTO FLORES IZQUIERDO"
COORDINACIÓN DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN MÉDICA**

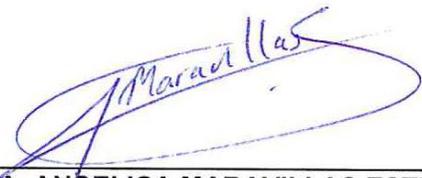
AUTORIZACIONES



**DR. GUILLERMO BRAVO MATEOS
DIRECTOR DEL H.G.Z. / U.M.F. No. 8 "DR GILBERTO FLORES IZQUIERDO"**



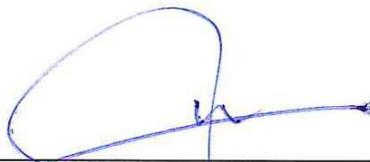
**DRA. THALYNA POLACO DE LA VEGA
COORDINADOR CLÍNICO DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN EN SALUD
DEL H.G.Z. / U.M.F. No. 8 "DR GILBERTO FLORES IZQUIERDO"**



**DRA. ANGELICA MARAVILLAS ESTRADA
PROFESORA TITULAR DE LA ESPECIALIDAD DE MEDICINA FAMILIAR
DEL H.G.Z. / U.M.F. No. 8 "DR GILBERTO FLORES IZQUIERDO"**



DRA. ANGELICA MARAVILLAS ESTRADA
PROFESORA TITULAR DE LA ESPECIALIDAD DE MEDICINA FAMILIAR
DEL H.G.Z. / U.M.F. No. 8 "DR GILBERTO FLORES IZQUIERDO"
DIRECTORA DE TESIS



DR. EDUARDO VILCHIS CHAPARRO
PROFESOR MÉDICO DEL CIEFD SIGLO XXI
CENTRO MEDICO NACIONAL SIGLO XXI
ASESOR METODOLÓGICO DE TESIS



DR. JORGE LUIS PINEDA CASTILLEJOS
MÉDICO NO FAMILIAR ESPECIALISTA
EN MEDICINA INTERNA H.G.Z./U.M.F. No 8 "DR. GILBERTO FLORES IZQUIERDO"
SUBESPECIALIDAD EN GASTROENTEROLOGÍA
ASESOR CLÍNICO DE TESIS

AGRADECIMIENTOS

Para mis padres como referente de motivación en todos estos años, gracias por darme la vida, por todos los aprendizajes y lecciones de vida constante, por darme el apoyo en los momentos más oscuros, y tener siempre la palabra precisa y amor incondicional. Recordando que su herencia reside en la voluntad de buscar lo mejor, nunca menos.

A mi hermano que nunca me ha dejado sola, siempre alentándome a seguir adelante y no darme por vencida, por su ejemplo de perseverancia y esfuerzo constante. Y ese lazo de sangre que nos unirá por siempre.

Mi familia mi mayor motivación, mis tíos y mis primos que han creado en mí y me dan la confianza para poder aliviar sus malestares.

A todos mis maestros que desde la facultad y sedes clínicas han tenido la disposición de otorgarme sus conocimientos y experiencias, siempre con humanidad y respeto, y han cultivado en mí el amor a mi profesión y al ser humano. Que con cada paso que doy se hacen presentes.

A los que ya no están y que me adoraban, seguramente estarán viéndome preparada para este mundo de infinitas posibilidades y estarán orgullosos de mí.

Al hospital, mis maestros y tutores que me permitieron crecer como médico y como persona, por todos los obstáculos que tuve que enfrentar, todos los momentos hermosos y amistades que me llevo.

En este año en especial a todo el personal médico que demostró más que nunca el enorme esfuerzo que hacen a diario para el bienestar de la población.

“Curar a veces, aliviar con frecuencia, consolar siempre”.

Claude Bernard

ÍNDICE

MARCO TEÓRICO.....	8
JUSTIFICACIÓN	21
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	22
OBJETIVOS	23
HIPÓTESIS.....	23
MATERIALES Y MÉTODOS.....	24
DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN	25
MUESTRA.....	26
UBICACIÓN TEMPORAL Y ESPACIAL DE LA POBLACIÓN	27
CRITERIOS.....	28
VARIABLES	29
DISEÑO ESTADÍSTICO:	34
INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN:.....	34
METODO DE RECOLECCIÓN DE DATOS	35
MANIOBRAS PARA EVITAR Y CONTROLAR SESGOS.....	36
CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES	37
RECURSOS HUMANOS, FÍSICOS, MATERIALES Y FINANCIAMIENTO DEL ESTUDIO	39
CONSIDERACIONES ÉTICAS	40
RESULTADOS	42
TABLAS Y GRAFICAS.....	44
DISCUSIÓN.....	61
CONCLUSIONES	64
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	65
ANEXOS	69

MARCO TEÓRICO

INTRODUCCIÓN

La enfermedad por reflujo gastroesofágico (ERGE) se debe al ascenso del contenido gástrico o gastroduodenal por arriba de la unión gastroesofágica, el cual causa síntomas y/o lesiones esofágicas que llegan a afectar la salud y calidad de vida de los individuos que la presentan ^[1].

EPIDEMIOLOGÍA

Analizando solamente los estudios que toman en cuenta la presencia de pirosis o regurgitación una vez por semana, se reporta una prevalencia que oscila entre el 18.1 y el 27.8% en Estados Unidos, del 8.8 al 25.9% en Europa, del 2.2 al 7.8% en Asia 11.6% en Australia, el 23% en Argentina y del 19.6 al 40% en México. Sobre la base de los resultados obtenidos en una encuesta nacional reciente realizada en población abierta (SIGAME), se encontró que, de acuerdo con los criterios de Roma III en población abierta mexicana, la frecuencia de pirosis o regurgitaciones al menos una vez por semana es del 12.1% (IC del 95%, 11.09 a 13.1), del 1.2% (IC del 95%, 0.09 a 1.3) en quienes presentan los síntomas todos los días y del 49.1% (IC del 95%, 47.5 a 50.6) en quienes los presenta al menos una vez al Mes. En este estudio se concluye que la ERGE es una enfermedad con una alta prevalencia en nuestro país, que se presenta con regurgitaciones como principal síntoma, seguido de la pirosis y de la presencia de sabor amargo en la boca. Los sujetos con síntomas de ERGE tuvieron significativamente mayor edad. Un análisis multivariado demostró que la mayor prevalencia se encontró en el sexo masculino, con estudios universitarios o profesionistas y que pertenecen a estratos económicos medio-alto y alto. ^[2].

Las estimaciones son difíciles debido a la heterogeneidad en los diseños de estudio, pero la prevalencia de ERGE parece ser más alto en el sur de Asia y Sudeste De Europa (más del 25%). En los EE. UU., estimaciones de la prevalencia de los síntomas de la ERGE han oscilado del 6% al 30%. La prevalencia de al menos los síntomas semanales de la ERGE en los EE. UU. es aproximadamente 20%. Hay aproximadamente 110.000 ingresos hospitalarios anuales en los EE. UU. para ERGE. Es importante destacar que la prevalencia de los síntomas de la ERGE en América, Europa y el Sudeste Asiático han aumentado aproximadamente el 50% en relación con la prevalencia basal en principios y mediados de la década de 1990, pero se ha incrementado desde entonces. ^[3].

HISTORIA NATURAL

Un cierto grado de reflujo es normal: el desarrollo de la ERGE requiere un aumento exposición esofágica al jugo gástrico o a un umbral reducido para lesiones epiteliales y percepción de síntomas. Este equilibrio entre la exposición al reflujo, la resistencia epitelial y la sensibilidad es delicada, y puede ser alterada por perturbaciones en factores fisiológicos y anatómicos que promueven o impedir el reflujo en el esófago, o proteger o lesionar el epitelio por exposición al jugo gástrico. ^[4]

En circunstancias normales, la barrera antirreflujo, es una compleja zona anatómica compuesta de múltiples componentes, tales como el esfínter esofágico inferior, el diafragma crural extrínseco, y las estructuras de apoyo de la Válvula gastroesofágica. Cuando estos componentes protectores se ven comprometidos, los efectos nocivos son aditivos, lo que resulta en un número cada vez mayor de eventos de reflujo y exposición cada vez más anormal al reflujo esofágico. Cuando el jugo gástrico entra en el esófago, los factores protectores ayudan a eliminar el reflujo del esófago y protegen el Epitelio. El desglose de estas fuerzas de protección promueve enfermedad por reflujo. Sin embargo, las complicaciones y los síntomas pueden también se producen en individuos con una carga normal de reflujo, cuando hay poca resistencia epitelial o aumento sensibilidad visceral. La patogénesis de la enfermedad por reflujo es, por lo tanto, complejo y determinado por las interacciones entre múltiples factores agresivos y defensivos. Existen en un continuo que determina la gravedad del reflujo. Es importante considerar este equilibrio al intentar para entender los mecanismos de patogénesis en cada paciente. ^[5]

FACTORES DE RIESGO

La acidez estomacal y la regurgitación ácida son los clásicos síntomas de la ERGE. Los pacientes generalmente reportan sensación en el área retroesternal, subiendo en el pecho e irradiando hacia el cuello, la garganta, y ocasionalmente la espalda. Ocurre post-prandial, particularmente después de grandes comidas grasos o la ingesta de alimentos picantes, productos cítricos, grasas, chocolates, o alcohol. La posición supina y la flexión pueden exacerbar la acidez estomacal. La acidez estomacal nocturna puede causar dificultades para dormir y afectar la función del día siguiente. Privación del sueño, así como estrés psicológico puede aumentar el umbral de percepción de los síntomas. La ERGE puede ser diagnosticados en función de síntomas, como la acidez estomacal 2 o más días a la semana, aunque los síntomas pueden menos frecuentes si son problemáticos y tienen efectos adversos sobre el bienestar. La frecuencia y gravedad de la acidez estomacal no se asocian con el grado de daño esofágico. La regurgitación se ha descrito de manera más inconsistente en ensayos clínicos y estudios epidemiológicos sobre la ERGE. Por la declaración del consenso de Montreal, la regurgitación se define como la "percepción del flujo de contenido gástrico reflujo en la boca o la hipofaringe." Entre los pacientes con regurgitación, la presión menor del esfínter esofágico es a menudo baja; muchos pacientes tienen gastroparesia asociada, y la esofagitis es común, lo que dificulta este síntoma para tratar médicamente que la acidez estomacal clásica. La falta de un estándar para el diagnóstico de la ERGE ha dificultado la definición de la precisión del reflujo típico, o síndrome de ardor de estómago preocupante y/o regurgitación. ^[6]

FENOTIPOS

La enfermedad por reflujo gastroesofágico (ERGE) es ahora uno de los diagnósticos más comunes realizados en el ámbito clínico, la ERGE se conceptualiza como incompetencia de la barrera antirreflujo en la unión esofagogástrica; cuando más grave es la incompetencia, peor es la enfermedad. Sin embargo, cada vez está más claro que muchas presentaciones de la ERGE representan fenotipos distintos con predisposición a cofactores y fisiopatología fuera de este Paradigma. Tres grandes iniciativas de consenso surgieron con este dilema (el Consenso de Montreal, La Fundación Roma y el Consenso de Lyon), cada uno de ellos de una perspectiva diferente. Montreal luchó por definir la enfermedad, Roma trató de caracterizar sus atributos funcionales, mientras que Lyon examinó sus atributos fisiológicos. Aquí, fusionamos las 3 perspectivas, desarrollando el concepto que lo que se ha llegado a conocer como ERGE es en realidad una familia de síndromes con una matriz fisiopatológica compleja. La esofagitis erosiva (EE), la enfermedad de reflujo no erosivo (NERD) y el esófago de Barrett (BE) son las tres presentaciones fenotípicas de la ERGE. En general, los pacientes tienden a permanecer dentro de su presentación fenotípica a lo largo de su vida con muy poca progresión o regresión. La enfermedad por reflujo (ERGE) se ha visto como una aflicción basada en el grado de disfunción del esfínter esofágico inferior (LES). Con menor disfunción, tal vez el resultado de relajaciones transitorias de esfínter esofágico inferior, pacientes desarrollan síntomas, pero no enfermedad por reflujo gastroesofágico (NERD). Por el contrario, pacientes con disfunción grave manifestado por marcada Hipotonía LES, desarrollar esofagitis erosiva y/o Esófago de Barrett (BE). Por ejemplo, los pacientes con hipersensibilidad al reflujo pueden tener una función LES normal, pero anomalías de proceso sensorial periférico y/o central. En por contraste, los pacientes con BE pueden tener un hiposensibilidad junto con ser caucásico, masculino, y obesos. Además, los datos a largo plazo han sugerido que los pacientes con un fenotipo (NERD) muestran sólo mínima progresión a esofagitis erosiva y (BE) esófago de Barrett. Del mismo modo, al no reconocer los efectos modulantes de ansiedad, estrés, hipervigilancia e hipersensibilidad visceral y central sobre la gravedad de los síntomas se ha simplificado en gran medida el problema. Dada esta heterogeneidad de lo que se incluye bajo el paraguas de la ERGE es razonable que la gestión clínica se dirija las características fisiopatológicas únicas de cada síndrome; un tamaño no se ajusta a todos. No todos los pacientes se benefician del aumento de la potencia de la inhibición del ácido y muchos pacientes son potencialmente perjudicados por la intervención quirúrgica. [7].

Fisiopatología de la enfermedad por reflujo gastroesofágico

La fisiopatología es multifactorial. El principal mecanismo fisiopatológico en la ERGE son las relajaciones transitorias del esfínter esofágico inferior (RTEEI), definidas como la relajación del EEI de > 1 mmHg/s con duración de menos de 10 s y un nadir de presión de < 2 mmHg en ausencia de una deglución 4 s antes y 2 s después del inicio de la relajación del EEI. Otros mecanismos que participan en la ERGE son los trastornos en el aclaramiento esofágico, sea mecánico (peristalsis o la gravedad de la Tierra) o químico (saliva), alteraciones en la barrera antirreflujo (hernia hiatal, presión disminuida del EEI), un vaciamiento gástrico retrasado e incluso el reflujo duodeno-gástrico. [8].

El esfínter esofágico inferior (LES) es un segmento corto de músculo liso tónicamente contraído en el extremo distal del esófago; su tono de reposo varía entre individuos sanos, de 10 a 30 mmHg, en relación con la presión intragástrica. Éste por lo general proporciona una barrera suficiente para compensar el gradiente gastroesofágico de presión. Grandes fluctuaciones de la presión LES se producen a lo largo del día, con aumentos que superan los 80 mmHg con el motor migratorio fluctuaciones complejas y más pequeñas, hacia una presión más baja, en estado postprandial. En general, la presión del LES se ve afectada por factores miogénicos y neurogénicos; estos son modificados por presión intraabdominal, distensión gástrica, péptidos, hormonas, alimentos y medicamentos. Los estudios de fisiología mostraron la zona de alta presión de la barrera antirreflujo para extender la unión escamocolumnar, por lo que las estructuras en el estómago proximal parecen estar involucrados más allá del LES. ^[9].

Las principales causas son la incompetencia del EEI, relajaciones transitorias del esfínter, peristalsis esofágica insuficiente, alteración en la resistencia de la mucosa esofágica, retraso en el vaciamiento gástrico y trastornos de motilidad antro duodenales con anatomía hiatal y gastroesofágica alterada. ^[10].

Los cambios anatómicos incluyen la apertura de los pilares del hiato diafragmático, ligamento freno esofágico laxo y el acortamiento esofágico. Algunos factores como el estrés, obesidad, embarazo, y dieta, así como medicamentos pueden agravar el reflujo. ^[11].

La relajación del (EEI) se produce independientemente de la deglución, no son acompañados de peristalsis, van acompañados de inhibición diafragmática, y persisten durante períodos más largos de lo que la deglución induce Relajaciones EEI (>10 segundos). El estímulo dominante para las relajaciones transitorias del EEI es la distensión del estómago proximal, que estimula el final lamelar intragangliónico encontrado en el extremo receptor de aferentes vagales. Estas fibras se proyectan para el núcleo tractus solitarii en el tronco cerebral y posteriormente a los núcleos motores dorsales del vago. Neuronas motoras dorsales del núcleo proyectan a las neuronas inhibitorias localizadas dentro del plexo mientérico del esófago distal y una respuesta motora integrada que implique relajación del EEI a través de respuestas inhibitorias del reflejo, contracción muscular longitudinal que reduce la obstrucción de la unión esófago gástrica a través de EEI mediada por tensión relajación y reposicionamiento de la EII por encima de la inhibición diafragmática y contracción del diafragma costal como el estado final del efector del reflejo del esfínter esofágico inferior y transitorio. Varios neurotransmisores y receptores están involucrados en control y modulación del EEI. Estos incluyen g-amino ácido butírico, que activa el ácido g-amino butírico-B receptores en el tronco cerebral y en aferentes vagal; Glutamato que une los receptores metabotrópicos glutamato-5 en el tallo cerebral; y endocannabinoides, que unen cannabinoides receptores de tipo 1 en el cerebro. ^[12].

CUADRO CLINICO

Los síntomas típicos de la ERGE son pirosis y regurgitaciones. La presencia de síntomas típicos 2 o más veces por semana en un paciente joven (menos de 50 años), sin datos de alarma, establecen el diagnóstico presuntivo de ERGE. Estos pacientes se recomienda una prueba terapéutica con inhibidores de la bomba de protones (IBP).^[13].

La ERGE puede manifestarse en una amplia gama de síntomas que se puede subdividir. En general, los síntomas tienden a ser más comunes después de las comidas. Los síntomas típicos incluyen acidez estomacal y regurgitación ácida. Síntomas atípicos como dolor epigástrico, malestar torácico, dispepsia, náuseas, distensión abdominal y eructos. Por último, hay varios síntomas extraesofágicos incluyendo tos crónica, asma, odinofagia, laringitis, broncoespasmo, trastornos del sueño y erosiones dentales. La creencia actual es que estos síntomas son causados por la microaspiración del reflujo o por un reflejo desencadenado por la exposición al ácido esófago distal. ^[14].

DIAGNÓSTICO

El diagnóstico de ERGE se realiza utilizando una combinación de presentación de síntomas, pruebas objetivas con endoscopia, monitorización ambulatoria de reflujo y respuesta a la terapia antisecretora. Los síntomas de ardor de estómago y regurgitación son los más confiable para hacer un diagnóstico presuntivo basado en la historia solamente. ^[15].

Los estudios han demostrado que la frecuencia de los síntomas, la gravedad o la combinación de ambos no son predictivos de ninguna presentación fenotípica específica de la ERGE. Sin embargo, los pacientes de edad avanzada con ERGE parecen experimentar una enfermedad mucosa más grave que se asocia con síntomas más leves y atípicos en general. ^[16].

El uso de otras pruebas diagnósticas, como la prueba de pH basada en catéter, la cápsula de pH inalámbrica, la impedancia +pH y otras están reservadas para escenarios clínicos específicos cuando se necesita un tratamiento adicional en pacientes que parcialmente o mostraron una falta completa de respuesta al tratamiento con IBP. ^[17].

