

UNIVERSIDAD NACIONAL DEL ALTIPLANO - PUNO

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA PROFESIONAL DE NUTRICION HUMANA



RELACIÓN ENTRE HÁBITOS ALIMENTARIOS, DISPEPSIA FUNCIONAL Y
SINDROME DE BURNOUT CON EL ESTADO NUTRICIONAL DE LOS
INTERNOS DE MEDICINA DEL HOSPITAL REGIONAL MANUEL NUÑEZ
BUTRON DE LA CIUDAD DE PUNO – 2018.

TESIS

PRESENTADA POR:

Bach. YAQUELINE NOHELY BLANCO VELASQUEZ

PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE:

LICENCIADA EN NUTRICION HUMANA

PUNO – PERÚ

2018

UNIVERSIDAD NACIONAL DEL ALTIPLANO - PUNO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE NUTRICION HUMANA

RELACIÓN ENTRE HÁBITOS ALIMENTARIOS, DISPEPSIA FUNCIONAL Y
SINDROME DE BURNOUT CON EL ESTADO NUTRICIONAL DE LOS
INTERNOS DE MEDICINA DEL HOSPITAL REGIONAL MANUEL NUÑEZ
BUTRON DE LA CIUDAD DE PUNO – 2018.

TESIS PRESENTADA POR:

YAQUELINE NOHELY BLANCO VELASQUEZ



PARA OPTAR EL TITULO PROFESIONAL DE:

LICENCIADA EN NUTRICION HUMANA

APROBADA POR EL JURADO SUPERVISOR CONFORMADO POR:

PRESIDENTE:

Mg. Graciela Victoria Ticona Tito

PRIMER MIEMBRO:

Dra. Martha Yucra Sotomayor

SEGUNDO MIEMBRO:

M.Sc. Marta Zoila Medina Pineda

DIRECTOR / ASESOR:

Dra. Delicia Vilma Gonzales Aréstegui

Área : Nutrición Pública.

Tema : Alimentación y Nutrición en las diferentes etapas de la vida.

FECHA DE SUSTENTACIÓN: 26-12-2018

DEDICATORIA

*A Dios por darnos la vida y permitirnos salud, por su compañía, guía,
bondad y amor incondicional.*

*A mi mamita Verónica, por sus enseñanzas, consejos, guía y compañía
eterna.*

*A mis queridos padres Ruben y Nury, con mucha gratitud, por sus infinitas
enseñanzas que guían mi camino, y por su apoyo incondicional. A mis
queridas hermanas Melissa y Liscely, por su compañía, apoyo infinito, y
amor incondicional.*

A papá Leopoldo, y Ab.s Pat.s Hilario y Martina.

Yaqueline

AGRADECIMIENTOS

A Dios por permitirme la vida, y la oportunidad de continuar.

*A mamá Verónica, y papá Leopoldo, y Ab.s Pat.s Hilario y Martina,
A mis preciados padres y hermanas, por su dedicación y cuidados, que fortalecen e inspiran
mi existir. Eternamente agradecida.*

*A mi alma mater Universidad Nacional del Altiplano de Puno, por la formación
profesional recibida, a mis maestros por su entrega a la docencia, e inspiración para con
nuestra profesión.*

*A mi directora de tesis Dra. Delicia Gonzales, por toda la dedicación, aliento y dirección
para con la realización del presente trabajo de investigación.*

*A mis jurados de tesis; Mg. Graciela Ticona, por el tiempo, dedicación, y orientación.
A Dra. Martha Yucra y M.Sc. Martha Medina por todo el apoyo percibido, expertas
observaciones y orientaciones.*

A M.Sc. Tatiana Valdivia, por el aliento, inspiración y apoyo percibido.

*A Dr. Julian Cuno, por el apoyo, tiempo, dedicación y orientación, al ejecutar el trabajo de
investigación.*

*A mi amiga Clorinda, por su apoyo incondicional, aliento y perseverancia. A Katerin,
Vanessa, y Estephany por su apoyo en la realización del estudio.*

*A todos los internos de medicina del periodo 2018 del Hospital Regional Manuel Núñez
Butron de la ciudad de Puno, por su colaboración con la investigación.*

Con cariño y admiración.

Yaqueline.

ÍNDICE GENERAL

RESUMEN.....	10
ABSTRACT.....	11
CAPITULO I.....	12
INTRODUCCIÓN.....	12
1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA:	13
1.2. JUSTIFICACION DEL PROBLEMA:	15
1.3. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN:.....	16
Objetivo General:	16
CAPITULO II.....	17
REVISIÓN DE LITERATURA	17
2.1. ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACION:.....	17
2.2. SUSTENTO TEORICO:.....	24
CAPITULO III.....	36
MATERIALES Y MÉTODOS.....	36
3.1. TIPO Y DISEÑO DE INVESTIGACION:	36
3.3. POBLACION Y MUESTRA:.....	36
3.4. VARIABLES DE ESTUDIO:.....	37
3.5. MÉTODOS, TÉCNICAS E INSTRUMENTOS PARA LA RECOLECCION DE DATOS:.....	38
3.6. DISEÑO Y ANALISIS ESTADISTICO:.....	44
3.7. HIPOTESIS DE LA INVESTIGACIÓN:	45
CAPITULO IV	46
RESULTADOS Y DISCUSIÓN	46
CAPITULO V	63
CONCLUSIONES.....	63

CAPITULO VI	64
RECOMENDACIONES.....	64
CAPITULO VII	65
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.....	65
ANEXOS.....	71

ÍNDICE DE TABLAS:

Tabla N° 1 Estado Nutricional de los internos del H.R.M.N. de Puno.	46
Tabla N° 2 Hábitos Alimentarios de los Internos de Medicina del H.R.M.N.B. de la ciudad de Puno	47
Tabla N° 3 Presencia de Dispepsia de los Internos de Medicina	49
Tabla N° 4 Cansancio Emocional de los Internos de los internos de medicina del Hospital Regional Manuel Nuñez Butron de la ciudad de Puno – 2018.....	51
Tabla N° 5 Despersonalización de los Internos de Medicina del H.R.M.N.B de la ciudad de Puno.....	52
Tabla N° 6 Realización Personal de los Internos de Medicina del H.R.M.N.B. de la ciudad de Puno	53
Tabla N° 7 Correlación entre estado nutricional y hábitos alimentarios de los Internos de Medicina del H.R.M.N.B. de la ciudad de Puno.	55
Tabla N° 8 Correlación entre estado nutricional y dispepsia funcional de los internos de medicina del H.R.M.N.B. de la ciudad de Puno	57
Tabla N° 9 Correlación entre estado nutricional y cansancio emocional de los Internos de Medicina del H.R.M.N.B. de la ciudad de Puno	59
Tabla N° 10 Correlación entre estado nutricional y despersonalización de los Internos de Medicina del H.R.M.N.B. de la ciudad de Puno	60
Tabla N° 11 Correlación entre estado nutricional y realización personal de los Internos de Medicina del H.R.M.N.B. de la ciudad de Puno	61

ÍNDICE DE CUADROS:

Cuadro N° 1 Clasificación del índice de masa corporal.....	24
Cuadro N° 2 Escala de coeficiente de correlación.....	334

ÍNDICE DE ACRÓNIMOS

IMC	Índice de Masa corporal.
MBI	Maslach Burnout Inventory.
DF	Dispepsia Funcional.
OMS	Organización Mundial de la Salud.
H.R.M.N.B.	Hospital Regional Manuel Núñez Butrón.
FAO	Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación

RESUMEN

El presente estudio de investigación, tuvo como **Objetivo:** Establecer la relación entre hábitos alimentarios, dispepsia funcional, y síndrome de Burnout con el estado nutricional de los internos de medicina del Hospital Regional Manuel Nuñez Butrón de la ciudad de Puno. **Metodología:** El estudio es de tipo descriptivo, analítico, de corte transversal y retrospectivo. Los métodos utilizados son; el antropométrico, con la técnica de la medición del peso y la talla; y para la determinación de la dispepsia funcional y el síndrome de Burnout, se manejó la entrevista mediante la encuesta. Como instrumentos se emplearon los cuestionarios, del Test de Dispepsia elaborado por Bisbal y León Barúa, el cuestionario de MBI-HSSS elaborado por Christina Maslach y Susan E. Jackson, y el cuestionario de Hábitos Alimentarios (junto a una ficha de registro de datos del peso y la talla). El tratamiento estadístico, analítico bivariado se realizó con el programa SPSS Vers. 22, utilizando frecuencias y porcentajes en tablas de contingencia, tratados con el coeficiente de correlación de Pearson y Spearman, con la prueba de normalidad de Shapiro Wilk, con un nivel de significancia del 5%. **Resultados:** El estado nutricional según IMC es del 4.76% con bajo peso y el 47.62% que se encuentra entre lo normal, y en la misma cifra con sobrepeso. En cuanto a sus hábitos alimentarios más del 50% omite sus tres tiempos de comida por falta de tiempo de una a dos veces por semana. La prevalencia de dispepsia funcional fue del 48%. Para el síndrome de burnout, los internos presentaron un índice alto de; cansancio emocional en un 43%, y el 57% de despersonalización, mientras que el 43% un índice bajo de realización personal. Se encontró relación entre la subescala de despersonalización y estado nutricional ($Rho=0.433$ y $p=0.050$), asimismo la frecuencia con que se omite la cena ($Rho=0.454$ y $p=0.039$) indica una relación positiva media significativa. **Conclusiones:** Existe altos valores de dispepsia funcional, así como un alto índice de cansancio emocional, y despersonalización e inadecuados hábitos alimentarios, en los internos de medicina del H.R.M.N.B. de la ciudad de Puno.

PALABRAS CLAVE: Síndrome de burnout, dispepsia funcional, estado nutricional, y hábitos alimentarios.

ABSTRACT

The present investigation study has as **Objective:** Establish the relationship between alimentary habits, functional dyspepsia, and Burnout syndrome with the nutritional status of medicine interns of the Manuel Nuñez Butron Regional Hospital of the city of Puno – 2018 **Methodology:** The study is descriptive, analytical, cross-sectional and retrospective. The methods used are; the anthropometric, with the technique of measuring weight and height; and for the determination of functional dyspepsia and Burnout syndrome, the interview was handled through the survey. As instruments, the questionnaires were used, the Dyspepsia Test prepared by Bisbal and León Barúa, the MBI-HSSS questionnaire prepared by Christina Maslach and Susan E. Jackson, and the Food Habits questionnaire (together with a data record sheet of the weight and height). The statistical, bivariate analytical treatment was carried out with the SPSS Vers. 22, using frequencies and percentages, in contingency tables, treated with the correlation coefficient of Pearson and Spearman, with the normality test of Shapiro Wilk, with a level of significance of 5%. **Results:** The nutritional status according to BMI is 4.76% that presents low weight and 47.62% that is between the normal, and in the same figure with overweight. Regarding their eating habits more than 50% skip their three meal times for lack of time from one to two times per week. The prevalence of functional dyspepsia was 48%. For the burnout syndrome, the interns presented a high index of; emotional fatigue in 43%, and 57% depersonalization, while 43% a low rate of personal fulfillment. A relationship was found between the subscale of depersonalization and nutritional status ($Rho = 0.433$ and $p = 0.050$), also the frequency with which the dinner is omitted ($Rho = 0.454$ and $p = 0.039$) indicates a significant mean positive relationship. **Conclusions:** There are high values of functional dyspepsia, as well as a high index of emotional fatigue, and depersonalization and inadequate eating habits, in the medicine interns of H.R.M.N.B. from the city of Puno.

KEY WORDS: Burnout syndrome, functional dyspepsia, nutritional status, and alimentary habits.

CAPITULO I

INTRODUCCIÓN

La presente investigación trata el estado nutricional en relación a los hábitos alimentarios, la dispepsia funcional, y el síndrome de Burnout en los internos de medicina del Hospital Regional Manuel Núñez Butrón de la ciudad de Puno, con el objetivo de poder describir cada una de las variables, y la relación existente entre las mismas.

Con el interés, de aportar información estadística acerca de la dispepsia funcional y síndrome de Burnout presentes en la población de estudio, las mismas que son problemas de salud pública. Y en el ámbito profesional, el interés versó en conocer el estado nutricional, y los hábitos alimentarios de los internos de medicina, los cuales son problemas nutricionales sobre los que podemos tomar acción.

La investigación se desarrolló de manera descriptiva y analítica, de corte transversal y retrospectivo. Mediante el consentimiento informado y la autoaplicación de diversos cuestionarios, además de la toma del peso y talla de los participantes de la investigación. Los datos fueron recolectados dentro de las rotaciones de los internos, por los diferentes departamentos de hospitalización.

En el primer capítulo se describe el planteamiento del problema y la justificación de la investigación junto a los objetivos propuestos. En el segundo capítulo encontraremos el marco teórico y los antecedentes, que sustentan y apoyan la investigación. En el tercer capítulo se explica la metodología seguida, así como la operacionalización de variables. Mientras que en el quinto capítulo se presentan los resultados obtenidos de la investigación. Seguida de las conclusiones a las que se llegó, luego de analizar los resultados obtenidos. Finalmente se redactan las sugerencias planteadas por la investigadora en concordancia a los resultados obtenidos. También se muestran las referencias bibliográficas, y en los Anexos, se revelan todos los instrumentos utilizados durante la ejecución del proyecto.

1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA:

El internado médico en el Perú es una etapa de transición crítica hacia la vida de trabajo profesional, que se experimenta durante el último año de pregrado en universidades públicas y privadas, donde los internos soportan diversos factores estresantes debidos a la sobrecarga laboral, y horarios no fijos (2).

La dispepsia se caracteriza por una heterogénea relación de signos y síntomas atribuibles al tracto gastrointestinal superior. El 50% de peruanos padece este mal. Pudiéndose considerar un problema de salud pública. Ya que se ha encontrado asociación entre padecer dispepsia funcional y la mayor frecuencia de ansiedad, depresión, estrés y trastornos del sueño; por producir irritabilidad, afectación del estilo de vida y de las relaciones interpersonales. Asimismo, puede generar aumento del ausentismo laboral, de los costos y disminuir la productividad. (2)(3)(4)

Por otra parte, el síndrome de Burnout fue declarado en el año 2000 por la Organización Mundial de la Salud como un factor de riesgo laboral por su capacidad para afectar la calidad de vida, salud mental e incluso hasta poner en riesgo la vida (5).

Los profesionales de la salud actúan como facilitadores de la promoción de la misma. No obstante, pueden ser agentes promotores de salud o ser agentes retardatarios del proceso. Si no tienen un estilo de vida saludable tendrán una pobre salud en el futuro, una actitud que no favorecerá la promoción de hábitos saludables en sus pacientes y de este modo una medicina más curativa que preventiva. (6)

Frente a ello planteamos las interrogantes:

Enunciado general:

- ¿Existe relación entre los hábitos alimentarios, dispepsia funcional y síndrome de Burnout con el estado nutricional de los internos de medicina del Hospital Regional Manuel Nuñez Butron de la ciudad de Puno - 2018?

Enunciados específicos:

- ¿Cuál es el estado nutricional de los internos de medicina del Hospital Regional Manuel Nuñez Butron de la ciudad de Puno - 2018?
- ¿Cuáles son los hábitos alimentarios de los internos de medicina del Hospital Regional Manuel Nuñez Butron de la ciudad de Puno - 2018?
- ¿Está presente la dispepsia funcional en los internos de medicina del Hospital Regional Manuel Nuñez Butron de la ciudad de Puno - 2018?
- ¿El síndrome de Burnout está presente en los internos de medicina del Hospital Regional Manuel Nuñez Butron de la ciudad de Puno - 2018?

1.2. JUSTIFICACION DEL PROBLEMA:

El internado médico es el último año de formación académica profesional, en esta etapa los internos están expuestos a diversos factores de riesgo, siendo las alteraciones ponderales como el sobrepeso y obesidad las más frecuentes. (7)

En el 2017 para la Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación (FAO), en Perú el sobrepeso y la obesidad afectan el 58.2% de adultos. Encontrándose precisamente en el promedio regional 6 de cada 10 hombres y mujeres adultos padecen sobrepeso en nuestro país. (8)

La FAO, afirma también que la prevalencia de enfermedades no transmisibles relacionadas con dietas inadecuadas y con estilos de vida poco sanos está creciendo en muchos países. Al aumentar la prosperidad y la urbanización, las dietas tienden a ser ricas en energía y en grasas (especialmente saturadas) y al tener un contenido menor de fibra y de carbohidratos complejos, y uno mayor de alcohol, carbohidratos refinados y sal. (9)

Como trabajadores de salud, los internos se enfrentan a riesgos y accidentes, o enfermedades a causa de su ocupación. La OMS menciona siete tipos de riesgos a los que están sometidos (biológicos, químicos, físicos, ergonómicos, relacionados al fuego y psicosociales). Siendo esta una población de riesgo para sobrellevar diversas afecciones y síndromes, como es el caso del Síndrome de Burnout. (10)

Estudios latinoamericanos muestran que los estudiantes e internos de medicina presentan prevalencias de dispepsia funcional superior al 42%, pero existen pocos reportes de los factores que estarían asociados a la misma, en esta población; el desconocimiento de dichos factores podría generar repercusiones en los estudios y la esfera social, sin considerar los costos económicos. El Síndrome de "Burnout" es un estado emocional que acompaña a una sobrecarga de estrés y que eventualmente impacta la motivación interna, actitudes y la conducta. (4)(11)

La relación entre dieta y salud es un área casi inexplorada en nuestro país, el presente estudio buscó conocer la asociación que existe entre la dispepsia funcional, síndrome de Burnout, y los hábitos alimentarios con el estado nutricional, el cual nos permitirá estar al tanto de los principales factores de

riesgo para la frecuencia del sobrepeso y obesidad. Los resultados servirán también, de referencia para actuar eficazmente y asegurar la calidad de vida de los internos de medicina.

1.3. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN:

Objetivo General:

- Establecer la relación entre los hábitos alimentarios, dispepsia funcional, y síndrome de Burnout, con el estado nutricional de los internos de medicina del Hospital Regional Manuel Nuñez Butron de la ciudad de Puno – 2018

Objetivos Específicos:

- Evaluar el estado nutricional de los internos de medicina del Hospital Regional Manuel Nuñez Butron de la ciudad de Puno – 2018
- Valorar los hábitos alimentarios de los internos de medicina del Hospital Regional Manuel Nuñez Butron de la ciudad de Puno – 2018
- Establecer la presencia de dispepsia funcional de los internos de medicina del Hospital Regional Manuel Nuñez Butron de la ciudad de Puno – 2018
- Determinar el síndrome de Burnout de los internos de medicina del Hospital Regional Manuel Nuñez Butron de la ciudad de Puno – 2018.
- Establecer la relación entre los hábitos alimentarios y el estado nutricional de los internos de medicina del Hospital Regional Manuel Nuñez Butron de la ciudad de Puno – 2018.
- Determinar la relación entre la dispepsia funcional y el estado nutricional de los internos de medicina del Hospital Regional Manuel Nuñez Butron de la ciudad de Puno – 2018.
- Correlacionar el síndrome de Burnout con el estado nutricional de los internos de medicina del Hospital Regional Manuel Nuñez Butron de la ciudad de Puno – 2018.

CAPITULO II

REVISIÓN DE LITERATURA

2.1. ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACION:

2.1.1. ANTECEDENTES A NIVEL INTERNACIONAL:

Talledo L. (2018). En su estudio titulado; “Factores asociados a dispepsia no investigada de 4 facultades de medicina de Latinoamérica: estudio multicéntrico”. Estudio de corte transversal analítico. Con el objetivo de establecer la frecuencia y determinar los factores asociados con dispepsia no investigada en estudiantes de cuatro facultades de medicina de Latinoamérica. Se usó el test A new questionnaire for the diagnosis of dyspepsia para el diagnóstico de dispepsia no investigada, entre otras pruebas. Encontrando que de los 1,241 encuestados, el 54% (841) fueron del sexo femenino y la mediana de edad fue de 21 años (rango 19-23 años). La prevalencia de dispepsia no investigada fue del 46%. Los factores que tuvieron una asociación directa a la dispepsia fueron: depresión, problemas para conciliar el sueño y el consumo de café. Por el contrario, comer regularmente en una pensión y el sexo masculino tuvo una asociación inversa. (12)

Theaux A. (2012). En su estudio “Frecuencia de Dispepsia Funcional en estudiantes de Medicina de la Universidad Abierta Interamericana”, de tipo descriptivo y transversal en base a 105 encuestas a estudiantes regulares del 1° al 5° año de la carrera de medicina de la Universidad Abierta Interamericana, con el objetivo de conocer la frecuencia de presentación de Dispepsia Funcional según edad, sexo y año de la carrera, indagar las características clínicas con la que se presenta la dispepsia ; analizar el tipo de tratamiento al que se someten los estudiantes; la frecuencia de automedicación y de consulta médica y conocer la frecuencia de infección por Helicobacter Pylori. Se obtuvo que, del total de la población, el 42.9% correspondía al diagnóstico de dispepsia (Roma III); el 17.1% presenta predominantemente síntomas de regurgitación y pirosis, y en menor medida síntomas aislados. Los síntomas más frecuentes fueron: ardor epigástrico, epigastralgia (más de la mitad con la ingesta de alimentos y de estos el 55% calmaba con la ingesta o con el estómago lleno), regurgitación acida y sensación de plenitud postprandial. No se hallaron diferencias estadísticamente

significativas de la frecuencia de dispepsia por sexo, edad o ciclo de la carrera. Concluyendo en que una frecuencia muy baja de personas con síntomas compatibles con dispepsia consulta al médico y de estos a la mayoría se le indicó tratamiento médico empírico de inicio y solo a un caso se le realizó endoscopia digestiva alta, la que resultó en una “gastritis nerviosa”; por el contrario, la mayoría no solo no consultó sino que se automedicó, por lo que del total de personas con síntomas compatibles con dispepsia (n=72) solo uno se sometió al estudio que determina la naturaleza funcional o no del problema. (13)

Zanardi D. (2012). En su estudio titulado “Síntomatología Gastrointestinal, estrés y Hábitos Alimentarios”. De tipo descriptivo de corte transversal, con el objetivo de indagar sobre la presencia de estrés en las personas, la presencia de síntomas gastrointestinales, adecuación de las recomendaciones de calcio, hierro y fibra dietética, y respecto a sus hábitos alimentarios, realización de cuatro comidas en el día, tiempo dedicado a la comida, buena masticación y si experimentan el momento de la comida en un ambiente relajado y agradable. Sobre 70 profesores de dos escuelas secundarias. Concluyó que los síntomas interfieren en el desarrollo de la vida cotidiana a nivel personal, social y laboral y a pesar de esto muchas veces los pacientes no buscan atención médica debido a la subestimación de los síntomas. (14)

Bisbal O., Leon R., Berendson R., et al. (2002). Crearon un cuestionario para diagnosticar la dispepsia el cual consta de 9 ítems. El cuestionario se aplicó a 40 pacientes con dispepsia y 20 sujetos de control sanos. y sus respuestas fueron comparadas con datos obtenidos por anamnesis. Se encontró que la presencia de un mínimo de 2 síntomas, y al menos uno de ellos con un nivel de cuantificación de 3 puntos o más era el mejor criterio para establecer la presencia de dispepsia, y después de ello, la sensibilidad y especificidad del cuestionario fueron, respectivamente, 95% y 100%. El cuestionario es un instrumento útil para investigar con precisión la dispepsia, especialmente en grandes grupos de población. (15)