La endoscopia no debe usarse de forma rutinaria como prueba de escrutinio para ERGE por su pobre sensibilidad diagnóstica. La endoscopia es útil para la detección de las complicaciones de la ERGE como esofagitis, estenosis, y adenocarcinoma. Por lo tanto, está indicada en los casos de ERGE de más de 5 años de evolución o ERGE refractaria, en pacientes con signos de alarma como disfagia, hemorragia digestiva, dolor torácico y pérdida de peso, así como en aquellos pacientes con factores de riesgo para EB y en los casos con sospecha de esofagitis eosinofílica. ^[18]

TRATAMIENTO

Las modificaciones en el estilo de vida siguen siendo la piedra angular de cualquier intervención terapéutica para la ERGE, que comúnmente es pasada por alto por los médicos y no seguida por los pacientes. Si bien los pacientes informan que el tabaco, el chocolate, las bebidas carbonatadas, la cebolla, la salsa de tomate, la menta, el alcohol, los jugos cítricos, las comidas picantes y grasas exacerbaban sus síntomas relacionados con la ERGE, todavía estamos desprovistos de ensayos de alta calidad que proporcionan pruebas claras del valor de evitar estos productos alimenticios o hábitos. Una revisión sistemática de los ensayos clínicos que examinaron el impacto de las modificaciones en el estilo de vida por ERGE por cambio de síntomas, variables de pH esofágico o presión basal del esfínter esofágico inferior mostró que hay evidencia de falta o débil de que después de dejar de fumar, alcohol, chocolate, cafeína o café, cítricos, menta o alimentos picantes hay mejoría en los parámetros clínicos o fisiológicos de la ERGE. Se ha demostrado que la obesidad es un factor de riesgo importante para el desarrollo o empeoramiento de la ERGE. Por lo tanto, la pérdida de peso parece ser una modificación eficaz del estilo de vida en la mejora de la ERGE. Es importante destacar que se ha demostrado que las modificaciones en el estilo de vida asociadas con el sueño mejoran los síntomas relacionados con la ERGE.^{[19].}

Las modificaciones en el estilo de vida y las recomendaciones dietéticas deben de individualizarse para cada paciente. La evidencia demuestra que es recomendable:

- Bajar de peso en sujetos con sobrepeso y obesidad.
- Dejar de fumar.
- Disminuir el consumo de alcohol.
- Elevar la cabecera de la cama.
- Dormir en decúbito lateral izquierdo.
- Evitar la ingesta de alimentos de forma abundante al menos 2 h antes de acostarse en la noche, en especial si el sujeto presenta síntomas nocturnos.^{[20].}

TRATAMIENTO

Los IBP se consideran la terapia médica más eficaz para la ERGE, debido a su supresión profunda y consistente del ácido. El primer compuesto de esta clase de fármacos, el omeprazol, se introdujo a finales de la década de 1980. En general, los IBP son seguros y demuestran diferentes niveles de satisfacción que oscilan entre el 56% y el 100% en comparación con otros medicamentos antirreflujos. Los IBP son los medicamentos más prescritos tanto para EE como para NERD, aunque las revisiones sistemáticas han demostrado que los pacientes con NERD responden menos bien a los IBP que los que tienen EE.^{[21].}

Los estudios antes mencionados, así como otros, consolidaron la superioridad de los IBP sobre cualquier otra terapia médica para la ERGE en el control de los síntomas, la curación de EE, y la prevención de la recaída de ambos síntomas y la inflamación del esófago. Los IBP son también la terapia médica más eficaz en comparación con todas las otras terapias médicas para controlar los síntomas de las diversas presentaciones fenotípicas de la ERGE. En particular, los IBP mejoran significativamente la tasa de respuesta de los síntomas en comparación con los H2R en pacientes con NERD.^{[22].}

Desde la introducción del omeprazol, se han introducido en el mercado seis IBP adicionales. La mayoría sólo difieren ligeramente en su estructura entre sí. Algunos de estos IBP más recientes (Lansoprazol, Rabeprazol y Pantoprazol) se compararon con omeprazol en el control de la acidez estomacal. Un metanálisis de estos estudios concluyó que los IBP más recientes eran de eficacia similar a omeprazol en términos de control de acidez estomacal, curación de EE y tasas de recaídas. Se encontró que todos los IBP eran superiores a la ranitidina y el placebo en la curación y la disminución de las tasas de recaídas de EE. Actualmente en los Estados Unidos, cuatro de estos IBP están disponibles sin receta (Omeprazol, Lansoprazol, Esomeprazol y Omeprazol-bicobo-bicarbonato) y tres sólo se pueden obtener con receta médica (Dexlansoprazol, Pantoprazol y Rabeprazol). Los IBP parecen tener una eficacia similar. Sin embargo, Dexlansoprazol, un IBP de liberación retardada doble que proporciona un perfil de tiempo de concentración y una duración prolongados de la supresión de ácidos, ha demostrado ser eficaz como un solo IBP en pacientes que requieren DOSIS estándar de IBP dos veces al día para controlar sus síntomas. [23].

Los IBP (inhibidores de la bomba de protones) son los medicamentos de primera elección para el tratamiento de la ERGE en todas sus formas clínicas, ya que proporcionan un mayor alivio sintomático y más rápido, así como mayores porcentajes de cicatrización cuando son comparados con el placebo y los antiácidos. En la actualidad, existen varios IBP y todos ellos prescritos en forma adecuada son eficaces. Aunque los estudios muestran tasas variables en el control del pH intragástrico y en la respuesta sintomática, los metaanálisis han demostrado que la efectividad es similar entre los diferentes IBP. Es importante instruir a los pacientes que los IBP «convencionales» deben ser ingeridos al menos 30 min antes del desayuno, ya que es el momento del día en donde se encuentra la mayor cantidad de bombas activas en las células parietales. [24].

La mayoría de los pacientes con síntomas típicos de ERGE reciben tratamiento empírico con un inhibidor de la bomba de protones (IPP) y no se someten a pruebas diagnósticas. Sin embargo, en pacientes con síntomas de alarma como disfagia, odinofagia, anorexia, pérdida de peso y sangrado gastrointestinal superior, la investigación con una endoscopia superior está justificada. En la última década se han observado algunos cambios importantes en el panorama del tratamiento con ERGE, un número creciente de informes sobre acontecimientos adversos debido al uso a largo plazo de los IBP, una marcada disminución en la utilización de la funduplicatura quirúrgica y el aumento en el desarrollo de opciones terapéuticas no médicas. [25].

Estrategias y duración de Tratamiento de la enfermedad por reflujo gastroesofágico no erosiva En estos casos se recomienda usar un IBP en su dosis estándar por un período de 4 semanas. En caso de lograr control sintomático, se suspende el medicamento y se reinicia en caso de recaída. En caso de recaída se puede optar por los siguientes esquemas de mantenimiento con IBP:

Continuo: utilizar de forma ininterrumpida la dosis mínima del IBP que proporcione control sintomático. Demanda: utilizar la dosis estándar cada vez que el paciente presente síntomas y suspenderlo cuando se hayan controlado los síntomas. c. Intermitente: utilizar la dosis estándar por períodos definidos de al menos 2-4 semanas cada vez que tenga recaída de síntomas. Otra opción de mantenimiento es pasar de un IBP a un ARH2 y este utilizarse por períodos cortos y solo en caso se síntomas leves o intermitentes. En caso de que con la dosis inicial de IBP la respuesta sea parcial o no exista respuesta, se deben de investigar las siguientes situaciones • Que exista una adecuada prescripción y administración del fármaco. • La calidad del producto. • El apego al tratamiento. ^[26].

Tratamiento de la enfermedad por reflujo gastroesofágico erosiva: En los casos de ERGE erosiva, el tratamiento durante 8 semanas con IBP consigue el control de los síntomas y la curación endoscópica de las lesiones en más del 80% de los casos. La duración dependerá de la severidad de las lesiones. ^[27].

Tratamiento de la enfermedad por reflujo gastroesofágico atípica Manifestaciones extraesofágicas con síntomas típicos: en los pacientes con síntomas extraesofágicos (laringitis, tos y asma) y que también presenten síntomas típicos (pirosis y/o regurgitación) está indicado iniciar con una prueba terapéutica con IBP (doble dosis por 8 a 12 semanas). En estos casos la respuesta sobre los síntomas atípicos es impredecible. Si existe buena respuesta, el tratamiento debe ser prolongado y la evidencia indica que se prescriba doble dosis por períodos de hasta 2-3 meses. De no existir mejoría a los 3 meses, lo más probable es que los síntomas sean secundarios a otra causa y ameriten replantear el diagnóstico. ^[28].

Tratamiento de la enfermedad por reflujo gastroesofágico erosiva en casos de falla a inhibidores de la bomba de protones (enfermedad por reflujo gastroesofágico refractaria) En los pacientes catalogados como falla al IBP o ERGE refractario, deben de reevaluarse para descartar otras causas que expliquen sus síntomas. Si los pacientes persisten con síntomas típicos, es recomendable hacer una endoscopia para descartar entidades que incluyen la esofagitis eosinofílica y dispepsia orgánica, entre otras, y así replantear el tratamiento. Si la endoscopia es negativa, lo recomendable es hacer manometría y posteriormente la realización de un estudio de monitorización esofágica de pH con impedancia. Si los pacientes persisten con síntomas atípicos, de no existir mejoría se debe reevaluar por parte del especialista en otorrinolaringología, neumología o alergología o psiquiatría, según sea el caso. Si en la evaluación inicial del caso no se realizó pH-metría, es importante la realización de esta sin tratamiento y de acuerdo con el resultado replantear el tratamiento. Si esta prueba es negativa, se descarta la ERGE como la causante de los síntomas. Si, por el contrario, esta prueba es positiva, entonces se recomienda cambiar, dividir o aumentar la dosis del IBP. ^[29].

ESTRÉS

El término estrés se deriva del griego *stringere*, que significa provocar tensión. El concepto se remonta desde el siglo XVII con los descubrimientos de Robert Hooke y Thomas Young en el área de la física, mismos que permiten dar un nuevo enfoque al término a partir del análisis de éste desde la perspectiva de otras ciencias. A partir de esto, se desarrollan una variedad de definiciones que explican qué es el estrés, no obstante, quien acuñó el término fue Hans Selye en 1936, denominándolo como “un conjunto coordinado de reacciones fisiológicas ante cualquier forma de estímulo nocivo”. [30].

Con el estrés, nos referimos a la percepción que cada persona tiene de su entorno y la cantidad de amenaza que esto implica para la homeostasis del organismo. El estrés al ser una amenaza para la homeostasis, el organismo crea un gran número de respuestas para sobrevivir y adaptarse, activando el sistema nervioso simpático y el eje hipotalámico-pituitario-adrenal. Puede ser agudo o crónico, cuando es agudo activa regiones en la corteza prefrontal, la amígdala, el hipocampo y el hipotálamo y cuando es crónico causa plasticidad adaptativa en el cerebro, en el cual los neurotransmisores locales y las hormonas sistémicas, interactúan para producir cambios estructurales y funcionales [31].

El estrés tiene sus raíces en mecanismos neurobiológicos que regulan cómo percibimos y respondemos a nuestro entorno y tiene repercusiones en la expresión de comportamiento agresivo y antisocial [32].

Otra variable que se convierte en interés para el objetivo de este estudio es el estrés. Las personas que viven en contextos vulnerables a menudo sufren de exposición constante a altos niveles de estrés, que se cree que están relacionados con dificultades de adaptación social [33].

Cómo el organismo hace frente al estrés tiene consecuencias en los circuitos neuronales, cambiando el equilibrio entre ansiedad, memoria, estado de ánimo y toma de decisiones [34].

Sugerimos que los altos niveles de estrés percibido podrían estar relacionados con las dificultades de adaptación social en contextos vulnerables. [35].

La enfermedad por reflujo gastroesofágico (ERGE) es una enfermedad crónica por reflujo del contenido del estómago en el esófago. Se acompaña de varios síntomas desagradables y pueden restringir la actividad diaria personal [36].

Exposición a el estrés aumenta la secreción de ácido gástrico, retrasa el vaciamiento y causa el reflujo. [37].

Recientemente, muchas líneas de evidencia han sugerido que el estrés, y una medida de las influencias psicosociales adversas en la vida adulta, puede desempeñar un papel importante en la ERGE. Se ha demostrado que los sujetos que han estado expuestos a factores estresantes de la vida son más propensos a quejarse de los síntomas de la ERGE [38].

Por otro lado, la presencia de síntomas problemáticos de ERGE afecta la vida diaria y, por lo tanto, puede inducir el estrés [39].

La calidad de vida relacionada con la salud en pacientes con esofagitis por reflujo se ve afectada en aspectos físicos, psicológicos y sociales, y otros estudios han encontrado que los pacientes con ERGE reportan una reducción de la productividad del trabajo. La esofagitis por reflujo agrava los niveles de estrés y fatiga de la vida diaria, pero se sabe menos sobre la asociación entre el estrés y la fatiga, que podría ser bidireccional. [40].

ESCALA DE ESTRÉS PERCIBIDO (EEP)

Evalúa el grado en el que los eventos de la vida son percibidos como estresantes, en el momento de la medición y hasta un mes antes. Presenta índices de fiabilidad y validez adecuados [41].

La escala de estrés percibido es un instrumento que estima el grado en que las situaciones de la vida son valoradas como estresantes. La versión original consta de 14 ítems, que están formulados en distinto sentido: unos a favor del control de las situaciones amenazantes y otros a favor de la pérdida de control y sus consecuencias. Proporciona una medida global de estrés percibido en el último mes. Se han estudiado dos versiones más, que están más reducidas, una con 10 ítems y otra con 4. La Escala puntúa de 0 a 56, donde las puntuaciones superiores indican un mayor estrés percibido. Utiliza un formato de respuesta tipo Likert de cinco alternativas con un rango de 0 (nunca) a 4 (siempre). [42].

La escala de estrés percibido (EEP) es una escala muy conocida para medir el estrés, cuenta con varias versiones, pero la versión original está compuesta por 14 ítems (EEP-14). Otras versiones que se han estudiado en el contexto mundial están la EEP-10 Y EPP-4 que constan de 10 y 4 reactivos respectivamente, con traducciones en diferentes idiomas, entre ellos el español. Para EEP-10, la consistencia interna se ha observado entre 0,74 y 0,91; para EEP-4 se ha informado una consistencia interna entre 0,60 y 0,82 [43].

La Escala de Estrés Percibido (EEP)-14 es fácilmente aplicable y evaluable. Es un buen instrumento para detectar variaciones en el estrés percibido por el sujeto a través del tiempo. Su reproducibilidad es alta cuando se aplica en diferentes momentos a los mismos sujetos [44].

La Escala de Estrés Percibido de 14 fue creada por Cohen, Kamarck y Mermelstein en 1983. En el estudio original de la escala EEP-14, Cohen et al. (1983) reportaron una consistencia interna alta, con un alfa de Cronbach, que varió de 0.84 a 0.86 en función de la muestra. Moral y Martínez (2009), en una muestra mexicana de padres que recientemente habían recibido el diagnóstico de cáncer en uno de sus hijos, obtuvieron una consistencia interna alta para los 14 ítems de la escala ($\alpha=0.84$). Propusieron que una puntuación mayor o igual que 30 en la escala podría definir casos de estrés. La propuesta de este punto de corte se hizo considerando la puntuación que queda a una desviación estándar por encima de la media del estudio de González y Landero (2007), que es 29, y la mediana de estrés percibido de la muestra de padres mexicanos con un hijo con cáncer, que es 29.5 [45].

La EEP-14 se califica de la siguiente manera, las preguntas redactadas negativamente en: nunca = 0; casi nunca = 1; de vez en cuando = 2; a menudo = 3; muy a menudo = 4, y las redactadas positivamente reciben puntuación invertida. La sumatoria produce la puntuación total de la escala, con un rango entre 0 y 56 puntos. Las preguntas redactadas positivamente son: 4,5,6,7,9,10,13, y las que están de forma negativa son: 1,2,3,8,11,12,14. [46].

MANEJO DEL ESTRÉS

La evidencia empírica demuestra la existencia de relaciones entre inteligencia emocional, autoconcepto y habilidades sociales con estrategias de afrontamiento del estrés, plantean que la inteligencia emocional incluye componentes unidos al afrontamiento; esperando que la inteligencia emocional intrapersonal se asocie con mayor capacidad de gestión del estrés; mientras que la inteligencia emocional interpersonal se espera que esté vinculada con mayor empleo de estrategias de búsqueda de apoyo. [47].

Los eventos estresores están clasificados por su normalidad, especialidad o por ser extraordinarios. Los estresores normales se definen como situaciones nuevas, repentinas o amenazantes, las que evocan una reacción local o general de estrés para lograr una asertiva adaptación. Así mismo los estresores especiales tienen la particularidad de manifestarse en periodos específicos del desarrollo evolutivo. En esta clase de eventos, el estrés se define en las manifestaciones de ajuste. Es de esperar que al producir el estrés reacciones fisiológicas en el organismo, se generen desordenes que conducen a la enfermedad. La respuesta de las personas ante el estrés depende en parte de si creen ejercer el control sobre los acontecimientos o si se consideran impotentes". Esta afirmación marca una pauta importante, teniendo en cuenta que la persona que tenga un locus de control interno genera una herramienta adicional en afrontamiento de las demandas ante situaciones de estrés. Otro posible amortiguador ante situaciones de estrés y que previene el riesgo de padecer ciertos trastornos, es el apoyo social, además, existe evidencia previa de los beneficios que sirven como factor preventivo en manifestaciones de estrés. [48].

Este factor de apoyo social, relacionado con la problemática del estrés y que sirve como mediador en su tratamiento, permite abrirse a una perspectiva mucho más sistémica, teniendo en cuenta que el entorno representa un papel decisivo como facilitador pero que a su vez puede convertirse en un obstáculo a la hora de reestructurar estilos de vida. Una última variable fundamental en cualquier tratamiento de prevención e intervención del estrés es la relajación, que permite que los procesos mentales, espirituales y fisiológicos del organismo se equilibren, y permitan al individuo adaptarse ante cualquier situación de estrés. Adicionalmente las creencias religiosas pueden canalizar y guiar, de una forma significativa, el comportamiento de las personas. Las religiones, además de dar sentido a la vida, ayudan al ser humano a otorgar un significado positivo al dolor y el sufrimiento. Y es que pertenecer a un culto religioso, no solamente permite un acercamiento espiritual, si no que adicionalmente, es una forma de meditación y de relajación que directa o indirectamente minimiza los efectos del estrés y brinda herramientas de afrontamiento. [49].

ANTECEDENTES

Dentro de las primeras investigaciones realizadas se encuentra "La relación entre el estrés y los síntomas del reflujo gastroesofágico: la influencia de los factores psicológicos." De Bradley LA, Richter JE. Año 1993, Se estudiaron diecisiete sujetos con enfermedad por reflujo sintomática mediante un diseño experimental de 2 (puntuación de susceptibilidad gastrointestinal alta frente a baja) x 2 (tareas de estrés frente a tareas neutrales) x 3 (períodos 1, 2 o 3). Encontrándose que las tareas de estrés produjeron aumentos significativos en la presión arterial sistólica y diastólica, la frecuencia del pulso y las calificaciones subjetivas de los síntomas de ansiedad y reflujo. Además, el efecto del estrés en las puntuaciones de reflujo se debió principalmente a las respuestas de los sujetos con puntuaciones elevadas en la escala de susceptibilidad gastrointestinal. Las calificaciones de reflujo de estos sujetos se mantuvieron en niveles altos durante todos los períodos de estrés, mientras que los sujetos en todas las demás condiciones experimentales informaron una disminución de los síntomas de reflujo a lo largo de los períodos. Estos resultados sugieren que los pacientes con reflujo que tienen ansiedad crónica y están expuestos a un estrés prolongado pueden percibir los estímulos esofágicos de baja intensidad como síntomas dolorosos de reflujo. Debería dedicarse un esfuerzo futuro a examinar la eficacia de las terapias ansiolíticas y conductuales en estos pacientes con reflujo.^[50]

Posteriormente en el año 2006 Peralta-Pedrero Alma luisa Lagunes-espinoza Alma luisa et al cols, en su artículo Frecuencia de síntomas de ERGE en adultos mayores que acuden a una unidad de medicina familiar, Realizado en UMF N 91 Coacalco, en donde se analizaron a 400 participantes, La prevalencia de síntomas de ERGE fue de 25 %. El promedio de edad de los pacientes con y sin síntomas de ERGE fue 68 ± 7 y 70 ± 7 años. El sexo femenino fue significativamente más frecuente en los pacientes con ERGE. El diagnóstico de ERGE no se consignó en ningún expediente. Se prescribió tratamiento con antiácidos, inhibidores H2 y procinéticos a 39 %, IC 95 % 34-44 de los pacientes con ERGE y a 18 %, IC 95 % 15-21 de los pacientes sin ERGE. Conclusiones: el adulto mayor que acude a consulta en primer nivel de atención médica con frecuencia presenta síntomas de ERGE. No se efectúa el diagnóstico preciso ni el seguimiento adecuado.^[51]

Rey, E, Moreno C, Rodríguez E, et al. En su artículo " Prevalencia de síntomas atípicos y su asociación con síntomas típicos de reflujo gastroesofágico" en España del año 2016, se obtienen los siguientes resultados: Edad media 53 años, predominio de sexo femenino 52.6%, y presencia de síntomas típicos 62.8%, y síntomas atípicos 37.2%.^[52]

En el artículo Escala de tolerancia al estrés: propiedades psicométricas en muestra mexicana y relación con estrés percibido y edad de González M, Hernández R, Quezada L. 2019, Se aprecian los siguientes resultados predominio de sexo femenino 71.6%, en el apartado de estado civil soltero 47.1, casado 45.8, otro 7.1, y en el apartado de rango de edad obtenemos menos de 24 41.4%, 25-34 5.3%, 35-44 26.2%, 45-54 22.2%, mayor 55 4.9%.^[53]

En el estudio realizado por Delshad Sean D et al cols en 2020 " Prevalencia de los síntomas refractarios en enfermedad por reflujo gastroesofágico y uso de inhibidores de la bomba de protones" (USA) se determinó lo siguiente de acuerdo con la escolaridad primaria 4.2% secundaria 21.5%, preparatoria 30.9%, universidad y maestría 43.4% y en cuanto al estado civil se analizó soltero 24.5%, casado 16.1, otro 59.4.^[54]

Song EM, Jung HK, Jung JM. La Asociación entre esofagitis por reflujo y estrés psicosocial, año 2016. Se reportó 920 participantes que presentaban nivel de estrés alto fueron de predominio femenino 46.6% entre 32-42 años. ^[55].

En 2019 Awadalla Nabil J en su artículo denominado "Las correlaciones personales, académicas y de estrés de la enfermedad por reflujo gastroesofágico entre los estudiantes universitarios en el suroeste de Arabia Saudita: Un estudio transversal" se menciona en contraste pacientes que no son estudiantes universitarios con estrés leve 20.2%, con estrés moderado 68.4%, y con estrés severo 11.3. ^[56].