2.1.2. ANTECEDENTES A NIVEL NACIONAL:

Palacios A. (2018). En su estudio titulado “Relación de los hábitos alimentarios y la dispepsia funcional en estudiantes de nutrición de la UNFV, 2017”. De manera descriptiva, transversal, y prospectiva. Con una población de 118 alumnos de ambos géneros. Encontró una prevalencia de Dispepsia Funcional de 40.67%, con mayor porcentaje en mujeres (30.51%) que en varones (10.17%). El síntoma más frecuente fue el Síndrome de dolor epigástrico (35.59%), seguido del Síndrome de dificultad postprandial (33.9%). De los estudiantes dispépticos, omitieron desayuno un 87.5%, seguido de los que omitieron la cena (33.70%). El 83.33% de los dispépticos comieron lento o rápidamente sus alimentos. Los alimentos consumidos más frecuentes fueron Chocolate para tomar (88.1%), Aceite Vegetal en mayonesa (86.4%), Té (84.7%), como carne de pollo o pescado frito (84.7%), mantequilla/margarina (84.7%); y Café (83.1%). Concluyendo que la omisión de algún alimento (desayuno, cena) y la velocidad de ingesta de los mismos (lento o rápido), así como el consumo de frituras, grasas y café produjeron la Dispepsia funcional. A mayor edad, mayor probabilidad de sufrir esta patología. (16)

Carrion M. (2017). En su estudio; Prevalencia de síntomas dispépticos y factores asociados en internos de medicina del Hospital Jose Cayetano Heredia, Jorge Reátegui Delgado y Santa Rosa de Piura, Perú, periodo Julio - Diciembre 2016. Cuyo objetivo era establecer la prevalencia y determinar los factores asociados a síntomas dispépticos en internos de medicina. Encontró que de los 60 encuestados, el 51,7% fueron del sexo femenino, la mediana de edades fue 24 años (rango: 23-25 años) y la prevalencia de síntomas dispépticos fue de 35%, y que los factores con mayor asociación con los síntomas dispépticos fueron: depresión, problemas para conciliar el sueño y el consumo de café y el sexo masculino. Concluyó que existe una alta asociación entre los síntomas dispépticos y factores como: problemas para conciliar el sueño, consumir café, tener depresión y el sexo masculino. (17)

Vargas M., Talledo L., Samaniego R., Heredia P., et al. (2016). En su estudio titulado “Dispepsia funcional en estudiantes de ocho facultades de medicina peruanas. Influencia de los hábitos”, De manera transversal, analítica y multicéntrica, donde el objetivo fue determinar si los hábitos nocivos

comportamentales están asociados a la dispepsia funcional en los estudiantes de medicina de ocho universidades del Perú. Encontraron que de los 1.923 encuestados, la mediana de las edades fue 20 años, 55% fueron mujeres y 24% tuvieron dispepsia funcional. Son factores que disminuyen la frecuencia de dispepsia funcional el sexo masculino (RPa:0,75; IC95%:0,64-0,87; $p < 0,001$), las horas que le dedica al estudio (RPa:0,97; IC95%:0,96-0,99; $p < 0,001$) y el comer dentro de sus horarios regulares (RPa: 0,80; IC95%:0,67-0,95; $p = 0,013$); en cambio, el haber desaprobado un curso aumenta la frecuencia de la dispepsia funcional (RPa:1,24; IC95%:1,13-1,37; $p < 0,001$), ajustado por la edad, los problemas para conciliar el sueño y la depresión. Concluyendo finalmente que muchos estudiantes de medicina tienen dispepsia funcional, que se relaciona a ciertas variables comportamentales. Esto debe ser motivo de más estudios e intervenciones por las instituciones educativas, por los problemas que a mediano y largo plazo podrían significar. (4)

Mejia C., Quezada C., Verastegui A., et al. (2016). Realizan un estudio titulado “Factores psicosociales y hábitos asociados con dispepsia funcional en internos de un hospital nacional en Piura, Peru”, con el objetivo de determinar los factores psicosociales y hábitos asociados con dispepsia funcional (DF) en internos de medicina en el hospital de apoyo II-2 de Sullana Piura. De tipo longitudinal prospectivo desarrollado en 24 internos de medicina. Se tomó 5 encuestas, 1 basal antes de iniciar el internado médico y al finalizar cada rotación. Se encontró que la edad promedio fue de 24,1 años ($\pm 1,4$); el 58% (14) fueron mujeres. La prevalencia de dispepsia en el internado fue del 32%. El tener ansiedad ($p < 0,001$; RRa: 5,9; IC 95%: 2,88-12,13) o depresión ($p = 0,015$; RRa: 3,4; IC 95%: 1,27-9,29) fueron factores de riesgo para padecer DF; el obtener una nota mejor al finalizar las rotaciones fue un factor protector ($p = 0,020$; RRa: 0,8; IC 95%: 0,71-0,97), ajustado por tener irritabilidad, y el consumo de bebidas energizantes. Concluyendo que según los datos evaluados, aquellos que cursen con algún trastorno psicosocial durante el internado están predispuestos a sufrir mayores riesgos para enfermedades gastrointestinales, por lo que las instituciones deben tener programas de detección y vigilancia de estas patologías. (19)

Bermúdez J.(2016). Realiza el estudio “Relación entre el índice de masa corporal (IMC) y la sintomatología del síndrome de Burnout académico en los estudiantes de nutrición de la Universidad Católica sedes Sapientiae 2016”, donde se investigó la relación entre el IMC y la sintomatología del Síndrome de Burnout Académico en una muestra de 150 estudiantes de la carrera de nutrición y dietética de la Universidad Católica Sedes Sapientiae. El burnout se evaluó con el cuestionario MBI-SS y el IMC con el peso y la talla de cada participante. Fue un estudio correlacional con estudiantes del primer al quinto, se empleó una encuesta sobre las características sociodemográficas, un cuestionario MBI-SS y se pesó y tallo a cada estudiante. Se procesaron y presentaron los datos utilizando stata12. Se efectuó un análisis bivariado para establecer la asociación entre las dos variables principales y para las demás variables sociodemográficas, mediante Chi cuadrado, T de student, Anova y correlación de Spearman con un nivel de significancia $P < 0.05$ y un nivel de confianza del 95%; para las variables cuantitativas, se evaluó la normalidad a través de la prueba de Shapiro Wilk ($p < 0.05$). Los resultados obtenidos evidenciaron, que no existe asociación entre las variables principales IMC y sintomatología del síndrome de burnout académico, ($P=0.457$), pero si hubo relación significativa con la edad ($P=0.0426$), sexo ($P=0.0051$), estado civil ($P=0.012$), número de hijos ($P=0.001$), tipo de trabajo ($P=0.0243$) y cursos que repitió ($P=0.0313$). (20)

Reyes A., Medina M., Mesa S., et al (2012). En su estudio síndrome de “burnout”, depresión y factores asociados en los practicantes internos del Hospital Escuela. Cuyo objetivo era determinar la presencia del síndrome de burnout, depresión y factores asociados en practicantes internos que laboran en el Hospital Escuela de Honduras. Encontraron una prevalencia global del síndrome de “burnout” en internos fue de 86.6% y la depresión de 24.4%. El 60.3% del síndrome de “burnout” correspondía al sexo femenino y un 39.7% al sexo masculino. 75.1% presentaban un alto agotamiento emocional, 60.2% despersonalización y el 26.4% una baja realización personal. Los practicantes internos solteros tuvieron una mayor prevalencia de despersonalización (64.2%) en comparación con los casados (36.0%). En cuanto a estilos de vida y síndrome de “burnout” se reportó un efecto protector marginal con el ejercicio, y se observó un mayor consumo de sustancias psicotrópicas. Concluyendo que la

prevalencia encontrada es un serio problema de salud entre la población médica que se asocia a una mala calidad de vida, bajo rendimiento y deterioro en el cuidado de pacientes. Es recomendable por lo tanto el establecimiento de medidas para su prevención. (21)