Hernández Zamora y cols en su artículo Estrés en Personas Mayores y Estudiantes Universitarios: Un Estudio Comparativo año 2010 determinaron la correlación entre los niveles de estrés de estudiantes universitarios y personas adultas mayores, con el objetivo de analizar cuáles son las principales variables que pueden influir en tales niveles. Se encontró que, de manera estadísticamente significativa, los estudiantes presentan mayor estrés que las personas mayores. Los síntomas que más se presentaron en ellos fueron: cansancio, falta de energía, falta de satisfacción con lo que se hace, intranquilidad, problemas para la toma de decisiones, vida apresurada, falta de seguridad y protección, miedo al futuro y a las responsabilidades, falta de tiempo para sí mismo y plazos de tiempo. ^[57].

JUSTIFICACIÓN

La enfermedad por reflujo gastroesofágico tiene una alta prevalencia a nivel mundial. Con base en estudios epidemiológicos en otros países, sabemos que los trastornos funcionales digestivos y de la motilidad gastrointestinal afectan a millones de personas independientemente del sexo, edad, grupo poblacional y condición socioeconómica.

Recientemente, muchas líneas de evidencia han sugerido que el estrés, una medida de las influencias psicosociales adversas en vida adulta, puede desempeñar un papel importante en la ERGE.

Se ha demostrado que los sujetos que han estado expuestos a factores estresantes son más propensos a quejarse de los síntomas de ERGE.

Por otro lado, la presencia de síntomas de ERGE afecta la vida diaria y puede inducir la tensión.

Este estudio es factible porque es una enfermedad prioritaria de salud que impacta a la población. Es posible realizar el estudio, pues sólo se necesitarán cuestionarios que serán aplicados a la población en estudio.

Para mitigar las consecuencias de dicha situación, es necesario el esfuerzo de todos los involucrados en la atención de asistencia médica y en trabajos de prevención de todos los días.

Resalta tanto la participación del paciente como la responsabilidad del médico para crear un clima de diálogo que facilite la toma de decisiones compartida.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La enfermedad por reflujo gastroesofágico representa una de las primeras causas de consulta al médico de primer contacto, y la principal causa de consulta al gastroenterólogo. Debido a la alta prevalencia de este padecimiento, la cronicidad de sus síntomas y el impacto en la calidad de vida, sus costos son enormes.

El reconocimiento de su carácter multifactorial y manejo integral determina que las condiciones emocionales influyen en el incumplimiento de las recomendaciones sobre el estilo de vida y buen apego a tratamiento.

Dentro de las acciones como médicos familiares se encuentran acciones de prevención para no presentar las complicaciones antes descritas, por lo cual nos planteamos la siguiente pregunta:

¿CUÁL ES EL NIVEL DE ESTRÉS EN PACIENTES CON ENFERMEDAD POR REFLUJO GASTROESOFÁGICO DEL HGZ/MF N8 DR. GILBERTO FLORES IZQUIERDO?

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL:

- Evaluar el nivel de estrés en pacientes con enfermedad por reflujo gastroesofágico del HGZ/MF N8 Dr. Gilberto Flores Izquierdo, que acuden a la consulta de medicina familiar o consulta externa de Gastroenterología a través de la aplicación del cuestionario de La escala de estrés percibido (EEP).

HIPÓTESIS

Se realizaron hipótesis descriptivas con fines de enseñanza. Basados en los propósitos de este estudio se plantearon las siguientes hipótesis:

Hipótesis de trabajo:

Los pacientes con enfermedad por reflujo gastroesofágico del HGZ/MF No. 8 tienen estrés leve.

Hipótesis nula (H0):

Los pacientes con enfermedad por reflujo gastroesofágico del HGZ/MF No.8 no tienen estrés leve.

Hipótesis alterna (H1):

Los pacientes con enfermedad por reflujo gastroesofágico del HGZ/MF No. 8 tienen trastornos del estado del ánimo.

MATERIALES Y MÉTODOS

TIPO DE INVESTIGACIÓN:

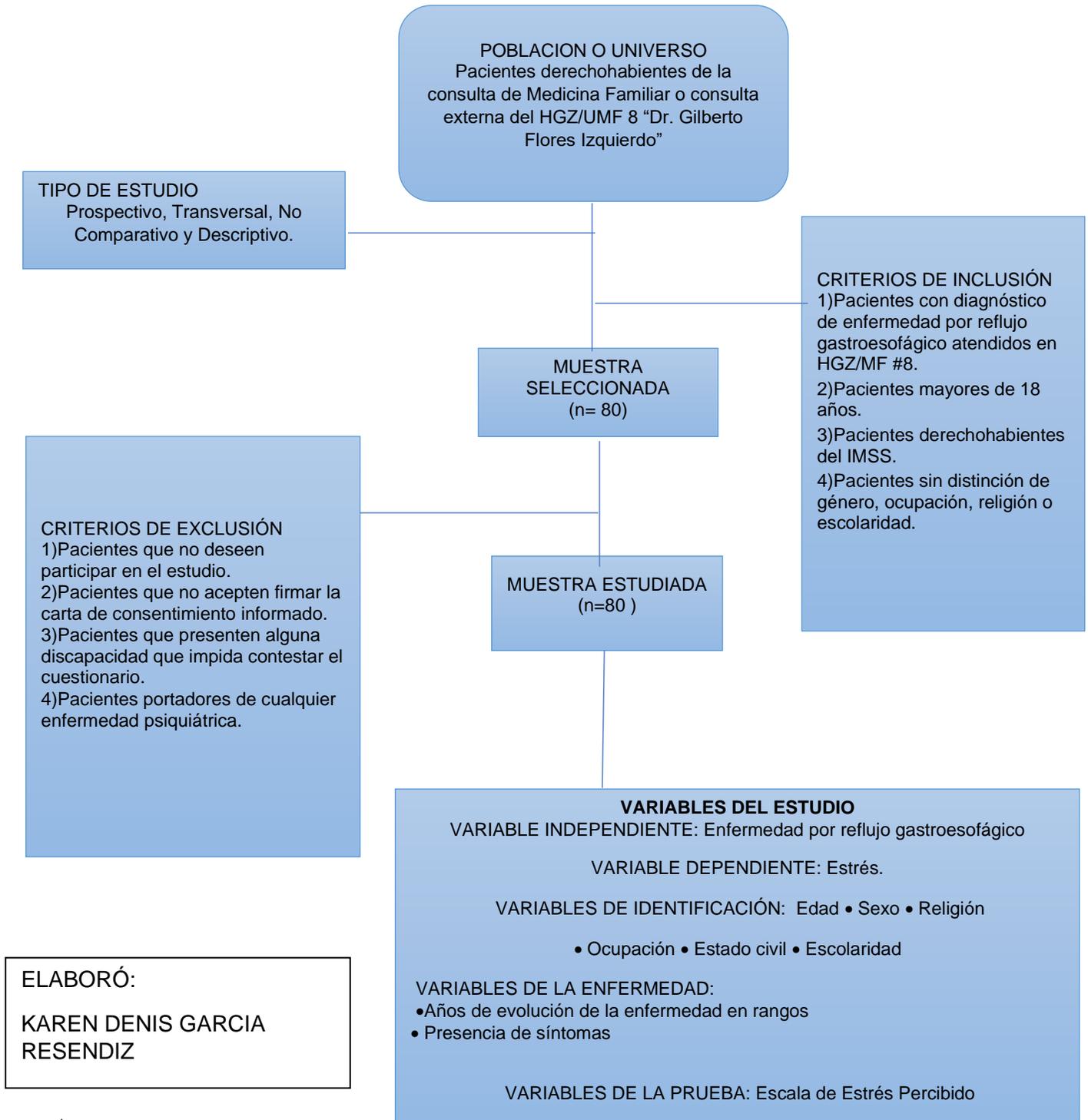
A. Según el proceso de causalidad o tiempo de ocurrencia de los hechos y registros de la información: **PROSPECTIVO.**

B. Según el número de una misma variable o el periodo y secuencia del estudio: **TRANSVERSAL.**

C. Según la intención comparativa de los resultados de los grupos estudiados: **NO COMPARATIVO.**

D. Según el control de las variables o el análisis y alcance de los resultados: **DESCRIPTIVO.**

DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN



MUESTRA

Para la realización del presente estudio, se incluyeron pacientes con enfermedad por reflujo gastroesofágico del HGZ/MF N8 Dr. Gilberto Flores Izquierdo, que acuden a la consulta de medicina familiar o consulta externa de Gastroenterología durante el periodo de marzo de 2020 a febrero de 2021, que cumplieron con los criterios de inclusión, exclusión y eliminación establecidos.

MUESTRA

El tamaño de la muestra para un estudio descriptivo con una variable dicotómica, necesaria fue de 80 pacientes con un intervalo de confianza de 95%. Con una proporción del 0.15. Con amplitud del intervalo de confianza 0.15.

DEFINICION DE CONCEPTOS DEL TAMAÑO DE LA MUESTRA:

N= Número total de individuos requeridos

Z alfa = Desviación normal estandarizada para alfa bilateral

P= Proporción esperada

(1-P) = Nivel de confianza del 90%

W= Amplitud del intervalo de confianza

$$N = \frac{4 Z_{\alpha/2} P (1 - P)}{W^2}$$

UBICACIÓN TEMPORAL Y ESPACIAL DE LA POBLACIÓN

POBLACION O UNIVERSO

Se realizó en una población urbana, derechohabiente de HGZ/MF No.8, con diagnóstico de enfermedad por reflujo gastroesofágico con tratamiento terapéutico.

LUGAR

La investigación se efectuó en el Hospital General de Zona con Unidad De Medicina Familiar No. 8 “Gilberto Flores Izquierdo”, que se ubica en la Colonia Tizapán San Ángel, Delegación Álvaro Obregón.

TIEMPO

Marzo de 2020- febrero de 2021

CRITERIOS

CRITERIOS DE INCLUSIÓN:

1. Pacientes portadores de enfermedad por reflujo gastroesofágico en tratamiento atendidos en la HGZ/MF No. 8.
2. Pacientes mayores de 18 años.
3. Pacientes derechohabientes del IMSS.
4. Pacientes sin distinción de género, ocupación, religión o escolaridad.

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

1. Pacientes que no deseen participar en el estudio.
2. Pacientes que no acepten firmar la carta de consentimiento informado.
3. Pacientes que presenten alguna discapacidad auditiva o visual que impida contestar el cuestionario.
4. Pacientes portadores de cualquier enfermedad psiquiátrica.

CRITERIOS DE ELIMINACIÓN:

1. Pacientes con cuestionario incompleto.
2. Pacientes con cuestionario contestado de manera ilegible.

VARIABLES

VARIABLES DEL ESTUDIO

- Variable independiente: Reflujo gastroesofágico
- Variable dependiente: Estrés

VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS

- Edad
- Sexo
- Religión
- Ocupación
- Estado civil
- Escolaridad

VARIABLES DE LA PATOLOGÍA

- Años de evolución de la enfermedad.
- Presencia de síntomas.

VARIABLES DE LA ESCALA DE ESTRÉS PERCIBIDO

- Escala de estrés percibido
- No estrés: menos de 19 puntos.
- Estrés Leve: de 19 a 28 puntos.
- Estrés Moderado: de 29 a 38 puntos.
- Estrés Severo: de 39 a 56 puntos.

VARIABLES DEL ESTUDIO

DEFINICIÓN CONCEPTUAL

VARIABLE INDEPENDIENTE:

Enfermedad por reflujo gastroesofágico: Se debe al ascenso del contenido gástrico o gastroduodenal por arriba de la unión gastroesofágica, el cual causa síntomas y/o lesiones esofágicas que llegan a afectar la salud y calidad de vida de los individuos que la presentan.

VARIABLE DEPENDIENTE

Estrés: Es un estímulo puntual, agresivo o no, percibido como amenazante para la homeostasis. Activa un conjunto de reacciones que implican respuestas conductuales y fisiológicas que permiten al organismo responder al estresor de la manera más adaptada posible.

VARIABLES SOCIODEMOGRAFICAS

Edad: Tiempo transcurrido desde el nacimiento de una persona hasta el momento de realizar la encuesta. La edad suele expresarse en años.

Sexo: Condición orgánica que distingue a los hombres de las mujeres.

Ocupación: Es el oficio o profesión (cuando se desempeña en esta) de una persona, independiente del tipo de estudio que hubiese recibido.

Escolaridad: Nivel de estudios formales que posee el paciente hasta el momento de realizada la encuesta.

Religión: Colección organizada de creencias, sistemas culturales y cosmovisiones que relacionan a la humanidad a un tipo de existencia.

Estado Civil: Situación de las personas físicas determinada por sus relaciones de familia, provenientes del matrimonio o del parentesco, que establece ciertos derechos y deberes.

VARIABLES DE LA ENFERMEDAD POR REFLUJO GASTROESOFÁGICO

Años de evolución de la enfermedad: Tiempo transcurrido desde la confirmación de la enfermedad, hasta el momento de realizada la encuesta.

Presencia de síntomas: Son una manifestación subjetiva de enfermedad, es decir la percibida exclusivamente por el paciente y que el medico puede descubrir solo por el interrogatorio.

VARIABLES DEL INSTRUMENTO DE EVALUACIÓN

Escala de Estrés Percibido: Evalúa el grado en el que los eventos de la vida son percibidos como estresantes, en el momento de la medición y hasta un mes antes.

DEFINICION OPERATIVA DE LAS VARIABLES

VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS

NOMBRE	TIPO DE VARIABLE	ESCALA DE MEDICIÓN	VALORES DE LAS VARIABLE
EDAD	CUANTITATIVA	CONTINUA	AÑOS CUMPLIDOS
RANGO DE EDAD	CUANTITATIVA	NOMINAL	1= 18 a 40 AÑOS 2=41 a 60 3= MAYOR DE 60
SEXO	CUALITATIVA	NOMINAL	1=FEMENINO 2=MASCULINO
OCUPACION	CUALITATIVA	NOMINAL	1= EMPLEADO 2=DESEMPLEADO
ESTADO CIVIL	CUALITATIVA	NOMINAL	1=SOLTERO 2=CASADO 3=OTRO
ESCOLARIDAD	CUALITATIVA	NOMINAL	1= PRIMARIA 2=SECUNDARIA 3=PREPARATORIA 4= LICENCIATURA O MÁS.
RELIGIÓN	CUALITATIVA	NOMINAL	1= CON RELIGION 2=SIN RELIGION

Elaboró: Karen Denis García Reséndiz

VARIABLES DE LA ENFERMEDAD

NOMBRE DE VARIABLES	TIPO DE VARIABLE	ESCALA DE MEDICIÓN	VALORES DE LAS VARIABLES
AÑOS DE EVOLUCIÓN DE LA ENFERMEDAD EN RANGOS	CUANTITATIVA	NOMINAL	1= 0-5 AÑOS 2=6-10 AÑOS 3=MAYOR DE 10
PRESENCIA DE SINTOMAS	CUALITATIVA	NOMINAL	1= TIPICOS 2= ATIPICOS

Elaboró: Karen Denis García Reséndiz

VARIABLES DEL INSTRUMENTO

NOMBRE DE VARIABLES	TIPO DE VARIABLE	ESCALA DE MEDICIÓN	VALORES DE LAS VARIABLES
ESCALA DE ESTRÉS PERCIBIDO (EEP)	CUALITATIVA	ORDINAL	1. NO ESTRÉS: MENOS DE 19 PUNTOS 2. ESTRÉS LEVE: DE 19 A 28 PUNTOS 3. ESTRÉS MODERADO: DE 29 A 38 PUNTOS 4. ESTRÉS SEVERO: DE 39 A 56 PUNTOS

Elaboró: Karen Denis García Reséndiz

DISEÑO ESTADÍSTICO

El análisis estadístico se llevó a cabo a través del programa SPSS 22 de Windows. Para el análisis de los resultados se utilizaron medidas de tendencia central (media, mediana, moda) y de dispersión (desviación estándar, varianza, rango, valor mínimo y valor máximo), estimación de medias y proporciones con intervalos de confianza. Además de distribución de frecuencias y porcentajes. El tipo de muestra es representativa y se calculó a través de su prevalencia.

INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN

ESCALA DE ESTRÉS PERCIBIDO

La escala de estrés percibido es un instrumento que estima el grado en que las situaciones de la vida son valoradas como estresantes, en el momento de la medición y hasta un mes antes. Ver anexo 2

La versión original consta de 14 ítems, que están formulados en distinto sentido: unos a favor del control de las situaciones amenazantes y otros a favor de la pérdida de control y sus consecuencias.

El estudio original presentó una consistencia interna alta, con un alfa de Cronbach, que varió de 0.84 a 0.86. La validación en México con 14 ítems tuvo una consistencia interna de $\alpha=0.83$, que confirma la estructura factorial de la escala original.

Utiliza un formato de respuesta tipo Likert de cinco alternativas con un rango de 0 (nunca) a 4 (siempre). Invirtiéndose la puntuación en los ítems: 4, 5, 6, 7, 9, 10 y 13. La escala cuenta con un rango de puntuaciones posibles que van de 0 a 56. En donde la mayor puntuación corresponde a mayor estrés percibido.

Puntuaciones menores de 19 se suelen considerar no casos de estrés percibido; de 19 a 28, estrés percibido leve; de 29 a 38, estrés percibido moderado, y de 39 a 56, estrés percibido severo.

METODO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

La recolección de muestras y su procesamiento estuvo a cargo del investigador del estudio, Dra. KAREN DENIS GARCIA RESENDIZ, el cual se llevó a cabo en el HGZ/MF No. 8 del IMSS.

Previo acuerdo con las autoridades de esta unidad y con la aprobación del proyecto de investigación. Se procedió a la selección de los pacientes (de acuerdo con los criterios de inclusión) que asistían a la consulta de medicina familiar o consulta externa de gastroenterología, en cualquier turno, que se encontraron en la sala de espera.

Se aplicó el cuestionario de (ESCALA DE ESTRÉS PERCIBIDO EEP-14) a los pacientes seleccionados previa información del tipo de estudio y la importancia de este. Solicitando inicialmente la firma de consentimiento informado. ANEXO 3

El tiempo para resolver la prueba fue de 10 minutos. Se estimuló al paciente para que respondiera las 14 preguntas del cuestionario, seleccionando la alternativa que consideraba más apropiada para su caso.

De igual manera se creó una hoja de recolección de datos donde se registraron las variables sociodemográficas y de la enfermedad, ANEXO 1 la recolección se realizó en un tiempo aproximado de 5 minutos.

MANIOBRAS PARA EVITAR Y CONTROLAR SEGSOS

Control de sesgos de información:

- Se realizó una revisión sistemática de la literatura de la medicina basada en evidencia y de fuentes de información confiable.

Control de sesgos de selección:

- Evaluó cuidadosamente las implicaciones en la selección de los participantes, para el estudio.
- Utilizó los mismos criterios cuando se seleccionan las unidades de estudio.
- Eligió los grupos de estudio que son representativos de la población.
- Criterios de inclusión.

Control de sesgos de medición:

- Se utilizará la prueba de escala de estrés percibido en los pacientes con enfermedad por reflujo gastroesofágico que se encuentren bajo tratamiento farmacológico que acudan al HGZ/MF No 8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo".

Control de sesgos de análisis:

- Se corroboró que el instrumento no tenga errores de redacción.
- Se verificó que el paciente sepa leer, escribir y no tenga problemas visuales.
- Se verificó que el sujeto no sea ayudado por terceras personas.
- Las dudas surgidas en alguna palabra del instrumento se utilizará un diccionario para disipar las dudas.
- El examinador no debía discutir ninguna pregunta con el sujeto, explicando que sería este quien señale sus percepciones u opiniones.
- Registrar y analizar los datos obtenidos de los cuestionarios correctamente, excluyendo los cuestionarios que se encuentren sin concluir.
- Ser cautelosos en las interpretaciones de los datos recabados.

PRUEBA PILOTO

Se utilizará para evaluar un instrumento ya validado en estudios previos por lo que no se realizará prueba piloto.



CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DIRECCIÓN REGIONAL CENTRO
DELEGACIÓN SUR CIUDAD DE MEXICO
JEFATURA DE PRESTACIONES MÉDICAS.
HGZ/UMF No 8 "DR. GILBERTO FLORES IZQUIERDO"



TITULO DEL PROYECTO: EVALUACIÓN DEL NIVEL DE ESTRÉS EN PACIENTES CON ENFERMEDAD POR REFLUJO GASTROESOFÁGICO DEL HGZ/MF N8 DR. GILBERTO FLORES IZQUIERDO.
 2019-2020

FECHA	MARZO 2019	ABRIL 2019	MAYO 2019	JUNIO 2019	JULIO 2019	AGOSTO 2019	SEPTIEMBRE 2019	OCTUBRE 2019	NOVIEMBRE 2019	DICIEMBRE 2019	ENERO 2020	FEBRERO 2020
Idea a estudiar	X											
Título		X										
Antecedentes			X									
Planteamiento del problema				X								
Justificación				X								
Objetivos					X							
Hipótesis					X							
Material y métodos						X						
Tipo de estudio						X						
Diseño metodológico							X					
Población							X					
Lugar y tipo de estudio								X				
Tipo y tamaño de la muestra								X				
Criterios de inclusión, exclusión y eliminación Variables								X				
Definición de las variables									X			
Diseño estadístico									X			
Instrumentos de recolección										X		
Método de recolección										X		
Cronograma										X		
Recursos											X	
Consideraciones éticas											X	
Bibliografía											X	
Reporte de protocolo												X

Elaboró: Karen Denis García Reséndiz



CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DIRECCIÓN REGIONAL CENTRO
DELEGACIÓN SUR CIUDAD DE MEXICO
JEFATURA DE PRESTACIONES MÉDICAS.
HGZ/UMF No 8 “DR. GILBERTO FLORES IZQUIERDO”



TITULO DEL PROYECTO: EVALUACIÓN DEL NIVEL DE ESTRÉS EN PACIENTES CON ENFERMEDAD POR REFLUJO GASTROESOFÁGICO DEL HGZ/MF N8 DR. GILBERTO FLORES IZQUIERDO.
2020-2021

FECHA	MARZO 2020	ABRIL 2020	MAYO 2020	JUNIO 2020	JULIO 2020	AGOSTO 2020	SEPTIEMBRE 2020	OCTUBRE 2020	NOVIEMBRE 2020	DICIEMBRE 2020	ENERO 2021	FEBRERO 2021
Prueba piloto	X											
Ejecución del proyecto	X											
Recolección de datos	X	X	X									
Almacenamiento de datos				X								
Análisis de datos				X								
Descripción de datos					X							
Discusión de datos						X						
Conclusión							X					
Integración y revisión final								X				
Reporte final									X			
Autorizaciones										X		
Impresión del trabajo											X	X
Publicación												X

Elaboró: Karen Denis García Reséndiz

RECURSOS HUMANOS, FÍSICOS, MATERIALES Y FINANCIAMIENTO DEL ESTUDIO

Recursos humanos:

- Investigadora: Karen Denis Garcia Reséndiz.
- Director de tesis de investigación: Dr. Gilberto Espinoza Anrubio
- Aplicador de encuestas: Karen Denis Garcia Reséndiz.
- Recolector de datos: Karen Denis Garcia Reséndiz.
- Asesor metodológico: Dr. Eduardo Vilchis Chaparro.
- Asesor clínico: Dr. Jorge Luis Pineda Castillejos.

Físicos:

- Instalaciones de la sala de espera de la consulta Medicina Familiar y Consulta Externa de Gastroenterología del HGZ/UMF 8, IMSS.

Materiales:

- Instrumento de evaluación Cuestionarios: EEP-14 y hoja de datos.
- Consentimiento informado.
- Computadora PC
- Lápices, borradores, plumas, engrapadora, grapas, hojas de papel para fotocopias

Financieros:

- Los gastos que se generen en este estudio se llevarán a cabo con recursos propios del investigador.

CONSIDERACIONES ÉTICAS

El presente proyecto de investigación no desobedece la declaración de Helsinki de la asociación Médica mundial.

El reglamento de la Ley general de salud en materia de investigación para la salud en México, toda la información se manejó de forma confidencial y con fines de investigación. Se integra la carta de consentimiento informado del protocolo de investigación **EVALUACIÓN DEL NIVEL DE ESTRÉS EN PACIENTES CON ENFERMEDAD POR REFLUJO GASTROESOFÁGICO DEL HGZ/MF N8 DR. GILBERTO FLORES IZQUIERDO.**

El estudio estuvo bajo la consideración del Reglamento de la Ley General de Salud, que hace referencia a los aspectos éticos de la investigación en seres humanos, así como también bajo los criterios de la Norma Oficial de Investigación Científica (NORMA Oficial Mexicana NOM-012-SSA3-2012) que establece los criterios para la ejecución de proyectos de investigación para la salud en seres humanos.

Declaración de Helsinki

La Declaración fue originalmente adoptada en junio de 1964 en Helsinki, Finlandia, y ha sido sometida a cinco revisiones y dos clarificaciones, creciendo considerablemente de 11 a 37 párrafos. La Asociación Médica Mundial (AMM) promulgó la Declaración de Helsinki como una propuesta de principios éticos para investigación médica en seres humanos, incluida la investigación del material humano y de información identificables. Se agregan los párrafos más relevantes sobre los cuales se fundamenta el actual protocolo de investigación:

Párrafo 6: El propósito principal de la investigación médica en seres humanos es comprender las causas, evolución y efectos de las enfermedades y mejorar las intervenciones preventivas, diagnósticas y terapéuticas (métodos, procedimientos y tratamientos). Incluso, las mejores intervenciones probadas deben ser evaluadas continuamente a través de la investigación para que sean seguras, eficaces, efectivas, accesibles y de calidad.

Párrafo 7: La investigación médica está sujeta a normas éticas que sirven para promover y asegurar el respeto a todos los seres humanos y para proteger su salud y sus derechos individuales.

Párrafo 10: Los médicos deben considerar las normas y estándares éticos, legales y jurídicos para la investigación en seres humanos en sus propios países, al igual que las normas y estándares internacionales vigentes. No se debe permitir que un requisito ético, legal o jurídico nacional o internacional disminuya o elimine cualquiera medida de protección para las personas que participan en la investigación establecida en esta Declaración.

Párrafo 22: El proyecto y el método de todo estudio en seres humanos deben describirse claramente y ser justificados en un protocolo de investigación. El protocolo debe hacer referencia siempre a las consideraciones éticas que fueran del caso y debe indicar cómo se han considerado los principios enunciados en esta Declaración.

Párrafo 25: La participación de personas capaces de dar su consentimiento informado en la investigación médica debe ser voluntaria.

Ley General de Salud

Con fundamento en lo dispuesto por los Artículos 13 Inciso A, Fracción I, 14 y 96 de la Ley General de Salud, 5o. Inciso A y 113 al 120 del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud y Artículo 22 Fracción V del Reglamento Interior de la Secretaría de Salud. Se integra la carta de consentimiento informado del protocolo de investigación.

NORMA Oficial Mexicana NOM-012-SSA3-2012, Que establece los criterios para la ejecución de proyectos de investigación para la salud en seres humanos.

GERMAN ENRIQUE FAJARDO DOLCI, Subsecretario de Integración y Desarrollo del Sector Salud y presidente del Comité Consultivo Nacional de Normalización de Innovación, Desarrollo, Tecnologías e Información en Salud, con fundamento en lo dispuesto por los artículos 39 de la Ley Orgánica de la Administración Pública Federal; 4º. De la Ley Federal de Procedimiento Administrativo, 3º. Fracción XI, 38 fracción II, 40 fracciones III y XI, 41, 43, 47 fracciones III y IV de la Ley Federal sobre Metrología y Normalización; 2º. fracción VII, 3º. fracciones I, II y IX, 13 apartado A fracciones I, II y IX, 45, 48, 78, 79, 81, 96, 98, 99, 100, 101, 102 y 103 de la Ley General de Salud; 28 y 34 del Reglamento de la Ley Federal sobre Metrología y Normalización; 3º., 4º., 5º., 22, 62, 78, 108, 115, 116 y 119 del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud; 2º. apartado A fracción I, 8º. fracción V y 9º. fracción IV Bis del Reglamento Interior de la Secretaría de Salud, me permito ordenar la publicación en el Diario Oficial de la Federación de la Norma Oficial Mexicana NOM-012-SSA3-2012, Que establece los criterios para la ejecución de proyectos de investigación para la salud en seres humanos.

CONSIDERANDO

Que con fecha 5 de noviembre de 2009, fue publicado en el Diario Oficial de la Federación el proyecto de esta norma, en cumplimiento a la aprobación del mismo por parte del Comité Consultivo Nacional de Normalización de Innovación, Desarrollo, Tecnologías e Información en Salud; de conformidad con lo previsto en el artículo 47 fracción I de la Ley Federal sobre Metrología y Normalización, a efecto de que en los siguientes 60 días naturales posteriores a dicha publicación, los interesados presentaran sus comentarios ante el Comité Consultivo Nacional de Normalización de Innovación, Desarrollo, Tecnologías e Información en Salud.

Que, durante el periodo de Consulta Pública de 60 días, que concluyó el 5 de enero de 2010 fueron recibidos en la sede del mencionado Comité, comentarios respecto del Proyecto de Norma Oficial Mexicana, razón por la que con fecha previa fueron publicadas en el Diario Oficial de la Federación las respuestas a los comentarios recibidos por el mencionado Comité, en los términos del artículo 47 fracción III de la Ley Federal sobre Metrología y Normalización.

Que, en atención a las anteriores consideraciones, contando con la aprobación del Comité Consultivo Nacional de Normalización de Innovación, Desarrollo, Tecnologías e Información en Salud, se expide la siguiente.

RESULTADOS

Se estudió a 80 pacientes con el diagnóstico de Enfermedad por reflujo gastroesofágico en el HGZ/MF No. 8, la media de edad fue de 41.95 años, con una mediana de 40.50 años y moda de 44 años. Además, cuenta con una desviación estándar de 13.789 años, varianza de 190.149 años, un rango de edad de 52 años, un valor mínimo de 18 años y un valor máximo de 70 años.

En la sección de rango de edad en pacientes con el diagnóstico de Enfermedad por reflujo gastroesofágico, observamos 40 (50.0%) con rango de edad de 18 a 40 años, 31 (38.8%) 41 a 60 años, 37 (26.4%) y 9 (11.3 %) mayor de 60 años. [Ver tabla y gráfica 1].

En el apartado de sexo en pacientes con el diagnóstico de Enfermedad por reflujo gastroesofágico, se identificó 59 (73.8%) femenino y 21 (26.3%) masculino. [Ver tabla y gráfica 2].

En el rubro de escolaridad en pacientes con el diagnóstico de Enfermedad por reflujo gastroesofágico, se registró 6 (7.5%) primaria, 35 (43.8%) secundaria, 28 (35.0%) preparatoria y 11 (13.8%) licenciatura o más. [Ver tabla y gráfica 3].

En la categoría de ocupación en pacientes con el diagnóstico de Enfermedad por reflujo gastroesofágico, se apreció 64 (80.0%) empleados, y 16 (20.0%) desempleados. (Ver tabla y gráfica 4)

En relación con estado civil en pacientes con el diagnóstico de Enfermedad por reflujo gastroesofágico, se registró 33 (41.3%) solteros, 34 (42.5%) casados, y 13 (16.3%) otro. (Ver tabla y gráfico 5)

Con respecto a religión en pacientes con el diagnóstico de Enfermedad por reflujo gastroesofágico, se reportó 71 (88.8%) creyentes, 9 (11.3%) no creyentes. (Ver tabla y gráfico 6)

En lo referente a rango de años de evolución en pacientes con el diagnóstico de Enfermedad por reflujo gastroesofágico, se describió 36 (45.0%) con rango cero a 5 años, 25 (31.3%) 6 a 10 años, 19 (23.8%) mayor de 10 años. (Ver tabla y gráfico 7)

De acuerdo con la presencia de síntomas en pacientes con el diagnóstico de Enfermedad por reflujo gastroesofágico, se obtuvo 54 (67.5%) síntomas típicos, y 26 (32.5%) síntomas atípicos. (Ver tabla y gráfico 8)

En el apartado de Nivel de estrés en pacientes con reflujo gastroesofágico mediante escala de estrés percibido en el HGZ/UMF No. 8, observamos 25 (31.3%) no estrés, 28 (35.0%) estrés leve, 20 (25.0%) estrés moderado, 7 (8.8%) estrés severo. [Ver tabla y gráfica 9].

En la sección edad en rangos y nivel de estrés pacientes con reflujo gastroesofágico mediante escala de estrés percibido en HGZ/MF No 8, se registró: rango de edad 18 a 40

años: 16 (64.0%) no estrés, 12 (42.9%) estrés leve, 9 (45.0%) estrés moderado, 3 (42.9%) estrés severo, entre 41 a 60 años 6 (24.0%) no estrés, 13 (46.4%) estrés leve, 8 (40.0%) estrés moderado, 4 (57.1%) estrés severo, y en el grupo mayor de 60 años: 3 (12.0%) no estrés, 3(10.7%) estrés leve, 3 (15.0%) estrés moderado. [Ver tabla y grafica 10].

En la categoría de Sexo y nivel de estrés pacientes con reflujo gastroesofágico mediante escala de estrés percibido en HGZ/MF No 8 se analizó que el sexo femenino 19 (76.0%) no estrés, 17 (60.7%) estrés leve, 17 (85.0%) estrés moderado, 6 (85.7%) estrés severo, mientras que el sexo masculino 6 (24.0%) no estrés, 11 (39.3%) estrés leve, 3 (15.0%) estrés moderado, 1(14.3%) estrés severo. . [Ver tabla y gráfica 11]

En el bloque de escolaridad y nivel de estrés pacientes con reflujo gastroesofágico mediante escala de estrés percibido en HGZ/MF No 8 se identificó lo siguiente: Primaria: 4 (16.0%) no estrés, 1 (3.6%) estrés leve, 1 (14.3%) estrés severo. Secundaria: 11 (44.0%) no estrés, 16 (57.1%) estrés leve, 7 (35.0%) estrés moderado, 1 (14.3%) estrés severo. Preparatoria: 8 (32.0%) no estrés, 9 (32.1%) estrés leve, 8 (40,0%) estrés moderado, 3 (42.9%) estrés severo. Licenciatura o más: 2 (8.0%) no estrés, 2 (7.1%) estrés leve, 5 (25.0%) estrés moderado, 2 (28.6%) estrés severo. [Ver tabla y grafica 12].

En relación con Ocupación y nivel de estrés pacientes con reflujo gastroesofágico mediante escala de estrés percibido en HGZ/MF No 8 se obtuvo: Empleado 19 (76%) no estrés, 26 (92.9%) estrés leve, 13 (65.0%) estrés moderado, 6 (85.7%) estrés severo. Desempleado: 6(24.4%) no estrés, 2 (7.1%) estrés leve, 7 (35.0%) estrés moderado, 1 (14.3%) estrés severo. [Ver tabla y grafica 13].

En el rubro de Estado Civil y nivel de estrés pacientes con reflujo gastroesofágico mediante escala de estrés percibido en HGZ/MF No 8 se aprecia: Soltero 9 (36.0%) no estrés, 14 (50.0%) estrés leve, 9 (45.0%) estrés moderado, 1 (14.3%) estrés severo. Casado: 13 (52.0%) no estrés, 11 (39.3%) estrés leve, 8 (40.0%) estrés moderado, 2 (28.6%) estrés severo. Otro: 3 (12.0%) no estrés, 3 (10.7%) estrés leve, 3 (15.0%) estrés moderado, 4 (57.1%) estrés severo. [Ver tabla y grafica 14].

Respecto a Religión y nivel de estrés pacientes con reflujo gastroesofágico mediante escala de estrés percibido en HGZ/MF No 8 se encontró lo siguiente: Creyentes 21 (84.1%) no estrés, 24 (85.7%) estrés leve, 19 (95.0%) estrés moderado, 7 (100%) estrés severo, No creyentes: 4 (16.0%) no estrés, 4 (14.3%) estrés leve, 1 (5.0%) estrés moderado. [Ver tabla y grafica 15].

En lo referente a años de evolución en rangos y nivel de estrés pacientes con reflujo gastroesofágico mediante escala de estrés percibido en HGZ/MF No 8 se describió lo siguiente: En el rango cero a 5 años, 11 (44.0%) no estrés, 13 (46.4%) estrés leve, 10 (50.0%) estrés moderado, 2 (28.6%) estrés severo. De 6 a 10 años: 9 (36.0%) no estrés, 8 (28.6%) estrés leve, 6 (30.0%) estrés moderado, 2 (28.6%) estrés severo y en el grupo de más de 10 años: 5(20.0%) No estrés, 7 (25.0%) estrés leve, 4 (20.0%) estrés moderado, 3 (42.9%) estrés severo. [Ver tabla y grafica 16].

En la sección Presencia de síntomas y nivel de estrés pacientes con reflujo gastroesofágico mediante escala de estrés percibido en HGZ/MF No 8 se reportó: Presencia de síntomas típicos 22 (88.0%) no estrés, 24 (85.7%) estrés leve, 7 (35.0%) estrés moderado, 1 (14.3%) estrés severo, Presencia de síntomas atípicos: 3 (12.0%) no estrés, 4 (14.3%) estrés leve, 13 (65.0%) estrés moderado, 6 (85.7%) estrés severo. [Ver tabla y grafica 17].

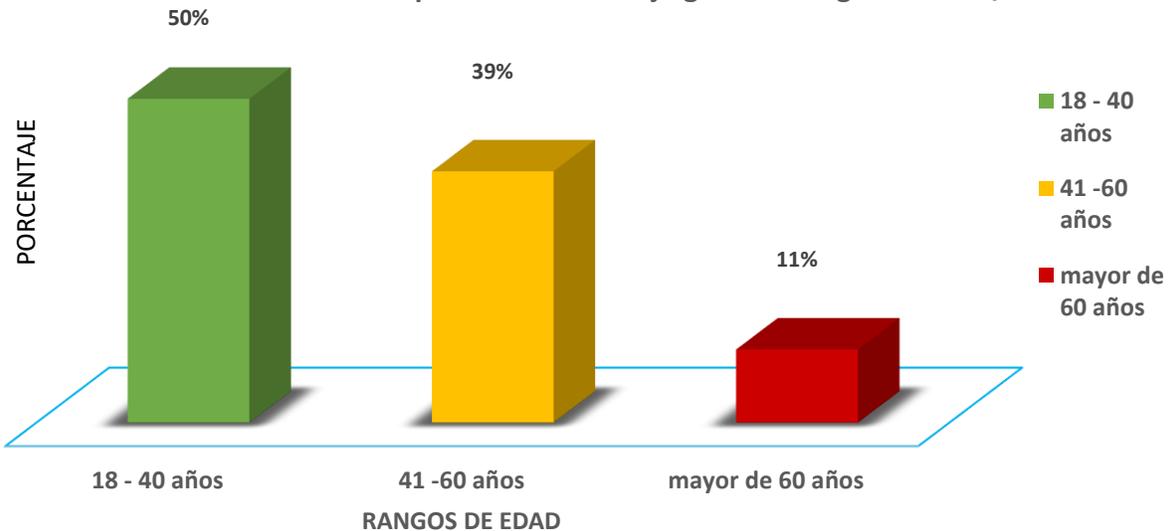
TABLAS Y GRÁFICAS

Tabla 1. Edad en paciente con reflujo gastroesofágico en HGZ/MF No 8

Edad en rangos	Frecuencia	Porcentaje (%)
18 - 40 años	40	50
41 -60 años	31	39
mayor de 60 años	9	11
Total	80	100

Fuente: n=80 García-R KD, Espinoza-A G, Vilchis-C E, Pineda-C JL. Evaluación del nivel de estrés en pacientes con enfermedad por reflujo gastroesofágico, en el Hospital General de Zona con Unidad de Medicina Familiar No. 8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo" 2020.

Gráfico 1. Edad en paciente con reflujo gastroesofágico en HGZ/MF No 8



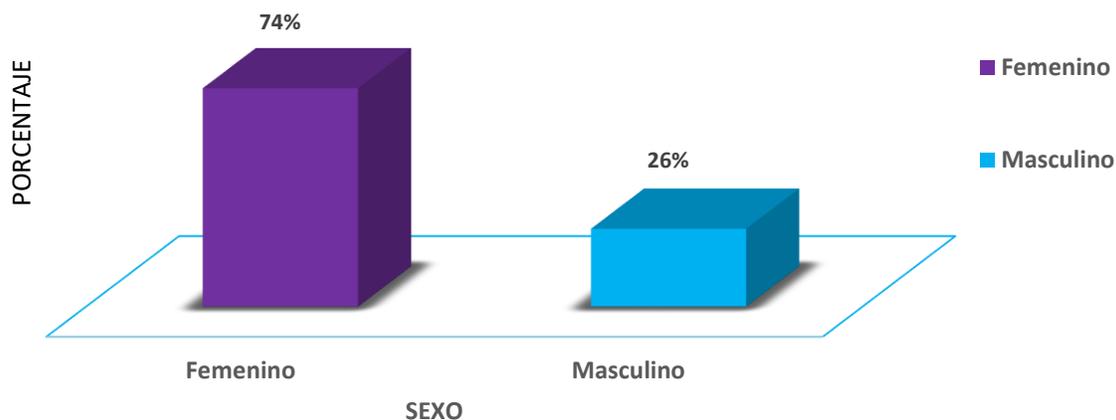
Hospital General de Zona con Unidad de Medicina Familiar No. 8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo" 2020.

Tabla 2. Sexo en paciente con reflujo gastroesofágico en HGZ/MF No 8

Sexo	Frecuencia	Porcentaje (%)
Femenino	59	74
Masculino	21	26
Total	80	100

Fuente: n=80 García-R KD, Espinoza-A G, Vilchis-C E, Pineda-C JL. Evaluación del nivel de estrés en pacientes con enfermedad por reflujo gastroesofágico, en el Hospital General de Zona con Unidad de Medicina Familiar No. 8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo" 2020.

Gráfico 2. Sexo en paciente con reflujo gastroesofágico en HGZ/MF No 8



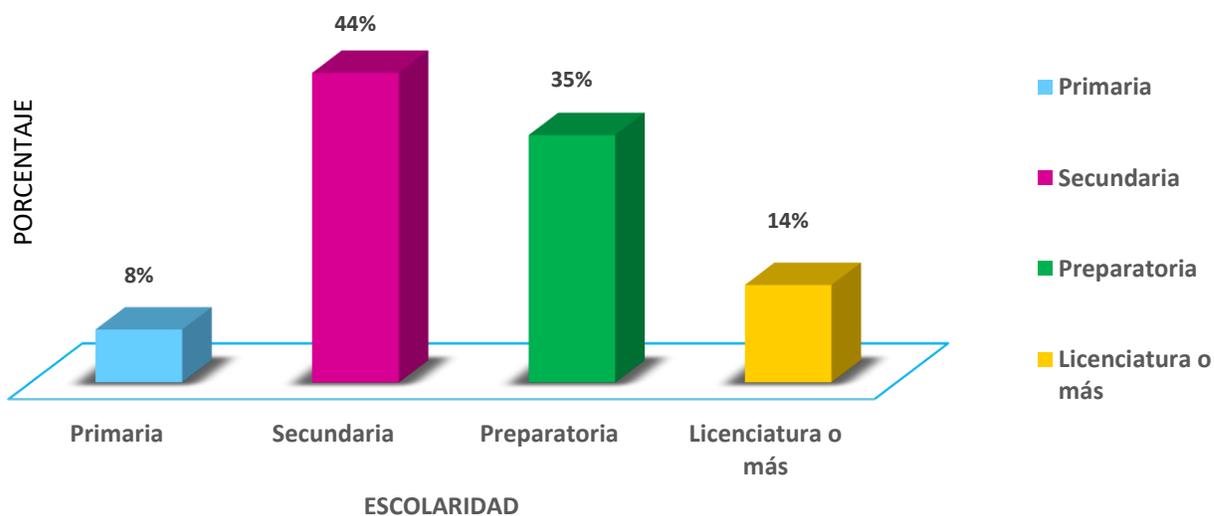
Fuente: n=80 García-R KD, Espinoza-A G, Vilchis-C E, Pineda-C JL. Evaluación del nivel de estrés en pacientes con enfermedad por reflujo gastroesofágico, en el Hospital General de Zona con Unidad de Medicina Familiar No. 8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo" 2020.

TABLA 3. Escolaridad en paciente con reflujo gastroesofágico en HGZ/MF No 8

Escolaridad	Frecuencia	Porcentaje (%)
Primaria	6	8
Secundaria	35	44
Preparatoria	28	35
Licenciatura o más	11	14

Fuente: n=80 García-R KD, Espinoza-A G, Vilchis-C E, Pineda-C JL. Evaluación del nivel de estrés en pacientes con enfermedad por reflujo gastroesofágico, en el Hospital General de Zona con Unidad de Medicina Familiar No. 8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo" 2020.

Gráfico 3. Escolaridad en paciente con reflujo gastroesofágico en HGZ/MF No 8



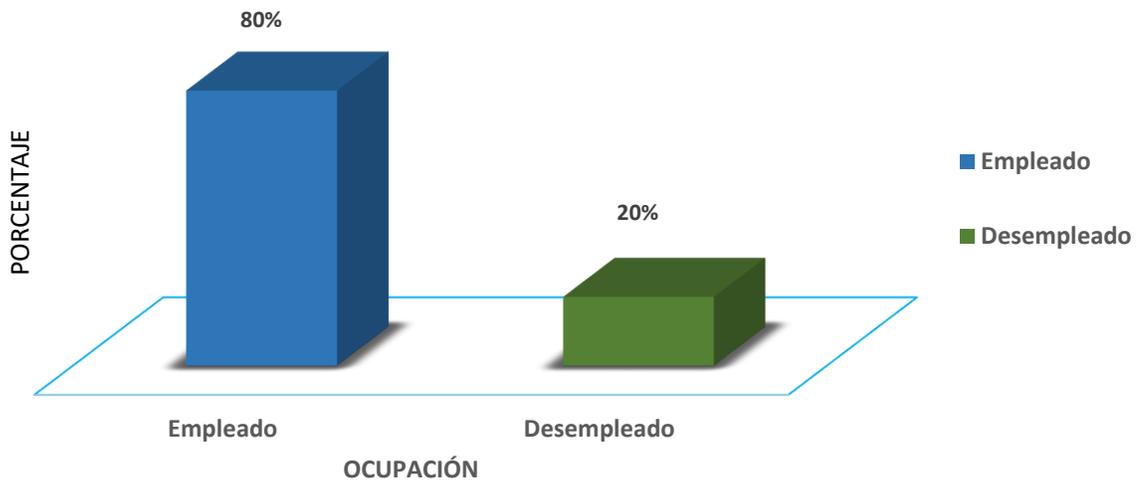
Fuente: n=80 García-R KD, Espinoza-A G, Vilchis-C E, Pineda-C JL. Evaluación del nivel de estrés en pacientes con enfermedad por reflujo gastroesofágico, en el Hospital General de Zona con Unidad de Medicina Familiar No. 8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo" 2020.

Tabla 4. Ocupación en pacientes con reflujo gastroesofágico en HGZ/MF No 8

Ocupación	Frecuencia	Porcentaje (%)
Empleado	64	80
Desempleado	16	20
Total	80	100

Fuente: n=80 García-R KD, Espinoza-A G, Vilchis-C E, Pineda-C JL. Evaluación del nivel de estrés en pacientes con enfermedad por reflujo gastroesofágico, en el Hospital General de Zona con Unidad de Medicina Familiar No. 8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo" 2020.

Gráfico 4. Ocupación en pacientes con reflujo gastroesofágico en HGZ/MF No 8



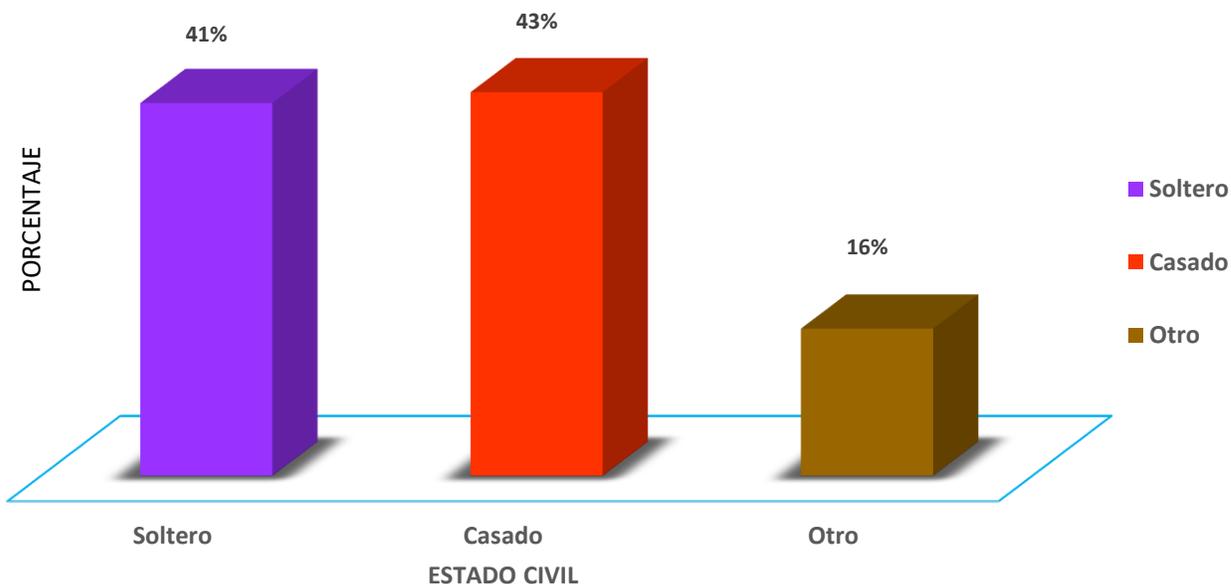
Fuente: n=80 García-R KD, Espinoza-A G, Vilchis-C E, Pineda-C JL. Evaluación del nivel de estrés en pacientes con enfermedad por reflujo gastroesofágico, en el Hospital General de Zona con Unidad de Medicina Familiar No. 8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo" 2020.

Tabla 5. Estado civil en pacientes con reflujo gastroesofágico en HGZ/MF No 8

Estado Civil	Frecuencia	Porcentaje (%)
Soltero	33	41
Casado	34	43
Otro	13	16
Total	80	100

Fuente: n=80 García-R KD, Espinoza-A G, Vilchis-C E, Pineda-C JL. Evaluación del nivel de estrés en pacientes con enfermedad por reflujo gastroesofágico, en el Hospital General de Zona con Unidad de Medicina Familiar No. 8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo" 2020.

Gráfico 5. Estado civil en pacientes con reflujo gastroesofágico en HGZ/MF No 8



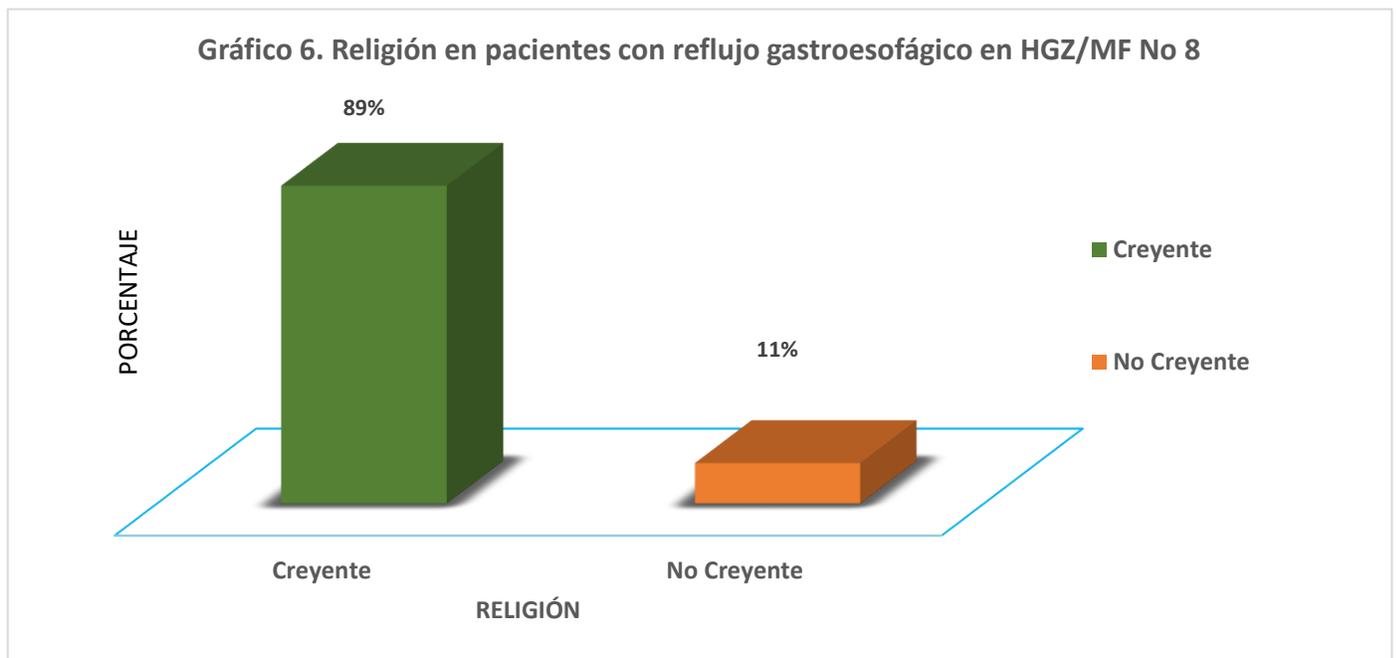
Fuente: n=80 García-R KD, Espinoza-A G, Vilchis-C E, Pineda-C JL. Evaluación del nivel de estrés en pacientes con enfermedad por reflujo gastroesofágico, en el Hospital General de Zona con Unidad de Medicina Familiar No. 8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo" 2020.

Tabla 6. Religión en pacientes con reflujo gastroesofágico en HGZ/MF No 8

Religión	Frecuencia	Porcentaje (%)
Creyente	71	89
No Creyente	9	11
Total	80	100

Fuente: n=80 García-R KD, Espinoza-A G, Vilchis-C E, Pineda-C JL. Evaluación del nivel de estrés en pacientes con enfermedad por reflujo gastroesofágico, en el Hospital General de Zona con Unidad de Medicina Familiar No. 8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo" 2020.

Gráfico 6. Religión en pacientes con reflujo gastroesofágico en HGZ/MF No 8



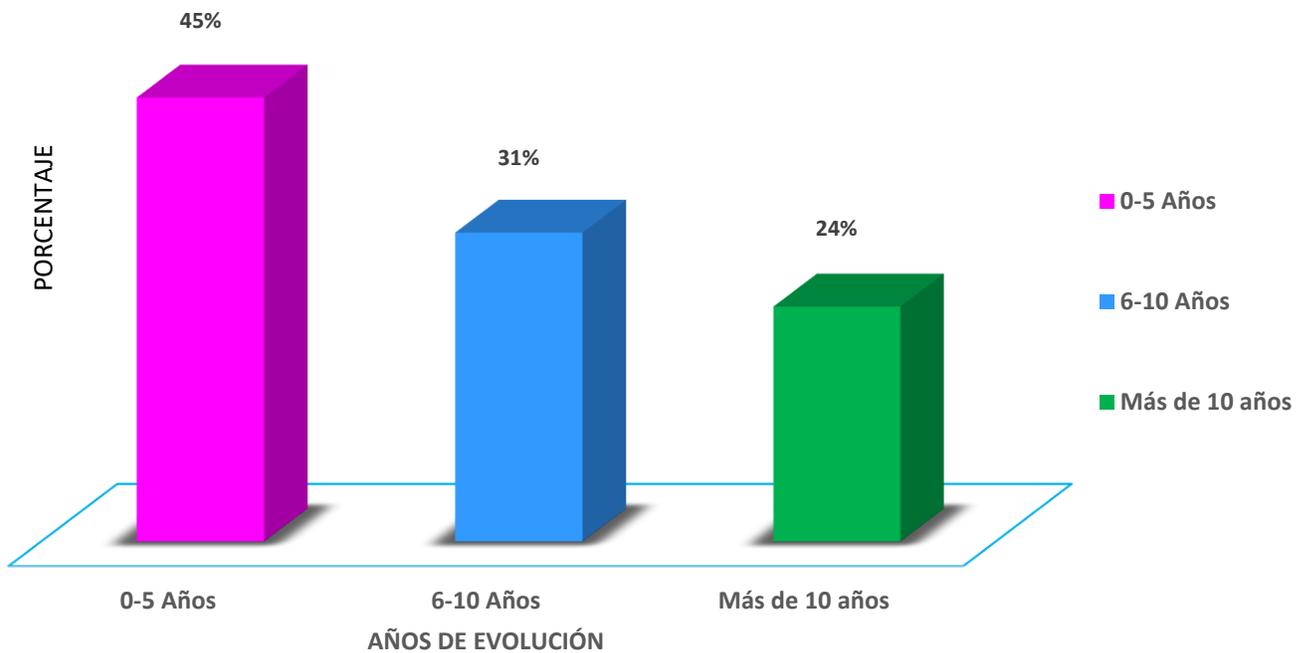
Fuente: n=80 García-R KD, Espinoza-A G, Vilchis-C E, Pineda-C JL. Evaluación del nivel de estrés en pacientes con enfermedad por reflujo gastroesofágico, en el Hospital General de Zona con Unidad de Medicina Familiar No. 8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo" 2020.

Tabla 7. Rango de años de evolución en pacientes con reflujo gastroesofágico en HGZ/MF No 8

Años de evolución	Frecuencia	Porcentaje (%)
0-5 Años	36	45
6-10 Años	25	31
Más de 10 años	19	24
Total	80	100

Fuente: n=80 García-R KD, Espinoza-A G, Vilchis-C E, Pineda-C JL. Evaluación del nivel de estrés en pacientes con enfermedad por reflujo gastroesofágico, en el Hospital General de Zona con Unidad de Medicina Familiar No. 8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo" 2020.

Gráfico 7. Rango de años de evolución en pacientes con reflujo gastroesofágico en HGZ/MF No 8



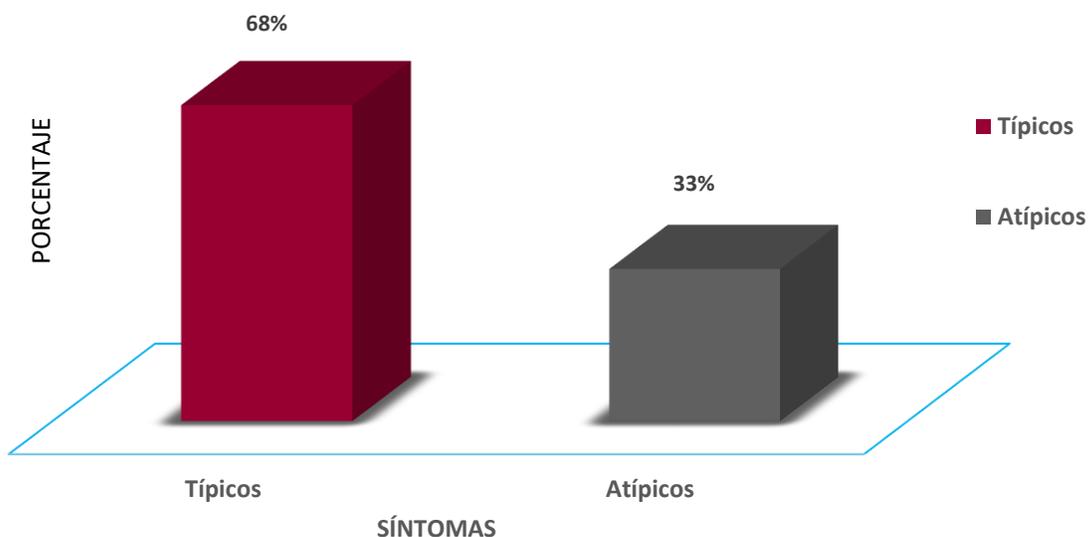
Fuente: n=80 García-R KD, Espinoza-A G, Vilchis-C E, Pineda-C JL. Evaluación del nivel de estrés en pacientes con enfermedad por reflujo gastroesofágico, en el Hospital General de Zona con Unidad de Medicina Familiar No. 8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo" 2020.

Tabla 8. Presencia de síntomas en pacientes con reflujo gastroesofágico en HGZ/MF No 8

Síntomas	Frecuencia	Porcentaje (%)
Típicos	54	68
Atípicos	26	33
Total	80	100

Fuente: n=80 García-R KD, Espinoza-A G, Vilchis-C E, Pineda-C JL. Evaluación del nivel de estrés en pacientes con enfermedad por reflujo gastroesofágico, en el Hospital General de Zona con Unidad de Medicina Familiar No. 8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo" 2020.

Gráfico 8. Presencia de síntomas en pacientes con reflujo gastroesofágico en HGZ/MF No 8



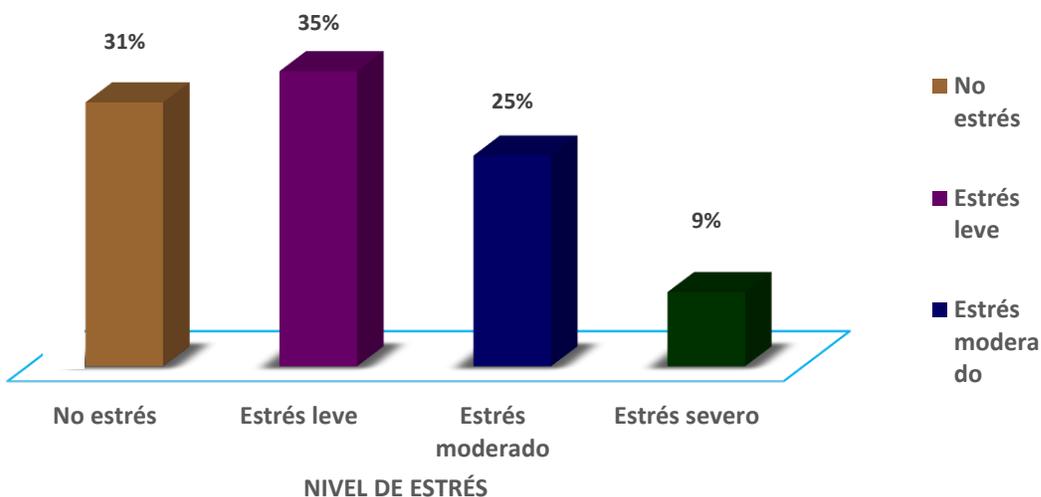
Fuente: n=80 García-R KD, Espinoza-A G, Vilchis-C E, Pineda-C JL. Evaluación del nivel de estrés en pacientes con enfermedad por reflujo gastroesofágico, en el Hospital General de Zona con Unidad de Medicina Familiar No. 8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo" 2020.