Benites B., Bellido L. (2006). En su investigación; Asociación de la dispepsia funcional con los factores psicológicos y los hábitos alimentarios en estudiantes de la facultad de Medicina de la UNMSM, Lima- Perú. En donde encuentran una prevalencia de 44.4% para dispepsia funcional, siendo significativamente mayor en mujeres (78%). En las escuelas de Enfermería y Obstetricia la prevalencia fue de 53.7% para cada una y en Tecnología Médica 31.5%. Entre los dispépticos se encontró una mayor tendencia a omitir tiempos de comida, tomar medicamentos y acostarse al poco tiempo de haber ingerido alimentos; así mismo una mayor prevalencia de consumo de chocolate como golosina y galletas ($p < 0.05$). Con relación a los factores psicológicos se les encontró mayor ansiedad, depresión y stress ($p < 0.05$). De todas las variables estudiadas, se encontró como factores asociados el estrés, el omitir el almuerzo y tiempo antes de acostarse luego de la última comida. Donde se encontró una elevada prevalencia de dispepsia funcional entre los estudiantes de la Facultad de Medicina (44.4%) y estuvo relacionada a un mayor nivel de estrés, la omisión del almuerzo y el tiempo que transcurre entre la última comida y el ir a acostarse. (22)

2.1.3. ANTECEDENTES A NIVEL LOCAL:

Vargas A. (2018). En su estudio; Niveles de estrés, depresión y ansiedad en relación al estado nutricional a gran altura en estudiantes universitarios del primer nivel de la Facultad de Medicina de la UNA – Puno 2016. De manera analítica de corte transversal, para una muestra de estudio de la población estudiantil del primer semestre de la Escuela Profesional de Medicina Humana en un número de 68 estudiantes, cuyo objetivo fue el de identificar la relación existente entre el nivel de estrés con el estado nutricional expresado por el Índice de Masa Corporal (IMC) y hemoglobina sérica (Hb); para lo cual se plantea la hipótesis de estudio, siendo que el mal estado nutricional influye en los desórdenes de los estados emocionales. Para tal efecto se aplicó el diseño estadístico de la Chi cuadrada, donde para el IMC se encontró que el 77.9 %

tenían valores normales, el 19.3 % con sobrepeso, el 1.5 % con obesidad y delgadez indistintamente. Considerando la Hb se encontró que el 13.2 % tenía anemia ferropénica, mientras que el 86.8 % tenían un nivel normal de Hb. Referenciando el Estrés, encontró que el 73.5 % no muestran evidencias de tenerla, el 25 % manifiesta alguna característica del Estrés, mientras que el 1.5 % muestra problema clínico. (23)

Flores Y., Charaja D. (2013). Realiza Estudio titulado “Factores psicosociales y la presencia del síndrome de burnout en estudiantes del Área de Biomédicas de la Universidad Nacional del Altiplano - Puno – 2013”, de tipo descriptivo, con diseño correlacional-comparativo; con una muestra conformada por 142 estudiantes de las escuelas profesionales de Odontología, Enfermería, Nutrición y Medicina Humana. Se obtuvo que, con respecto al síndrome de Burnout, el 83.1% de estudiantes de odontología tienen tendencia a presentar el síndrome; el 67.5% de estudiantes de Enfermería tienen el síndrome, en cuanto a las dimensiones, se evidencia que un 60.0% de estudiantes de Enfermería presentan agotamiento emocional, 30.8% de estudiantes de odontología presentan despersonalización y un 58.8% de estudiantes de medicina presentan baja realización personal. Con respecto a los Factores Psicosociales: Los Intrapersonales, en términos de Autoeficacia y Planificación del tiempo tienen menor manifestación un 67.5% los estudiantes de Enfermería, 93.8% en Odontología; del contexto social: en términos de Retroalimentación y Relaciones interpersonales tienen menor manifestación un 85.0% los estudiantes de enfermería, 88.2% en medicina; y por último del contexto académico en términos de Sobrecarga de materias tienen mayor manifestación un 82.5% los estudiantes de enfermería. Con respecto a la relación entre los factores psicosociales y la presencia del síndrome de Burnout se encontró una correlación negativa moderada ($r=-0,41$); en consecuencia a menor manifestación de los factores intrapersonales ($r=-0,83$) y del contexto social ($r=-0,75$) mayor es la presencia y/o tendencia del síndrome; sin embargo con respecto a los factores del contexto académico se encontró una correlación directa es decir que a mayor manifestación mayor es la presencia y/o tendencia del síndrome, los mismos que son considerados como estresores académicos. (24)

2.2. SUSTENTO TEORICO:

2.2.1. ESTADO NUTRICIONAL:

El estado nutricional se define como la condición del organismo que resulta de la relación entre necesidades nutritivas individuales y la ingestión, absorción y utilización de los nutrientes contenido en los alimentos. (25)

El Índice de Masa Corporal (IMC) es el indicador internacional para evaluar estado nutricional en adultos, también llamado Índice de Quetelet, el cual es el peso en kilogramos dividido por el cuadrado de la talla en metros (kg/m^2) es un índice utilizado frecuentemente para clasificar el sobrepeso y la obesidad en adultos. (26) (27) (28)

El Índice de Masa Corporal, la razón entre el peso y el cuadrado de la talla, es un buen indicador de la variabilidad de las reservas energéticas en los individuos con un estilo de vida sedentario, pero no en los atletas. Los índices antropométricos son combinaciones de mediciones y resultan esenciales para la interpretación de estas: es evidente que un valor para el peso corporal por sí solo no tiene significado a menos que esté relacionado con la edad o la talla de un individuo. Así como el peso y la talla. La clasificación del IMC, según la OMS se observa en el Cuadro N°1. (29)

Cuadro N° 1 Clasificación del índice de masa corporal.

CLASIFICACION	IMC
Bajo peso	<18.5
Peso normal	18.5 – 24.9
Sobrepeso	25.0 – 29.9
Obesidad Grado 1	30.0 – 34.9
Obesidad grado 2	35.0 – 39.9
Obesidad grado 3	>40.0

Fuente: OMS 1995, comité de Expertos de la OMS, Ginebra. (Serie de informes técnicos 854).

El sobrepeso se define como un aumento, mayor de lo normal del peso corporal en relación con la estatura. La obesidad se define como un porcentaje anormalmente elevado de grasa corporal. En los varones, la grasa corporal normal representa el 12-20 por ciento del peso corporal. En las mujeres normales, representa el 20-30 por ciento del peso corporal. (27)

La causa fundamental del sobrepeso y la obesidad es un desequilibrio energético entre calorías consumidas y gastadas. A nivel mundial ha ocurrido lo siguiente:

- Un aumento en la ingesta de alimentos de alto contenido calórico que son ricos en grasa.
- Un descenso en la actividad física debido a la naturaleza cada vez más sedentaria de muchas formas de trabajo, los nuevos modos de transporte y la creciente urbanización. (30)

Un IMC elevado es un importante factor de riesgo de enfermedades no transmisibles, como las siguientes:

- Las enfermedades cardiovasculares (principalmente las cardiopatías y los accidentes cerebrovasculares), que fueron la principal causa de muertes en 2012.
- La diabetes.
- Los trastornos del aparato locomotor (en especial la osteoartritis, una enfermedad degenerativa de las articulaciones muy discapacitante).
- Algunos cánceres (endometrio, mama, ovarios, próstata, hígado, vesícula biliar, riñones y colon).

El riesgo de contraer estas enfermedades no transmisibles crece con el aumento del IMC. (30)

La insuficiencia de peso respecto de la talla se denomina emaciación. Suele indicar una pérdida de peso reciente y grave, debida a que la persona no ha comido lo suficiente y/o a que tiene una enfermedad infecciosa, como la diarrea, que le ha provocado la pérdida de peso. Un niño pequeño que presente una emaciación moderada o grave tiene un riesgo más alto de morir, pero es posible proporcionarle tratamiento. (31)

2.2.2. HABITOS ALIMENTARIOS:

Los hábitos alimentarios se definen como el conjunto de costumbres que condicionan la forma como los individuos o grupos selecciona, prepara y consumen los alimentos, influidas por la disponibilidad de estos, el nivel de educación alimentaria y el acceso a los mismos. (25)

Una dieta saludable ayuda a protegernos de la malnutrición en todas sus formas, así como de las enfermedades no transmisibles, entre ellas la diabetes, las cardiopatías, los accidentes cerebrovasculares y el cáncer. En todo el mundo, las dietas insalubres y la falta de actividad física están entre los principales factores de riesgo para la salud.