Tabla 9. Nivel de estrés en pacientes con reflujo gastroesofágico mediante escala de estrés percibido en HGZ/MF No 8

Nivel de estrés	Frecuencia	Porcentaje (%)
No estrés	25	31
Estrés leve	28	35
Estrés moderado	20	25
Estrés severo	7	9
Total	80	100

Fuente: n=80 García-R KD, Espinoza-A G, Vilchis-C E, Pineda-C JL. Evaluación del nivel de estrés en pacientes con enfermedad por reflujo gastroesofágico, en el Hospital General de Zona con Unidad de Medicina Familiar No. 8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo" 2020.

Gráfico 9. Nivel de estrés en pacientes con reflujo gastroesofágico mediante escala de estrés percibido



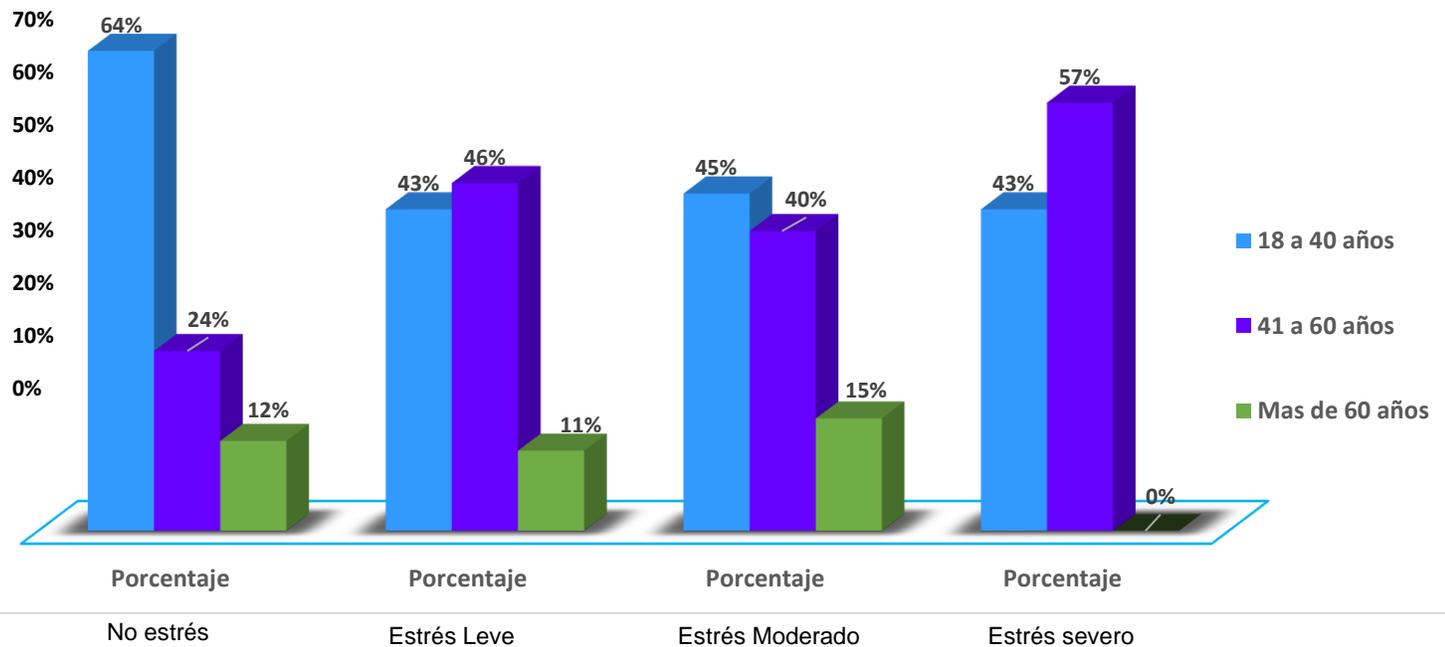
Fuente: n=80 García-R KD, Espinoza-A G, Vilchis-C E, Pineda-C JL. Evaluación del nivel de estrés en pacientes con enfermedad por reflujo gastroesofágico, en el Hospital General de Zona con Unidad de Medicina Familiar No. 8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo" 2020.

Tabla 10. Edad en rangos y nivel de estrés en pacientes con reflujo gastroesofágico mediante escala de estrés percibido en HGZ/MF No 8

Escala de estrés percibido								
Concepto	No estrés		Estrés Leve		Estrés moderado		Estrés severo	
Rangos	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
18 a 40 años	16	64%	12	43%	9	45%	3	43%
41 a 60 años	6	24%	13	46%	8	40%	4	57%
Mas de 60 años	3	12%	3	11%	3	15%	0	0%
Total	25	100%	28	100%	20	100%	7	100%

Fuente: n=80 García-R KD, Espinoza-A G, Vilchis-C E, Pineda-C JL. Evaluación del nivel de estrés en pacientes con enfermedad por reflujo gastroesofágico, en el Hospital General de Zona con Unidad de Medicina Familiar No. 8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo" 2020.

Tabla 9. Edad en rangos y nivel de estrés en pacientes con reflujo gastroesofágico mediante escala de estrés percibido



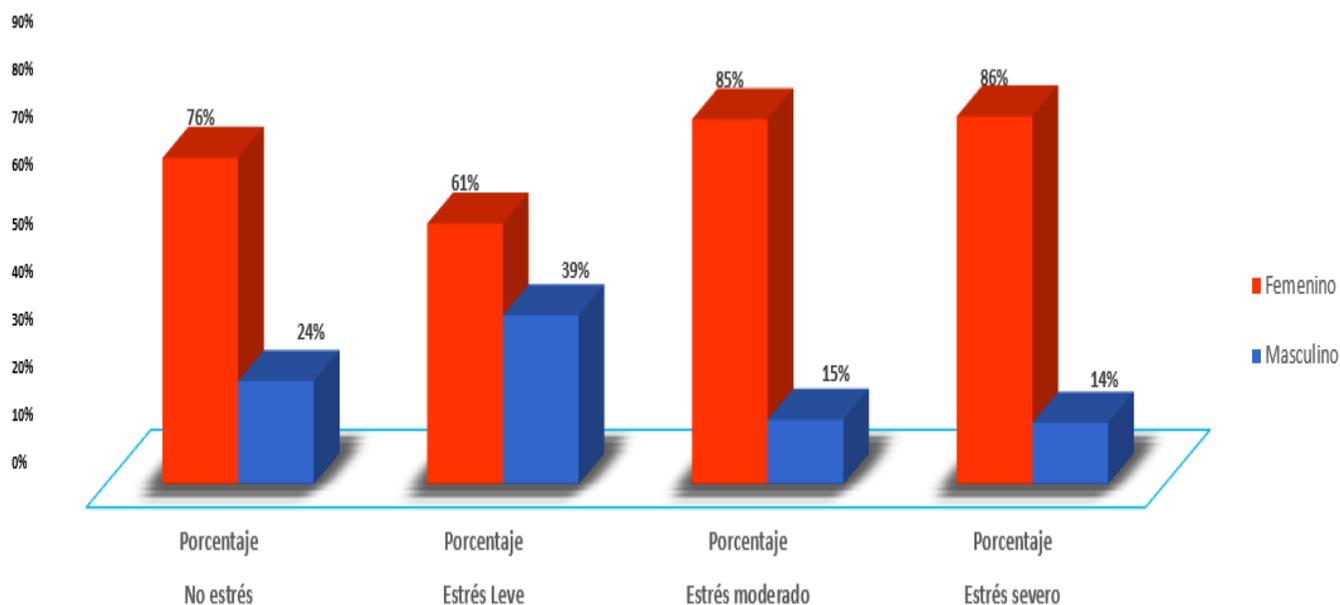
Fuente: n=80 García-R KD, Espinoza-A G, Vilchis-C E, Pineda-C JL. Evaluación del nivel de estrés en pacientes con enfermedad por reflujo gastroesofágico, en el Hospital General de Zona con Unidad de Medicina Familiar No. 8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo" 2020.

Tabla 11. Sexo y nivel de estrés en pacientes con reflujo gastroesofágico mediante escala de estrés percibido en HGZ/MF No 8

Escala de estrés percibido								
Concepto	No estrés		Estrés Leve		Estrés moderado		Estrés severo	
Sexo	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Femenino	19	76%	17	61%	17	85%	6	86%
Masculino	6	24%	11	39%	3	15%	1	14%
Total	25	100%	28	100%	20	100%	7	100%

Fuente: n=80 García-R KD, Espinoza-A G, Vilchis-C E, Pineda-C JL. Evaluación del nivel de estrés en pacientes con enfermedad por reflujo gastroesofágico, en el Hospital General de Zona con Unidad de Medicina Familiar No. 8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo" 2020.

Tabla 11. Sexo y nivel de estrés en pacientes con reflujo gastroesofágico mediante escala de estrés percibido.



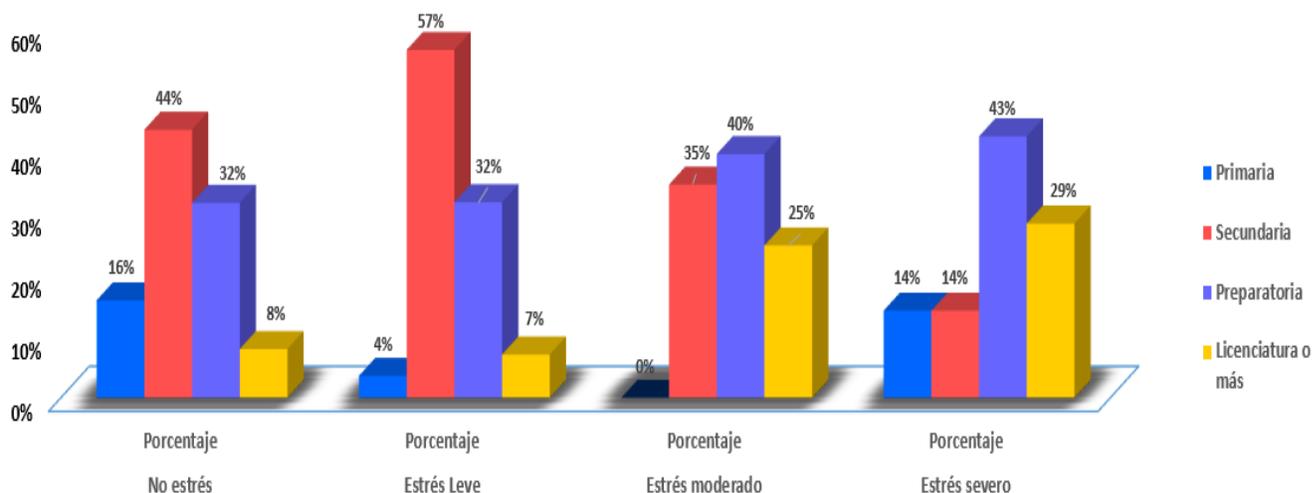
Fuente: n=80 García-R KD, Espinoza-A G, Vilchis-C E, Pineda-C JL. Evaluación del nivel de estrés en pacientes con enfermedad por reflujo gastroesofágico, en el Hospital General de Zona con Unidad de Medicina Familiar No. 8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo" 2020.

Tabla 12. Escolaridad y nivel de estrés en pacientes con reflujo gastroesofágico mediante escala de estrés percibido en HGZ/MF No 8

Escala de estrés percibido								
Concepto	No estrés		Estrés Leve		Estrés moderado		Estrés severo	
Escolaridad	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Primaria	4	16%	1	4%	0	0%	1	14%
Secundaria	11	44%	16	57%	7	35%	1	14%
Preparatoria	8	32%	9	32%	8	40%	3	43%
Licenciatura o más	2	8%	2	7%	5	25%	2	29%
Total	25	100%	28	100%	20	100%	7	100%

Fuente: n=80 García-R KD, Espinoza-A G, Vilchis-C E, Pineda-C JL. Evaluación del nivel de estrés en pacientes con enfermedad por reflujo gastroesofágico, en el Hospital General de Zona con Unidad de Medicina Familiar No. 8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo" 2020.

Tabla 12. Escolaridad y nivel de estrés en pacientes con reflujo gastroesofágico mediante escala de estrés percibido



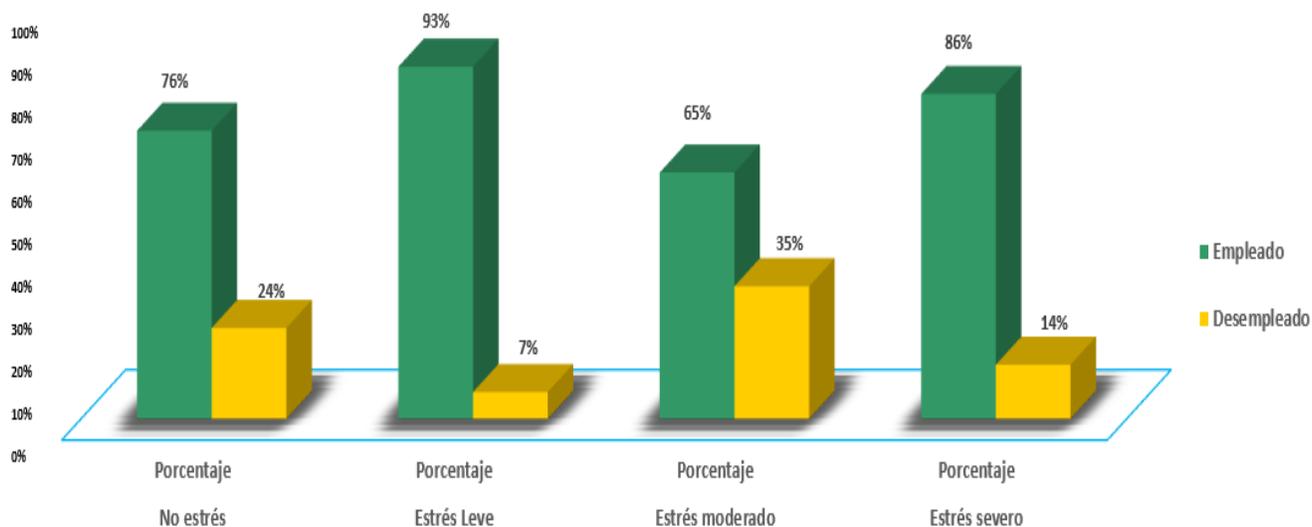
Fuente: n=80 García-R KD, Espinoza-A G, Vilchis-C E, Pineda-C JL. Evaluación del nivel de estrés en pacientes con enfermedad por reflujo gastroesofágico, en el Hospital General de Zona con Unidad de Medicina Familiar No. 8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo" 2020.

Tabla 13. Ocupación y nivel de estrés en pacientes con reflujo gastroesofágico mediante escala de estrés percibido en HGZ/MF No 8

Escala de estrés percibido								
Concepto	No estrés		Estrés Leve		Estrés moderado		Estrés severo	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Empleado	19	76%	26	93%	13	65%	6	86%
Desempleado	6	24%	2	7%	7	35%	1	14%
Total	25	100%	28	100%	20	100%	7	100%

Fuente: n=80 García-R KD, Espinoza-A G, Vilchis-C E, Pineda-C JL. Evaluación del nivel de estrés en pacientes con enfermedad por reflujo gastroesofágico, en el Hospital General de Zona con Unidad de Medicina Familiar No. 8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo" 2020.

Tabla 13. Ocupación y nivel de estrés en pacientes con reflujo gastroesofágico mediante escala de estrés percibido



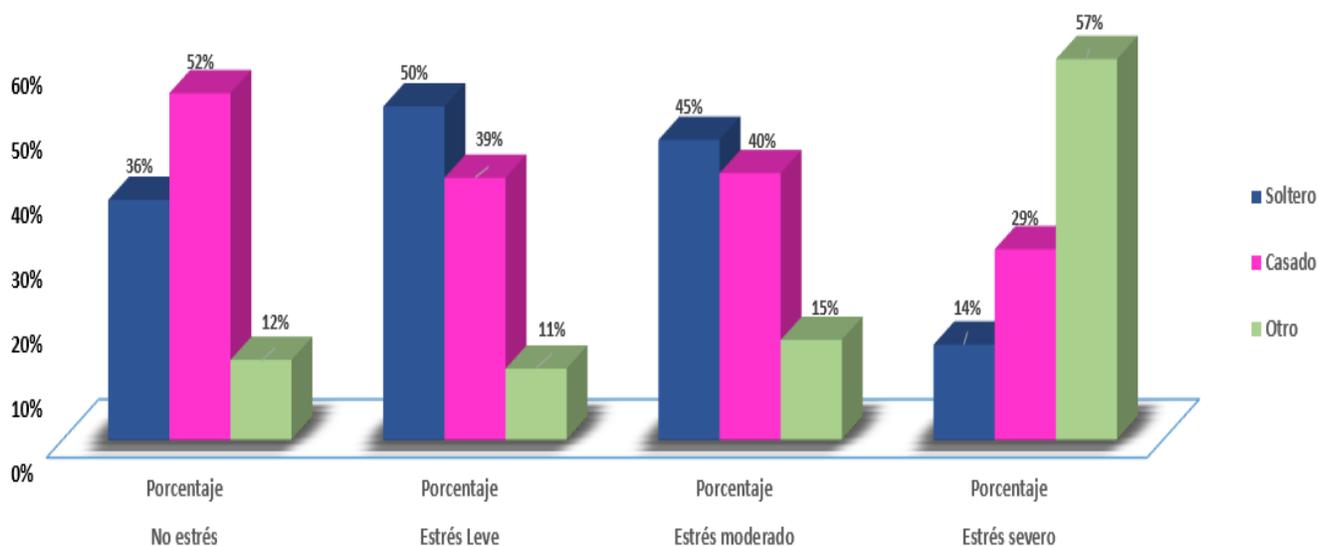
Fuente: n=80 García-R KD, Espinoza-A G, Vilchis-C E, Pineda-C JL. Evaluación del nivel de estrés en pacientes con enfermedad por reflujo gastroesofágico, en el Hospital General de Zona con Unidad de Medicina Familiar No. 8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo" 2020.

Tabla 14. Estado Civil y nivel de estrés en pacientes con reflujo gastroesofágico mediante escala de estrés percibido en HGZ/MF No 8

Escala de estrés percibido								
Concepto	No estrés		Estrés Leve		Estrés moderado		Estrés severo	
Estado Civil	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Soltero	9	36%	14	50%	9	45%	1	14%
Casado	13	52%	11	39%	8	40%	2	29%
Otro	3	12%	3	11%	3	15%	4	57%
Total	25	100%	28	100%	20	100%	7	100%

Fuente: n=80 García-R KD, Espinoza-A G, Vilchis-C E, Pineda-C JL. Evaluación del nivel de estrés en pacientes con enfermedad por reflujo gastroesofágico, en el Hospital General de Zona con Unidad de Medicina Familiar No. 8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo" 2020.

Tabla 14. Estado Civil y nivel de estrés en pacientes con reflujo gastroesofágico mediante escala de estrés percibido



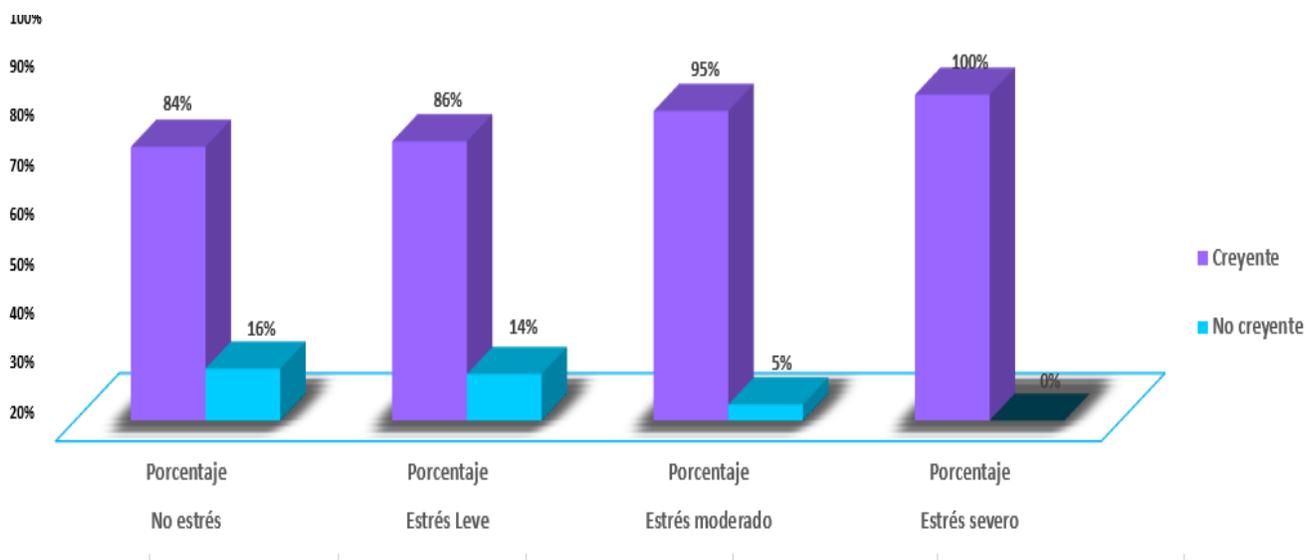
Fuente: n=80 García-R KD, Espinoza-A G, Vilchis-C E, Pineda-C JL. Evaluación del nivel de estrés en pacientes con enfermedad por reflujo gastroesofágico, en el Hospital General de Zona con Unidad de Medicina Familiar No. 8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo" 2020.

Tabla 15. Religión y nivel de estrés en pacientes con reflujo gastroesofágico mediante escala de estrés percibido en HGZ/MF No 8

Escala de estrés percibido								
Concepto	No estrés		Estrés Leve		Estrés moderado		Estrés severo	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Creyente	21	84%	24	86%	19	95%	7	100%
No creyente	4	16%	4	14%	1	5%	0	0%
Total	25	100%	28	100%	20	100%	7	100%

Fuente: n=80 García-R KD, Espinoza-A G, Vilchis-C E, Pineda-C JL. Evaluación del nivel de estrés en pacientes con enfermedad por reflujo gastroesofágico, en el Hospital General de Zona con Unidad de Medicina Familiar No. 8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo" 2020.

Tabla 15. Religión y nivel de estrés en pacientes con reflujo gastroesofágico mediante escala de estrés percibido



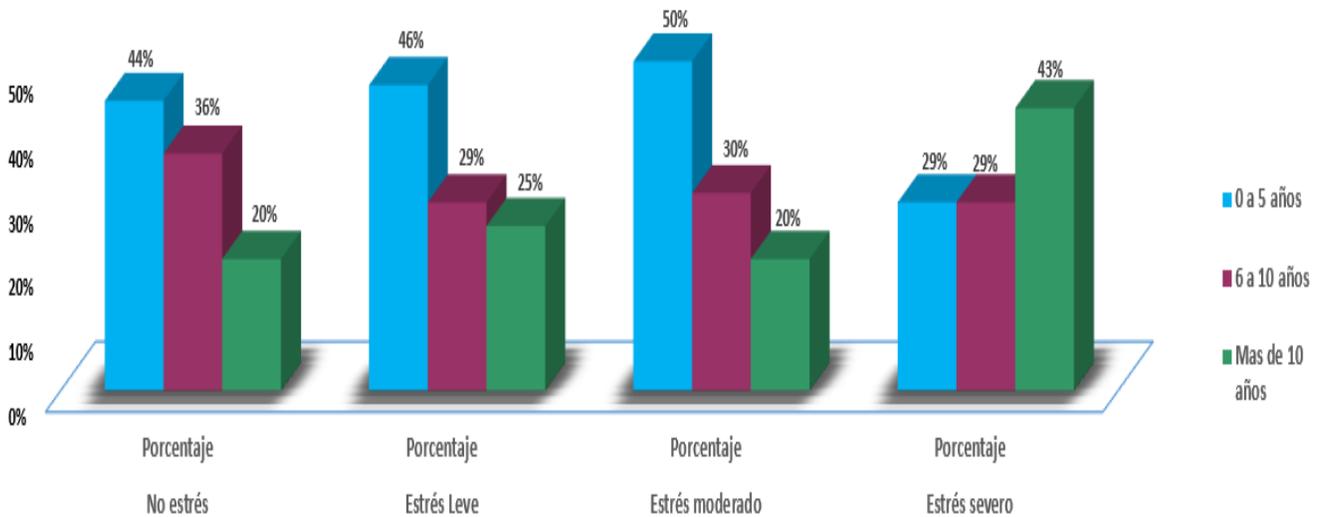
Fuente: n=80 García-R KD, Espinoza-A G, Vilchis-C E, Pineda-C JL. Evaluación del nivel de estrés en pacientes con enfermedad por reflujo gastroesofágico, en el Hospital General de Zona con Unidad de Medicina Familiar No. 8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo" 2020.

Tabla 16. Años de evolución en rangos y nivel de estrés en pacientes con reflujo gastroesofágico mediante escala de estrés percibido en HGZ/MF No 8

Escala de estrés percibido								
Concepto	No estrés		Estrés Leve		Estrés moderado		Estrés severo	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Años de evolución en rangos								
0 a 5 años	11	44%	13	46%	10	50%	2	29%
6 a 10 años	9	36%	8	29%	6	30%	2	29%
Mas de 10 años	5	20%	7	25%	4	20%	3	43%
Total	25	100%	28	100%	20	100%	7	100%

Fuente: n=80 García-R KD, Espinoza-A G, Vilchis-C E, Pineda-C JL. Evaluación del nivel de estrés en pacientes con enfermedad por reflujo gastroesofágico, en el Hospital General de Zona con Unidad de Medicina Familiar No. 8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo" 2020.

Tabla 16. Años de evolución en rangos y nivel de estrés en pacientes con reflujo gastroesofágico mediante escala de estrés percibido



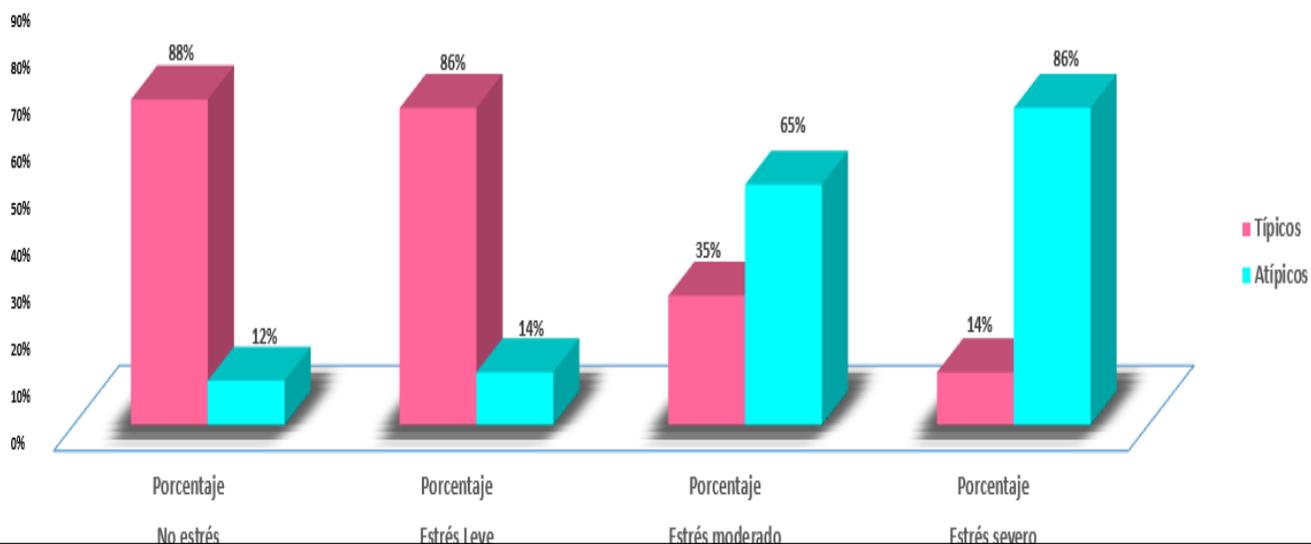
Fuente: n=80 García-R KD, Espinoza-A G, Vilchis-C E, Pineda-C JL. Evaluación del nivel de estrés en pacientes con enfermedad por reflujo gastroesofágico, en el Hospital General de Zona con Unidad de Medicina Familiar No. 8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo" 2020.

Tabla 17. Presencia de síntomas y nivel de estrés en pacientes con reflujo gastroesofágico mediante escala de estrés percibido en HGZ/MF No 8

Escala de estrés percibido								
Concepto	No estrés		Estrés Leve		Estrés moderado		Estrés severo	
Presencia de síntomas	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Típicos	22	88%	24	86%	7	35%	1	14%
Atípicos	3	12%	4	14%	13	65%	6	86%
Total	25	100%	28	100%	20	100%	7	100%

Fuente: n=80 García-R KD, Espinoza-A G, Vilchis-C E, Pineda-C JL. Evaluación del nivel de estrés en pacientes con enfermedad por reflujo gastroesofágico, en el Hospital General de Zona con Unidad de Medicina Familiar No. 8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo" 2020.

Tabla 17. Presencia de síntomas y nivel de estrés en pacientes con reflujo gastroesofágico mediante escala de estrés percibido



Fuente: n=80 García-R KD, Espinoza-A G, Vilchis-C E, Pineda-C JL. Evaluación del nivel de estrés en pacientes con enfermedad por reflujo gastroesofágico, en el Hospital General de Zona con Unidad de Medicina Familiar No. 8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo" 2020.

DISCUSIÓN

Rey, E, Moreno C, Rodríguez E, et al. En su artículo "Prevalencia de los síntomas atípicos y su asociación con los síntomas típicos del reflujo gastroesofágico" en España del año 2016, se obtienen los siguientes resultados: Edad media 53 años, predominio de sexo femenino 52.6%, y presencia de síntomas típicos 62.8%, y síntomas atípicos 37.2%. En nuestro estudio se encontraron los siguientes resultados se identificó predominio de sexo femenino 73.8%, con una media de 41.95 años. Presencia de síntomas típicos 67.5% y 32.5% síntomas atípicos. Encontrando similitud en porcentaje de sexo predominante y conciencia en prevalencia de síntomas típicos y atípicos, la disparidad en edad se puede atribuirse a las características demográficas de los países ya que es bien conocido que, aunque compartimos características genéticas y culturales con España la estructura demográfica y envejecimiento en Europa es mayor que en América.

En el artículo Escala de tolerancia al estrés: propiedades psicométricas en muestra mexicana y relación con estrés percibido y edad de González M, Hernández R, Quezada L. 2019, Se aprecian los siguientes resultados predominio de sexo femenino 71.6%, en el apartado de estado civil soltero 47.1, casado 45.8, otro 7.1, y en el apartado de rango de edad obtenemos menos de 24 41.4%, 25-34 5.3%, 35-44 26.2%, 45-54 22.2%, mayor 55 4.9%, en nuestro estudio se reportó lo siguiente predominio femenino 73.8%, en el apartado de estado civil soltero 47%, casado 45%, otro 7.1%, y el rubro de rango de edad 18-40 50%, 41-60 38.8% mayor de 60 11.2%, se encontraron varias similitudes en este estudio ya que al ser población mexicana, las características demográficas están bien establecidas y concuerdan, además podemos apreciar que predomina el sector de la población joven o trabajadora por lo que es posible probar programas de intervenciones diferentes grupos de edad.

En el estudio realizado por Delshad Sean D et al cols en 2020 "Prevalencia de los síntomas refractarios en enfermedad por reflujo gastroesofágico y uso de inhibidores de la bomba de protones". (USA) se determinó lo siguiente de acuerdo con la escolaridad primaria 4.2% secundaria 21.5%, preparatoria 30.9%, universidad y maestría 43.4% y en cuanto al estado civil se analizó soltero 24.5%, casado 16.1%, otro 59.4%, nuestros resultados fueron primaria 7.5% secundaria 43.8%, preparatoria 35%, y licenciatura o más 13.8%, y en el apartado de estado civil soltero 41%, casado 43%, otro 16%, mostrando resultados bastantes parecidos en cuanto a los niveles de escolaridad básicos sin embargo notamos discrepancia en los niveles superiores ya que es marcado el aumento de estos referente a las características del primer mundo, por ende cuantos más estudios tenga una persona estará sometida a mayor estrés debido a las exigencias del grado, por otro lado notamos las características del estado civil siendo mayormente divorciado, separado o viudo, las cuales tienden a conducir al paciente a un periodo de vulnerabilidad que le confiere falta de apoyo y por ende descontrol, de su enfermedad y aumento de los síntomas.

Song EM, Jung HK, Jung JM. La Asociación entre esofagitis por reflujo y estrés psicosocial. Corea año 2016 se reportó, 920 participantes que presentaban nivel de estrés alto fueron de predominio femenino 56.6% entre 32-42 años, en cuanto a nuestro estudio observamos nivel de estrés alto en población femenina 85.7%, estas diferencias son atribuibles debido a que el número de participantes en este estudio es mayor, sin embargo el predominio de sexo femenino y el predominio de jóvenes es mayor en el grupo de estrés, lo cual concuerda con nuestros resultados obtenidos. El presente estudio sugiere claramente que el estrés psicosocial podría tener una relación significativa con la esofagitis por reflujo y puede desempeñar un papel potencial en la presentación de los síntomas e historia natural. Los médicos deben ser sensibles a la asociación entre el estrés y la esofagitis por reflujo y la posibilidad de que los pacientes con ERGE puedan tener problemas de salud psicosocial.

En 2019 Awadalla Nabil J en su artículo denominado "Las correlaciones personales, académicas y de estrés de la enfermedad por reflujo gastroesofágico entre los estudiantes universitarios en el suroeste de Arabia Saudita: Un estudio transversal" se menciona en contraste pacientes que no son estudiantes universitarios con estrés leve 20.2%, con estrés moderado 68.4%, y con estrés severo 11.3%, respectivamente en nuestro estudio se determinó sin presencia de estrés 31.3%, estrés leve 35%, estrés moderado 25%, estrés severo 8.8%, los resultados generan discrepancias debido a que los ingresos familiares insatisfactorios entre la población estaban asociados con algunos factores de estilo de vida, como el tabaquismo y la ingesta excesiva de dietas grasas que a su vez podría aumentar el riesgo de ERGE. Sin embargo, no debemos de dejar de tomar en cuenta que la exposición a el estrés aumenta la secreción de ácido gástrico, ralentiza y retrasa el vaciamiento gástrico lo que provoca reflujo.

La investigación presentada tiene una relevancia importante ya que en nuestro papel desempeñado como primer nivel de atención la enfermedad por reflujo gastroesofágico se encuentra entre los principales motivos de consulta y su incidencia va en aumento, al ser una enfermedad que puede ser diagnosticada clínicamente se debe y puede hacer un abordaje desde la primera consulta y así disminuir las consecuencias que conlleva la enfermedad, debemos darle la importancia a los síntomas psicológicos que los pacientes presentan ya que estos tienen relevancia e inciden en el control y evolución de la enfermedad.

Entre los sesgos y dificultades operativas de nuestro estudio se puede citar que debido a la actual pandemia de COVID 19 el hospital tuvo que adecuarse a las necesidades inmediatas que la población requería, así como tratar de disminuir el riesgo de contagio se optó por disminuir la cantidad de derechohabientes que acudían a diario a consulta externa de especialidades y de medicina familiar lo cual disminuyó la población y heterogeneidad de la muestra del estudio. Otro sesgo encontrado es la falta de datos como índice de masa corporal, calidad e higiene de sueño, tabaquismo, los cuales son datos que han sido relacionados con la presencia de estrés en estos pacientes y que pudieran darnos pauta a tener un abordaje más certero a los derechohabientes.

Entre las limitaciones de nuestro encontramos que debido a la disminución en los servicios de atención provocados por la pandemia no se pudieron tener acceso a los estudios endoscópicos de los pacientes para poder determinar la relación de su nivel de estrés con las características histológicas de la enfermedad la cual ha tenido una importante relación, al no permitirse el acceso a los consultorios para guardar la sana distancia no se pudieron corroborar los tratamientos que los pacientes llevan para poder evaluar si las dosis de medicamento administrado atenúan el efecto de estrés agudo en las funciones de estímulo-respuesta en los pacientes con ERGE.

Los hallazgos muestran una relación importante entre el nivel de estrés y enfermedad por reflujo gastroesofágico, con un predominio de sexo femenino, aumentando a medida que se obtienen más grados académicos, encontrándose en la población económicamente activa o ante una situación de separación o divorcio y disminuyendo a mayor edad. E ahí donde es importante la intervención entre los distintos estratos de la población para poder crear estrategias de intervención social que ayuden a mitigar los efectos causantes del estrés en la enfermedad.

En el rubro educativo las respuestas de afrontamiento constituyen un proceso transaccional entre la persona y su contexto mediante respuestas adaptativas y de autocontrol. El paradigma sociocultural se centra en las diferentes formas de categorizar el riesgo en función de factores demográficos, socioeconómicos y culturales. Debido a ello sería adecuada la implementación de talleres con ayuda del servicio de psicología para ayudar a las pacientes a poder afrontar los problemas familiares, laborales o sociales que repercuten en su enfermedad, y así poder disminuir la presencia de síntomas psicológicos.

En el área de investigación el trabajo servirá como punto de partida ante la escasez de estudios en español al respecto en muestra mexicana, comparando no solo el estrés si no diferentes entidades psicológicas que repercuten en la enfermedad y así tener un panorama amplio para poder hacer un manejo multidisciplinario con las distintas estancias que nos ofrece la institución.

Desde el punto de vista administrativo es de relevancia dejar de estigmatizar a los padecimientos psicológicos ya que se han demostrado las repercusiones económicas y sociales que estos conllevan, es por eso por lo que es de importancia la formulación y la ejecución de políticas, planes, legislación y servicios coherentes, integrales y eficaces en materia de salud mental. Así como capacitación especializada a los médicos de primer nivel para poder abordar a los pacientes ante estos problemas y desafíos.

CONCLUSIONES

En el presente estudio se cumplió el objetivo de evaluar el nivel de estrés en pacientes con enfermedad por reflujo gastroesofágico del Hospital General de Zona con Unidad de Medicina Familiar No 8 encontrando un grado leve de estrés.

Los resultados que se obtuvieron en el estudio fueron de acuerdo con las hipótesis planteadas con fines educativos, en la que se aceptó hipótesis de trabajo y se rechaza la hipótesis nula, por lo que se concluye que la mayoría de los pacientes con enfermedad por reflujo gastroesofágico presentan algún nivel de estrés, predominando el nivel leve, en el Hospital General de Zona con Unidad de Medicina Familiar No 8.

En este estudio se encontró que el sexo femenino predominó como población afectada y que la media de las edades se encontró en la quinta década de la vida, predominando los síntomas típicos.

Entre las recomendaciones que sugiero para los que decidan continuar con este proyecto de investigación son: tomar en cuenta los distintos esquemas de tratamiento y hacer énfasis en las medidas higiénico-dietéticas involucrar el consumo de alcohol y cigarro, índice de masa corporal y la higiene de sueño. Pudiendo también evaluar ansiedad y calidad de vida en los pacientes.

Ante la existencia de una desconexión con los síntomas psicológicos que los pacientes refieren ya que no son tomados en cuenta o no hay tiempo para escucharlos, estos repercuten en su padecer. En nuestro medio y nuestro papel como médicos familiares la comunicación centrada en el paciente afecta positivamente la satisfacción, memoria, comprensión y la adherencia al tratamiento lo cual debe ser tomado en cuenta para realizar manejo global de esta enfermedad estudiada.

Estos hallazgos sugieren que en el manejo integral de pacientes con ERGE se deben investigar y evaluar los factores estresantes a los que se encuentran inmersos, ya que de acuerdo a los resultados obtenidos en este estudio los paciente presentan un grado de nivel de estrés y es importante mediante intervenciones poder evaluar la capacidad y las redes de apoyo con la que cuentan para la reducción del mismo, así como incrementar los esfuerzos para estructurar equipos multidisciplinarios y hacer uso de los distintos apoyos de esparcimiento, psicología y trabajo social que ofrece el instituto.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Huerta-Iga F, Tamayo-de la Cuesta JL, Noble-Lugo A, et al. Consenso mexicano de enfermedad por reflujo gastroesofágico (Parte I). *Rev Gastroenterol Méx.* 2016; 77:193-213.
2. Huerta-Iga F. Síntomas gastrointestinales en México. Un estudio epidemiológico SIGAME. Remes-Troche JM 1.a ed. ASECOM Editorial, S.A. de C.V. México. 2015; 29-42.
3. McCann J, Rubenstein JH. Presentation and Epidemiology of Gastroesophageal Reflux Disease. *Gastroenterology AGA Institute* 2018; 154:267–276
4. Kessing BF, Bredenoord AJ, Saleh CM, et al. Effects of anxiety and depression in patients with gastroesophageal reflux disease. *Clin Gastroenterol Hepatol* 2015; 13:1089–1095.
5. Vakil N, van Zanten SV, Kahrilas P, et al. The Montreal definition and classification of gastroesophageal reflux disease: a global evidence-based consensus. *Am J Gastroenterol* 2016; 101:1900–1920.
6. Hunt RH, Yaghoobi M. The esophageal and gastric microbiome in health and disease. *Gastroenterol Clin North Am* 2017; 46:121–141.
7. Katzka DA, Pandolfino JE, Kahrilas PE. Phenotypes of Gastroesophageal Reflux Disease: Where Rome, Lyon, and Montreal Meet. *Clinical Gastroenterology and Hepatology* 2020; 18:767–776.
8. Tsoukali E, Sifrim D. Investigation of extraesophageal gastroesophageal reflux disease. *Ann Gastroenterol*, 2016;26: 1-6.
9. Tack J, Pandolfino JE. Pathophysiology of Gastroesophageal Reflux Disease. *Gastroenterology* 2018; 154:277–288.
10. Mezerville LD, J. Cabas F. Contreras, *et al.* Practice guideline of the Centroamerican and Caribbean Association of Gastroenterology and Gastrointestinal Endoscopy for the management of gastroesophageal reflux disease. *Acta Gastroenterol Latinoam*, 2014;44:138-153.
11. Fuchs KH, Babic B, Breithaupt W, Dallemagne B, Fingerhut A, Furnee E, et al. EAES recommendations for the management of gastroesophageal reflux disease. *Surg endosc.* 2014 jun;28(6): 1753-73.
12. Roman S, Holloway R, Keller J, et al. Validation of criteria for the definition of transient lower esophageal sphincter relaxations using high-resolution manometry. *Neurogastroenterol Motil* 2017;29(2).
13. New algorithm for the treatment of gastro-oesophageal reflux disease. *Aliment Pharmacol Ther*, 27 2008;249-256.
14. Badillo R, Dawn F. Diagnosis and treatment of gastroesophageal reflux disease. *World J Gastrointest Pharmacol Ther* 2014 August 6; 5(3): 105-112.
15. Moayyedi P, Talley NJ, Fennerty MB et al. Can the clinical history distinguish between organic and functional dyspepsia? *JAMA* 2006; 295:1566 – 76.
16. Fass R. Non-erosive reflux disease (NERD) and erosive esophagitis: a spectrum of disease or special entities? *Z Gastroenterol* 2007; 45:1156-1163.
17. Poh CH, Navarro-Rodriguez T, Fass R. Review: treatment of gastroesophageal reflux disease in the elderly. *Am J Med* 2010; 123:496-501.
18. Shaheen NJ, Weinberg DS, Deaberg TD, *et al.* Upper endoscopy for gastroesophageal reflux disease: Best practice advice from the clinical guidelines of the American College of Physicians. *Ann Intern Med*, 2012;157: 803-816.
19. Kaltenbach T, Crockett S, Gerson LB. Are lifestyle measures effective in patients with gastroesophageal reflux disease? An evidence-based approach. *Arch Intern Med* 2006; 166:965-971.