Limitar el consumo de azúcar libre a menos del 10% de la ingesta calórica total. Mantener el consumo de sal por debajo de 5 gramos diarios (equivalentes a menos de 2 g de sodio por día) ayuda a prevenir la hipertensión y reduce el riesgo de cardiopatías y accidente cerebrovascular entre la población adulta

Los hábitos alimentarios sanos comienzan en los primeros años de vida; la lactancia materna favorece el crecimiento sano y mejora el desarrollo cognitivo; además, puede proporcionar beneficios a largo plazo, entre ellos la reducción del riesgo de sobrepeso y obesidad y de enfermedades no transmisibles en etapas posteriores de la vida. (32)

También existen factores que determinan los hábitos alimentarios como son los factores fisiológicos (sexo, edad, herencia genética, estados de salud, etc.), factores ambientales (disponibilidad de alimentos), factores económicos, o factores socioculturales (tradición gastronómica, creencias religiosas, estatus social, estilos de vida, etc.) (33).

La Organización Panamericana de la Salud en su Estrategia Regional y Plan de Acción para un Enfoque Integrado Sobre la Prevención y Control de las Enfermedades Crónicas del año 2007, reconoce factores ambientales, económicos y sociales y sus consiguientes procesos conductuales y biológicos que actúan en los diversos ciclos de la vida, que inciden sobre el riesgo de presentar algún tipo de patología crónica. En los adultos estos riesgos se refieren a la ingesta excesiva de grasas de tipo saturada y de sal, el bajo consumo de frutas y verduras, además del consumo de tabaco, alcohol, baja actividad física y factores de riesgo biológicos asociados. (34)

2.2.3. DISPEPSIA:

La Real Academia de la lengua define dispepsia como “La digestión laboriosa e imperfecta de carácter crónico”, el termino proviene de las palabras griegas Dys (difícil) y pepto (cocer o digerir), por lo que su significado estricto seria “mala digestión”. (35)

La dispepsia es una enfermedad cuyos síntomas se manifiestan en el tracto digestivo superior. La dispepsia puede clasificarse en tres tipos: dispepsia organica, dispepsia funcional y dispepsia no investigada.

Dispepsia orgánica: Los síntomas son debidos a una causa orgánica o metabólica. Entre las causas más frecuentes figuran la enfermedad ulcerosa, la dispepsia por fármacos, el cáncer gástrico y las enfermedades biliopancreáticas.

Por otra parte, hay causas extradigestivas que producen o hacen más evidentes los síntomas, como la diabetes mellitus, la insuficiencia renal o suprarrenal y las alteraciones hidroelectrolíticas.

Dispepsia funcional: Es la dispepsia para cuyos síntomas no existe una explicación identificable; es decir, no se demuestra una alteración orgánica o metabólica clara que justifique el malestar del paciente. Este tipo de dispepsia había recibido en el pasado otras denominaciones, como las de dispepsia no orgánica, no ulcerosa, idiopática o esencial. (35)

Dispepsia no investigada: Hay síntomas de dispepsia que afectan a pacientes en quienes no se han hecho estudios diagnósticos que permitan establecer si existe o no una causa orgánica que los justifique. Es la denominada dispepsia no investigada, forma frecuente de dispepsia, ya que existen pacientes en los que no son necesarias exploraciones si no cumplen criterios de edad (más de 50 años) y no presentan síntomas y signos de alarma. (4)

Dispepsia Funcional:

Fisiopatología y etiopatogenia de la dispepsia Funcional:

La fisiopatología de la dispepsia funcional es compleja, multifactorial y no esclarecida completamente. Se conoce que están implicados la disfunción motora y sensitiva del área gastroduodenal, la alteración de la permeabilidad de la barrera mucosa, la activación inmune de bajo grado y la desregulación del eje

cerebro-intestino. En función de los síntomas predominantes los mecanismos patogénicos serían diferentes. (36)

Los mecanismos implicados en la etiopatogenia de la Dispepsia Funcional son diversos. Entre los mecanismos desencadenantes de la DF figura el vaciado gástrico lento (30% de los pacientes), que se asocia al sexo femenino y a síntomas de hinchazón posprandial, náuseas y vómitos. Se ha descrito vaciado gástrico rápido en casi el 10% de pacientes con DF, y se asocia a síntomas similares a los del dumping (malestar e hinchazón posprandial, mareo y náusea). Sin embargo, un 60% de los pacientes con DF presentan un vaciado gástrico normal. Los síntomas de plenitud posprandial y saciedad precoz parecen más relacionados con alteraciones en la motilidad gástrica.

En alrededor del 30-40% de los pacientes se ha constado una acomodación gástrica anormal a la ingesta por un defecto en la reducción del tono de la pared, y se asocia a un predominio sintomático de saciedad precoz (80%). Esta acomodación anormal puede ir o no unida a hipomotilidad antral. (35)

Se identifica que la hipersensibilidad visceral es la causa de síntomas dispépticos en el 40% de los pacientes con DF. La hipersensibilidad gastroduodenal a la distensión se ha relacionado con dolor. En individuos controles, la hipersensibilidad visceral, sea por mecanismos periféricos o centrales, ocasionaría una amplificación de la señal, con la consiguiente aparición de síntomas, ante eventos no nocivos o de baja intensidad. El uso de fármacos anticonceptivos queda justificado por las evidencias existentes sobre el papel de la hipersensibilidad visceral en los pacientes con DF. (35)

Diagnóstico de Dispepsia Funcional:

El diagnóstico de dispepsia funcional es un diagnóstico por exclusión y se define por la presencia de síntomas atribuibles al tracto gastroduodenal donde no se han identificado causas de carácter orgánico, sistémico o metabólico subyacente que pudieran explicar la clínica del paciente. (37)

Según la última presentación de los criterios de Roma IV (Comité de expertos en el diagnóstico y tratamiento de trastornos gastrointestinales funcionales) para

dispepsia funcional, se divide en dos subgrupos: El síndrome de distrés postprandial (PDS) y el síndrome de dolor epigástrico (EPS). (38)

Y para el diagnóstico los criterios a considerar son:

Presentar uno o más de los siguientes síntomas: plenitud postprandial molesto, saciedad precoz molesto, epigastralgia molesta y ardor epigástrico (acidez).

No evidencia de ningún trastorno orgánico que puede explicar la enfermedad.

Como puntos de apoyo para el diagnóstico en los criterios de Roma IV se incluyen los siguientes: la distensión epigástrica, los eructos excesivos y las náuseas pueden estar presentes. Se incluye el término “molesto” en cada criterio porque este debe tener la suficiente magnitud para provocar un impacto negativo en las actividades de la vida cotidiana. (36)

Algunos factores de riesgo que se han identificado en los estudios son el sexo femenino, el envejecimiento, estatus socioeconómico alto, disminución del grado de urbanización, uso de antiinflamatorios no esteroideos, grado educacional bajo, vivir de alquiler, ausencia de calefacción central, compartir la cama con familiares y estar casado. (36)

2.2.4. SINDROME DE BURNOUT:

Conocida también como; síndrome del quemado, síndrome de sobrecarga emocional, síndrome del desgaste profesional y síndrome de fatiga en el trabajo, entre otros. Maslach y Jackson definen el síndrome como una forma inadecuada de afrontar un estrés emocional crónico cuyos rasgos principales son el agotamiento emocional, la despersonalización, y la disminución del desempeño personal. (5) (39)

En cuanto a su etiología, las cuales se describen como variables predictorias del Síndrome de Burnout, a aquellas circunstancias que anteceden a la ocurrencia del BO y pueden ayudarnos a comprender mejor el origen del mismo. Las formas de acceder a la identificación y análisis de las mismas pueden ser diversas, y van desde planteos eminentemente teóricos hasta estrictamente empíricos. En este sentido lo habitual es utilizar un instrumento de medida del Burnout, fundamentalmente el MBI, junto a otros instrumentos que evalúen las posibles variables predictorias. Por esta razón las escalas, inventarios y cuestionarios

utilizados han sido variados y han medido locus de control (el locus de control es un rasgo de personalidad propuesto a partir de la teoría del aprendizaje social que se refiere a la dirección del control que perciben los individuos sobre ellos mismos, que bien pueden dirigir esta percepción a la idea de que son ellos los que controlan sus actos y las consecuencias de sus acciones -expectativa de lugar interno de control- o, por el contrario, tienden a esperar que el control de sus acciones y de las consecuencias de sus acciones se encuentre en el exterior -expectativa de lugar externo de control-), ambigüedad y conflicto de rol, patrón de personalidad tipo A, características de personalidad clásicas como la ansiedad, la extroversión, el neuroticismo, distintas variables sociodemográficas, compromiso organizacional, y estresores laborales diversos, entre otras.(40)

Las que pueden ser divididas en tres categorías:

Del contexto Organizacional:

- Negativa dinámica del grupo
- Inadecuación profesional
- Sobrecarga en el trabajo
- Poca realización profesional
- Negativas interacciones médico-paciente
- Conflicto de rol
- Ambigüedad de rol
- Poca o nula participación en la toma de decisiones
- Falta de apoyo organizacional
- Frustración en las expectativas laborales
- Negativa relaciones con los compañeros
- Rigidez organizacional
- Insatisfacción en el trabajo
- Adicción al trabajo
- Falta de desafíos en el trabajo
- Falta de autonomía en el trabajo
- Estresores económicos
- Disminución del compromiso

Intrapersonales:

- Locus de control externo
- Indefensión aprendida
- Sexo
- Demandas emocionales
- Estrategias de afrontamiento inadecuadas
- Percepción de falta de autoeficacia
- Patrón de personalidad tipo A
- Frustración de las expectativas personales

Del contexto ambiental:

- Apoyo social
- Relaciones interpersonales
- Comunicación
- Actitudes de familiares y amigos
- Satisfacción vital
- Exigencias vitales
- Problemas familiares
- Recursos de afrontamiento familiares
- Cultura

Con relación directa a lo descrito como variables predictorias, las consecuencias que se presentan, a continuación, se describen divididas en tres niveles como; organizacionales, personales, o ambientales.

Del contexto organizacional:

- Disminución del rendimiento
- Actitudes negativas hacia el trabajo y falta de motivación
- Actitudes negativas hacia el paciente
- Incapacidad para realizar adecuadamente el trabajo
- Intención de abandonar el trabajo o abandono real
- Ausentismo, retrasos, pausas
- Insatisfacción en el trabajo
- Disminución del compromiso

Psicológicas o personales:

- Disfunciones psicosomáticas
- Actitudes negativas hacia sí mismo
- Depresión
- Sentimientos de culpabilidad
- Ansiedad
- Cólera
- Aburrimiento
- Baja tolerancia a la frustración
- Abuso de drogas.

Del contexto ambiental:

- Actitudes negativas hacia la vida en general
- Disminución de la calidad de vida personal. (40)

En cuanto a su presentación clínica, se identifican 3 aspectos del Síndrome de Burnout:

- **Cansancio o agotamiento emocional;** pérdida progresiva de energía, desgaste, fatiga.
- **Despersonalización o deshumanización (o cinismo):** construcción, por parte del sujeto, de una defensa para protegerse de los sentimientos de impotencia, indefinición y frustración. Caracterizado por el desarrollo de actitudes negativas, insensibilidad hacia los receptores del servicio prestado.
- **Abandono de la realización personal:** el trabajo pierde el valor que tenía para el sujeto, los afectados se reprochan no haber alcanzado los objetivos propuestos, con vivencias de insuficiencia personal y baja autoestima profesional. (5) (39)

Dichos componentes se presentan de forma insidiosa, no súbita, si no paulatina, cíclica, puede repetirse a lo largo del tiempo, de modo que una persona puede experimentar los tres componentes varias veces en diferentes épocas de su vida y en el mismo o en otro trabajo.

Existen varios tipos de manifestaciones que podemos considerar como signos de alarma o en ocasiones como parte ya del cuadro clínico en sí como: negación, aislamiento, ansiedad, miedo o temor, depresión (siendo uno de los más frecuentes en este síndrome y uno de los síntomas más peligrosos ya que puede llevar al suicidio), ira, adicciones, cambios de personalidad, culpabilidad y autoinmolación, cargas excesivas de trabajo, se puede presentar como cambios en los hábitos de higiene y arreglo personal, cambios en el patrón de alimentación, con pérdida o ganancia de peso exagerada, pérdida de la memoria y desorganización, dificultad para concentrarse y puede haber trastornos del sueño.

La clínica del síndrome se esquematizo en cuatro niveles:

- Leve: quejas vagas, cansancio, dificultad para levantarse a la mañana
- Moderado: cinismo, aislamiento, suspicacia, negativismo
- Grave: enlentecimiento, automedicación con psicofármacos, ausentismo, aversión, abuso de alcohol o drogas
- Extremo: aislamiento muy marcado, colapso, cuadros psiquiátricos, suicidios. (5)

El cuadro clínico puede seguir la siguiente secuencia:

- Etapa 1. Se percibe desequilibrio entre demandas laborales y entre recursos materiales y humanos de forma que los primeros exceden a los segundos, lo que provoca una situación de estrés agudo.
- Etapa 2. El individuo realiza un sobre-esfuerzo para adaptarse a las demandas. Pero esto sólo funciona transitoriamente (hasta aquí el cuadro es reversible).
- Etapa 3. Aparece el síndrome de burnout con los componentes descritos.
- Etapa 4. El individuo deteriorado psicofísicamente se convierte en un peligro más que en una ayuda para los destinatarios de los servicios. (39)

2.2.5. Correlación:

Un coeficiente de correlación mide el grado en que dos variables tienden a cambiar al mismo tiempo. El coeficiente describe tanto la fuerza como la dirección de la relación.

Correlación del momento del producto de Pearson:

La correlación de Pearson evalúa la relación lineal entre dos variables continuas. Una relación es lineal cuando un cambio en una variable se asocia con un cambio proporcional en la otra variable.

Correlación del orden de los rangos de Spearman:

La correlación de Spearman evalúa la relación monótona entre dos variables continuas u ordinales. En una relación monótona, las variables tienden a cambiar al mismo tiempo, pero no necesariamente a un ritmo constante. El coeficiente de correlación de Spearman se basa en los valores jerarquizados de cada variable y no en los datos sin procesar. (41)

Los coeficientes de correlación de Pearson y Spearman, son valorados, de acuerdo a la escala de coeficiente de correlación, los cuales se observan en el Cuadro N°2.

Cuadro N° 2 Escala de coeficiente de correlación.

RANGO	RELACIÓN
-0.91 a -1.00	Correlación negativa perfecta.
-0.76 a -0.90	Correlación negativa muy fuerte.
-0.51 a -0.75	Correlación negativa considerable.
-0.11 a -0.50	Correlación negativa media.
-0.01 a -0.10	Correlación negativa debil.
0.00	No existe correlación.
+0.01 a +0.10	Correlación positiva debil.
+0.11 a +0.50	Correlación positiva media.
+0.51 a +0.75	Correlación positiva considerable.
+0.76 a +0.90	Correlación positiva muy fuerte.
+0.91 a +1.00	Correlación positiva perfecta.

Fuente: Hernandez Sampieri & Fernandez Collado, 1998.

Prueba de Normalidad Shapiro Wilk:

La prueba de Shapiro-Wilk es un test estadístico empleado para contrastar la normalidad de un conjunto de datos. Publicado en 1965 por Samuel Shapiro y Martin Wilk.