20. Ness-Jensen E, Hveem K, El-Serag H, et al. Lifestyle intervention in gastroesophageal reflux disease. *Clin Gastroenterol Hepatol.* 2015;18: 16-19
21. Zhang JX, Ji MY, Song J, et al. Proton pump inhibitor for non-erosive reflux disease: a meta-analysis. *World J Gastroenterol* 2013; 19:8408-8419
22. Sigterman KE, van Pinxteren B, Bonis PA, Lau J, Numans ME. Short-term treatment with proton pump inhibitors, H2-receptor antagonists and prokinetics for gastro-oesophageal reflux disease-like symptoms and endoscopy negative reflux disease. *Cochrane Database Syst Rev* 2013;(5)
23. Caro JJ, Salas M, Ward A. Healing and relapse rates in gastroesophageal reflux disease treated with the newer proton-pump inhibitors lansoprazole, rabeprazole, and pantoprazole compared with omeprazole, ranitidine, and placebo: evidence from randomized clinical trials. *Clin Ther* 2001; 23:998-1017
24. Khan M, Santana J, Donnellan C, et al. Medical treatments in the short term management of reflux oesophagitis. *The Cochrane Database of Systematic Reviews.* 2017.
25. Dalbir S, Fass R. Current Trends in the Management of Gastroesophageal Reflux Disease. *Gut and Liver, Vol. 12, No. 1, January 2018, pp. 7-16.*
26. Johnstone J, Nerenberg K, Loeb M. Meta-analysis: Proton pump inhibitor use and the risk of community-acquired pneumonia. *Aliment Pharmacol Ther.* 2010; 31:1165-77.
27. Van Pinxteren B, Sigterman KE, Bonis P, et al. Short-term treatment with proton pump inhibitors, h2-receptor antagonists and prokinetics for gastro-oesophageal reflux disease-like symptoms and endoscopy negative reflux disease. *The Cochrane Database of Systematic Reviews.* 2013
28. Katz PO, Gerson LB, Vela MF. Guidelines for the diagnosis and management of gastroesophageal reflux disease. *Am J Gastroenterol.* 2013; 108:308
29. Miller SM, Goldstein JL, Gerson LB. Cost-effectiveness model of endoscopic biopsy for eosinophilic esophagitis in patients with refractory GERD. *Am J Gastroenterol.* 2011; 106:1439---
30. Domínguez CR, Guerrero WG, Domínguez CG. Influencia del estrés en el rendimiento académico de un grupo de estudiantes universitarios. *Educación y ciencia.* 2015;4(43):31-40.
31. Duval F, González F, Rabia H. Neurobiología del estrés. *Rev. Chil. Neuro-Psiquiat.* 2010;48(4):307-318.
32. Böhnke R, Bertsch K, Kruk MR, Naumann E. The relationship between basal and acute HPA axis activity and aggressive behavior in adults. *Journal of Neural Transmission.* 2010;117(5):629–637.
33. Hoorelbeke K, Marchetti I, De Schryver M, Koster EHW, Dunantlaan H. The interplay between cognitive risk and resilience factors in remitted depression: A network analysis. *Journal of Affective Disorders.* 2016; 195:96–104.
34. McEwen BS. Correction for McEwen, Brain on stress: How the social environment gets under the skin. *Proceedings of the National Academy of Sciences.* 2013;110(4):2–1561.
35. Evans GW, Kim P. Multiple risk exposure as a potential explanatory mechanism for the socioeconomic status-health gradient. *Annals of the New York Academy of Sciences.* 2010; 1186:174–189.
36. Vakil N, Van Zanten S, Kahrilas P. The montreal definition and classification of gastroesophageal reflux disease: a global evidence-based consensus, *Am. J. Gastroenterol.* 2016.

37. Song EM, Jung HK, Jung JM, The association between reflux esophagitis and psychosocial stress, *Dig. Dis. Sci.* 2013; 58:471–477.
38. Bradley LA, Richter JE, Pulliam TJ, et al. The relationship between stress and symptoms of gastroesophageal reflux: the influence of psychological factors. *Am J Gastroenterol.* 1993; 88:11–19.
39. Kulig M, Leodolter A, Vieth M, et al. Quality of life in relation to symptoms in patients with gastro-oesophageal reflux disease– an analysis based on the ProGERD initiative. *Aliment Pharmacol Ther.* 2003; 18:767–776.
40. Henke CJ, Levin TR, Henning JM, Potter LP. Work loss costs due to peptic ulcer disease and gastroesophageal reflux disease in a health maintenance organization. *Am J Gastroenterol.* 2000; 95:788–792.
41. Trujillo HM, Martos FJ, González JM. Adaptación al español del cuestionario Interpersonal Support Evaluation List (ISEL). *Univ. Psychol.* 2012;11(3):969-978.
42. Pedrero EJ, Olivar A. Estrés percibido en adictos a sustancias en tratamiento mediante la escala de Cohen: propiedades psicométricas y resultados de su aplicación. *An. Psicol.* 2010;26(2):302-309.
43. Campos A, Oviedo HC, Herazo E. Escala de Estrés Percibido-10: Desempeño psicométrico en estudiantes de medicina de Bucaramanga, Colombia. *Rev Fac Med.* 2014;63(3):407-413.
44. Rodríguez MA, Juárez F, Rivera JM. Correlación entre estrés, depresión y rasgos de personalidad en estudiantes de la Escuela Médico Militar durante los dos primeros años de adiestramiento. *Rev. Sanid. Milit Mex.* 2015;69(5):408-416.
45. Moral J, Cazares F. Validación de la escala de estrés percibido (pss-14) en la población de dentistas colegiados de monterrey. *Ansiedad y Estrés.* 2014;20(2):193-209.
46. Salgado-MM, Carrascal J, Monterrosa CA. Escalas para estudiar percepción de estrés psicológico en el climaterio. *Rev. Cienc. Biomed.* 2013;4(2):318-326.
47. Wang, Y, Xie, G, Cui, X. Effects of emotional intelligence and self-leadership on students' coping with stress. *Social Behavior and Personality.* 2016; 44:853-864.
48. De Mézerville G. Ejes de salud mental. Los procesos de autoestima, dar y recibir afecto y adaptación al estrés. 2004; 20(3) :250-266.
49. Pérez ND, García VJ, García GT, Ortiz VD, Centelles CM. Conocimientos sobre estrés, salud y creencias de control para la Atención Primaria de la Salud. *Revista Cubana de Medicina General Integral.* 2014;30(3):354-363.
50. Bradley LA, Richter JE, Pulliam TJ. La relación entre el estrés y los síntomas del reflujo gastroesofágico: la influencia de los factores psicológicos. *Soy J Gastroenterol* 1993; 88 (1): 11-9.
51. Peralta ML, Lagunes AL, Cruz A, et al. Frecuencia de síntomas de ERGE en adultos mayores que acuden a una unidad de medicina familiar. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc* 2007; 45 (5): 447-452
52. Rey E, Moreno C, Rodríguez F, et al. Prevalence of atypical symptoms and their association with typical symptoms of gastroesophageal reflux in Spain. *European Journal of Gastroenterology & Hepatology* 2016; 18 (9): 969-975.
53. González MT, Landero R, Quezada LC. Escala de tolerancia al estrés: propiedades psicométricas en muestra mexicana y relación con estrés percibido y edad. *Ansiedad y Estrés* 2019; 25 (8): 79–84.
54. Delshad SD, Almario CV, Chey WD, et al. Prevalence of Gastroesophageal Reflux Disease and Proton Pump Inhibitor-Refractory Symptoms. *Gastroenterology* 2020; 158:1250–1261

55. Song EM, Kyung H, Min J. The Association Between Reflux Esophagitis and Psychosocial Stress. *Dig Dis Sci* 2013; 58:471–477
56. Awadalla NJ. Personal, academic and stress correlates of gastroesophageal reflux disease among college students in southwestern Saudi Arabia: A cross-section study. *Annals of Medicine and Surgery* 2019;47: 61–65.
57. Hernández ZZ, Romero PE. Estrés en Personas Mayores y Estudiantes Universitarios: Un Estudio Comparativo. *Psicología Iberoamericana*. 2010;18(1):56-68.

ANEXOS

ANEXO 1 HOJA DE RECOLECCION DE DATOS

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DELEGACION SUR DE LA CIUDAD DE MEXICO
HOSPITAL GENERAL DE ZONA CON UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No.8
"DR. GILBERTO FLORES IZQUIERDO"
COORDINACION CLINICA DE EDUCACION E INVESTIGACIÓN EN SALUD
TITULO DEL PROYECTO
EVALUACIÓN DEL NIVEL DE ESTRÉS EN PACIENTES CON ENFERMEDAD POR REFLUJO
GASTROESOFÁGICO DEL HGZ/MF N8 DR. GILBERTO FLORES IZQUIERDO.

Nombre:

Edad:

Sexo: 1. () Femenino 2. () Masculino

Ocupación: 1. () Empleado 2. () Desempleado

Religión: 1. () Creyente 2. () No creyente

Estado civil: 1. () Soltero 2. () Casado 3. () Otro

Escolaridad: 1. () Primaria 2. () Secundaria 3. () Preparatoria 4. ()
Licenciatura o más.

Años de portar la enfermedad:

Presencia de síntomas: 1. () Típicos 2. () Atípicos

ANEXO 2 INSTRUMENTO

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DELEGACION SUR DE LA CIUDAD DE MEXICO
HOSPITAL GENERAL DE ZONA CON UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No.8
"DR. GILBERTO FLORES IZQUIERDO"
COORDINACION CLINICA DE EDUCACION E INVESTIGACIÓN EN SALUD
TITULO DEL PROYECTO
EVALUACIÓN DEL NIVEL DE ESTRÉS EN PACIENTES CON ENFERMEDAD POR REFLUJO
GASTROESOFÁGICO DEL HGZ/MF N8 DR. GILBERTO FLORES IZQUIERDO.

ESCALA DE ESTRÉS PERCIBIDO

INSTRUCCIONES: A continuación, se les presentan **14 preguntas** relacionadas a situaciones de estrés, por favor **seleccione con una X la respuesta** que usted considere se acerca más a la frecuencia con que sucede en su vida. Ninguna respuesta es correcta o incorrecta únicamente describen su manera de manera de percibir el estrés.

	Nunca	Casi nunca	De vez en cuando	A menudo	Muy a menudo
1. En el último mes, ¿con qué frecuencia ha estado afectado por algo que ha ocurrido inesperadamente?	0	1	2	3	4
2. En el último mes, ¿con qué frecuencia se ha sentido incapaz de controlar las cosas importantes de su vida?	0	1	2	3	4
3. En el último mes, ¿con qué frecuencia se ha sentido nervioso o estresado?	0	1	2	3	4
4. En el último mes, ¿con qué frecuencia ha manejado con éxito los pequeños problemas irritantes de la vida?	4	3	2	1	0
5. En el último mes, ¿con qué frecuencia ha sentido que ha afrontado efectivamente los cambios importantes que han estado ocurriendo en su vida?	4	3	2	1	0
6. En el último mes, ¿con qué frecuencia ha estado seguro sobre la capacidad para manejar sus problemas personales?	4	3	2	1	0
7. En el último mes, ¿con qué frecuencia ha sentido que las cosas le van bien?	4	3	2	1	0
8. En el último mes, ¿con qué frecuencia ha sentido que no podía afrontar todas las cosas que tenía que hacer?	0	1	2	3	4
9. En el último mes, ¿con qué frecuencia ha podido controlar las dificultades de su vida?	4	3	2	1	0
10. En el último mes, ¿con qué frecuencia se ha sentido que tenía todo bajo control?	4	3	2	1	0

11. En el último mes, ¿con qué frecuencia ha estado enfadado porque las cosas que le han ocurrido estaban fuera de su control?	0	1	2	3	4
12. En el último mes, ¿con qué frecuencia ha pensado sobre las cosas que le quedan por hacer?	0	1	2	3	4
13. En el último mes, ¿con qué frecuencia ha podido controlar la forma de pasar el tiempo?	4	3	2	1	0
14. En el último mes, ¿con qué frecuencia ha sentido que las dificultades se acumulan tanto que no puede superarlas?	0	1	2	3	4

ANEXO 3. CONSENTIMIENTO INFORMADO.



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN
Y POLÍTICAS DE SALUD
COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO
(ADULTOS)

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN

Nombre del estudio:	Evaluación del nivel de estrés en pacientes con enfermedad por reflujo gastroesofágico del HGZ/MF No8 Dr. gilberto flores izquierdo.
Lugar y fecha:	Ciudad de México, Servicio de Medicina Familiar del H.G.Z. / U.M.F. No. 8, "Dr. Gilberto Flores Izquierdo". Marzo 2019 a febrero 2021
Número de registro:	En Tramite
Justificación y objetivo del estudio:	La enfermedad por reflujo gastroesofágico tiene una alta prevalencia a nivel mundial y en nuestro país El estrés es una influencia psicosocial adversa en vida adulta, puede desempeñar un papel importante en la enfermedad por reflujo gastroesofágico. Este estudio tiene como finalidad conocer de manera local en el instituto el nivel de estrés en los pacientes con enfermedad por reflujo gastroesofágico.
Procedimientos:	Se aplicará de forma individual a los pacientes que asistan a consulta médica de forma ordinaria, que acepten participar en la investigación de forma voluntaria, previo consentimiento informado, garantizando la confidencialidad de sus respuestas. Se aplicará la Escala de Estrés Percibido a los pacientes con enfermedad por reflujo gastroesofágico.
Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio:	Permite la intervención del equipo de salud en la determinación del nivel de estrés en los pacientes con enfermedad por reflujo gastroesofágico y de esta manera hacer un manejo integral.
Participación o retiro:	El paciente tendrá plena libertad de decidir su participación o retiro en cualquier momento durante la realización del cuestionario
Privacidad y confidencialidad:	Prevalecerá el criterio del respeto a su dignidad y la protección de sus derechos y bienestar.
En caso de colección de material biológico (si aplica):	
<input type="checkbox"/> NA	No autoriza que se tome la muestra.
<input type="checkbox"/> NA	Si autorizo que se tome la muestra solo para este estudio.
<input type="checkbox"/> NA	Si autorizo que se tome la muestra para este estudio y estudios futuros.
Disponibilidad de tratamiento médico en derechohabientes (si aplica):	No aplica
Beneficios al término del estudio:	Dar a conocer el nivel de estrés en los pacientes con diagnostico de enfermedad por reflujo gastroesofágico del H.G.Z. / U.M.F. No. 8, "Dr. Gilberto Flores Izquierdo"

En caso de dudas o aclaraciones relacionadas con el estudio podrá dirigirse a:

Investigador Responsable:	Maravillas Estrada Angelica. Médico Familiar, Profesora Titular de Medicina Familiar Adscrita al HGZ/MF No.8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo". Matrícula: 98113861 Teléfono: 55 45000340. Email: angelica.maravillas@imss.gob.mx . Fax: No Fax.
Colaboradores:	Vilchis Chaparro Eduardo. Médico Familiar. Maestro en Ciencias de la Educación, Doctor en Ciencias de la Familia, Doctor en Alta Dirección en Establecimientos de Salud. Profesor Medico del CIEFD Siglo XXI. CMNSXXI, Mat 99377278 Teléfono: 56276900 ext. 217425. Fax: No Fax. Email: eduardo.vilchisch@imss.gob.mx . Fax: No Fax Pineda Castillejos Jorge Luis. Médico no Familiar Especialista en Medicina Interna H.G.Z./U.M.F. No 8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo" Subespecialidad en Gastroenterología. Matrícula: 97373055 Cel. 5545540589. Fax: No fax Email: dripinedagastro86@gmail.com . Fax: No Fax García Reséndiz Karen Denis. Médico Residente de 2 año de Medicina Familiar en el HGZ/UMF N.8 Matrícula: 97374594 Tel: 5531948805 Email: violetrain.kc@gmail.com Fax: No fax

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

Nombre y firma del sujeto

Karen Denis García Reséndiz
Nombre y firma de quien obtiene el consentimiento

Testigo 1

Testigo 2

Nombre, dirección, relación y firma

Nombre, dirección, relación y firma

Este formato constituye una guía que deberá completarse de acuerdo con las características propias de cada protocolo de investigación, sin omitir información relevante del estudio

clave 2810-009-01

ANEXO 4. CARTA DE NO INCONVENIENTE.



GOBIERNO DE
MÉXICO



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DELEGACION SUR DE LA CIUDAD DE MEXICO
HGZ/UMF No. 8 "DR. GILBERTO FLORES IZQUIERDO"
COORD. CLINICA DE EDUCACION
E INVESTIGACION EN SALUD



Ciudad de México 03 de junio 2021.
CCEIS/119 /2021

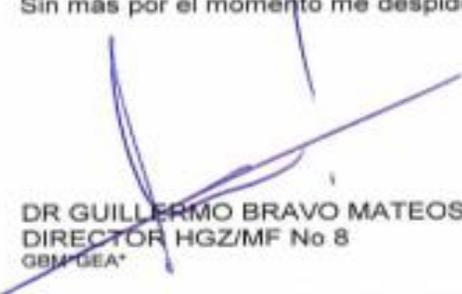
ASUNTO: CARTA DE NO INCONVENIENTE.

COMITÉ LOCAL DE INVESTIGACIÓN EN SALUD
ÓRGANO DE OPERACIÓN ADMINISTRATIVA
DESCONCENTRADA SUR DE LA CIUDAD DE MÉXICO

Por medio de la presente le informo a usted que no existe inconveniente para que los investigadores Dra. Maravillas Estrada Angelica; Médico Familiar, Profesora Titular de Medicina Familiar con Matricula; 98113861, Dr. Vilchis Chaparro Eduardo; Médico Familiar, Maestro en Ciencias de la Educación con matricula 99377278 y Dr. Pineda Castillejos José Luis; Médico no Familiar especialista en Medicina Interna con matricula: 97373055 realicen la investigación titulada: "EVALUACION DEL NIVEL DE ESTRÉS EN PACIENTES CON ENFERMEDAD POR REFLUJO GASTROESOFAGICO DEL HGZ/MF No.8 DR. GILBERTO FLORES IZQUIERDO" dicha investigación pretende llevarse a cabo en el HGZ/UMF No. 8 del Instituto Mexicano del Seguro Social, Delegación Sur CDMX, en la cual me desempeño como Medico de base. La presente investigación será llevada a cabo en el período comprendido del 1° de marzo de 2019 al 28 de febrero del 2022. El procedimiento que se llevará a cabo en pacientes con enfermedad por reflujo gastroesofágico, que se encuentren en el HGZ/MF 8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo" de los cuales se recabarán datos correspondientes a variables sociodemográficas, variables de la patología y si existe correlación entre las patologías que se estudiarán.

Por lo que no tengo ningún inconveniente en otorgar las facilidades a los investigadores Dra. Maravillas Estrada Angelica, Dr. Vilchis Chaparro Eduardo, Dr. Pineda Castillejos José Luis y a la Médica Residente de Medicina Familiar García Reséndiz Karen Denis con matrícula 97374594, para que realicen la recolección de información y selección de pacientes en esta unidad.

Sin más por el momento me despido de usted con un cordial saludo.


DR GUILLERMO BRAVO MATEOS
DIRECTOR HGZ/MF No 8
GBM/GEA*