El test utiliza el contraste de hipótesis para rechazar la normalidad de la muestra. La hipótesis nula asume que la muestra proviene de una población distribuida normalmente. Es recomendable elegir la prueba de Shapiro-Wilk si las muestras son pequeñas ($n < 30$). Un resultado con una $p < 0,05$, indica que nuestros datos no siguen una distribución normal. Pero si el valor p es menor al nivel de significación establecido se rechaza la hipótesis nula y se considera que hay evidencia para concluir que la muestra no proviene de una distribución normal. Sin embargo, conviene recordar que en caso contrario el valor p es mayor que el nivel de significación establecido no se acepta la hipótesis alternativa, simplemente no se rechaza la hipótesis nula. No se demuestra nada. (42) (43)

CAPITULO III

MATERIALES Y MÉTODOS

3.1. TIPO Y DISEÑO DE INVESTIGACION:

Estudio de tipo descriptivo, analítico de corte transversal y retrospectivo.

3.3. POBLACION Y MUESTRA:

3.3.1. POBLACION:

Para el presente trabajo de investigación, la población estuvo conformada por los internos de medicina (estudiantes de último ciclo del bachillerato), que realizaron el internado médico en el Hospital Regional Manuel Núñez Butrón de la ciudad de Puno, en el año 2018, que hacen un total de 22 internos.

3.3.2. MUESTRA:

Método de Muestreo: No Probabilístico.

La muestra estuvo conformada por 21 internos de medicina, que realizaban el internado médico en el Hospital Regional Manuel Nuñez Butron de la ciudad de Puno al momento del estudio, que reunían los criterios de inclusión.

3.3.3. CRITERIOS DE INCLUSION:

Para la selección de la muestra se emplearon los siguientes criterios:

- Estudiantes de medicina que se encuentren en el último ciclo de estudio del bachillerato que realizan el Internado Medico.
- Internos de medicina que presentan disposición para participar en el estudio.

3.3.4. CRITERIOS DE EXCLUSION:

Se aplicó el siguiente criterio de exclusión:

- Estudiantes de medicina que se encuentran en el último ciclo de estudio del bachillerato, que renunciaron al internado médico.
- Estudiantes con diagnóstico de enfermedad por reflujo gastroesofágico, gastritis, intestino irritable, y enfermedad por ulcera péptica.

3.4. VARIABLES DE ESTUDIO:

Variable independiente:

- Estado nutricional.

Variables dependientes:

- Dispepsia funcional.
- Síndrome de Burnout.
- Hábitos alimentarios.

3.4.1. OPERACIONALIZACION DE VARIABLES:

VARIABLE		TIPO	INDICADOR	INDICE
VARIABLE INDEPENDIENTE	Estado Nutricional	Cuantitativo	IMC.	<18.5 Bajo Peso 18.5-24.9 Peso Normal. 25.0-29.9 Sobrepeso. 30.0-34.9 Obesidad Grado 1. 35.0-39.9 Obesidad Grado 2. > 40.0 Obesidad grado 3.
	Dispepsia Funcional	Cualitativo	Presencia o ausencia	Si No
VARIABLES DEPENDIENTES	Síndrome de Burnout	Cualitativo	Niveles y Subniveles	Cansancio Emocional 0-18 Bajo 19-26 Medio 27-54 Alto
				Despersonalización: 0-5 Bajo 6-9 Medio 10-30 Alto
				Realización Personal 0-33 Bajo 34-39 Medio 40-56 Alto
	Hábitos Alimentarios.	Cualitativo	¿Has omitido el desayuno?	Si
				No
			Si omites el almuerzo, ¿por qué?	No omites.
				Te falta tiempo.
				El horario no te lo permite.
				No tienes dinero.
			¿Con que frecuencia, omites el almuerzo?	No omite.
1-2 días/semana				
3-4 días/semana				
¿Has omitido el Almuerzo?			Si	
	No			
Si omites el almuerzo, ¿por qué?	No omites.			
	Te falta tiempo.			
	El horario no te lo permite.			
			No tienes dinero.	

			¿Con que frecuencia, omites el almuerzo?	No omite. 1-2 días/semana 3-4 días/semana 5-7 días/semana
			¿Has omitido la cena?	Si No
			Si omites la cena, ¿por qué?	No omites. Te falta tiempo. El horario no te lo permite. No tienes dinero.
			¿Con que frecuencia, omites la cena?	No omite. 1-2 días/semana 3-4 días/semana 5-7 días/semana
			¿Consideras que comes?	Poco Lo suficiente En exceso
			¿Cómo comes?	Lento Normal Rápido
			¿Consumes las comidas a temperatura?	Caliente Cálido o templado Frio
			Por lo general luego de cenar ¿cuánto tiempo dejas pasar antes de acostarte?	0-15 min 16-30 min 31 min – 1 h 1-2 horas 2 horas a mas
			¿Haces una siesta después de almorzar?	1-4 veces por sem. 5-7 veces por semana. Nunca

3.5. MÉTODOS, TÉCNICAS E INSTRUMENTOS PARA LA RECOLECCION DE DATOS:

Para la determinación del Estado Nutricional:

- **Método:** Antropométrico.
- **Técnica:** Mediciones antropométricas del peso y la talla.

Se invitó al participante a la toma de datos, para su evaluación nutricional, donde se tomó como primer dato, la talla. Para dicho procedimiento el participante debió estar sin accesorios en la cabeza, y ubicado en el centro de la base del tallímetro, de espaldas al tablero, en posición erguida, mirando al frente, con los brazos a los costados del cuerpo, con las palmas de las manos descansando sobre los muslos, los talones juntos y las puntas de los pies ligeramente separados. Se aseguró que los talones, pantorrillas, nalgas,

hombros, y parte posterior de la cabeza, se encuentren en contacto con el tablero del tallímetro.

Seguidamente se tomó el peso de la persona, donde el participante debió estar con la menor ropa posible, y ubicado sobre la plataforma de la balanza, en posición erguida y mirando al frente de la balanza, con los brazos a los costados del cuerpo, con las palmas descansando sobre los muslos, los talones ligeramente separados y la punta de los pies separados formando una "V".

Una vez conocidos los datos se aplicó la fórmula del Índice de Masa Corporal; $IMC = \text{Peso (kg)} / \text{Estatura (m}^2\text{)}$. Donde el resultado se clasifica de acuerdo a los valores determinados por la OMS. Un IMC de <18.5 es bajo peso, entre 18.5 y 24.9 normal, dentro de 25.0 y 29.9 sobrepeso, y >30 existe obesidad. (26)

- **Instrumentos:** Ficha de evaluación de estado nutricional (Anexo N°4) para cada participante.

Para la valoración de los hábitos alimentarios:

- **Método:** Entrevista.
- **Técnica:** Encuesta.

Para la valoración de los hábitos alimentarios del participante, se solicitó la participación del interno de manera verbal. En donde se requirió el llenado del protocolo de consentimiento informado (Anexo N°3), el cual debió ser completado con sus datos personales, firma y DNI, para comenzar con el cuestionario. Seguidamente se le proporcionó el cuestionario de Hábitos Alimentarios, y se le explicó al participante la forma del llenado. El cuestionario constó, de un total de 9 ítems, en el cual se consideraron los caracteres físicos de la alimentación. Los tres primeros ítems exploraron la omisión de los principales tiempos de comida durante el día (Desayuno, Almuerzo y Cena), cuya veracidad de las respuestas fue evaluada por dos repreguntas para verificar la concordancia, temperatura de ingesta, el uso de medicamentos, el tiempo

que deja pasar antes de acostarse y la realización de una siesta después de almorzar.

Una vez culminado con el llenado del cuestionario, se agradeció cordialmente al participante, y se le asignó un código al cuestionario, para procedimientos posteriores.

Para su calificación, las preguntas del cuestionario, fueron apreciadas individualmente, según las alternativas que presentaba cada pregunta.

- **Instrumento:** Se empleó el Cuestionario de Hábitos Alimentarios (Anexo N°5). El cual fue diseñado y validado en una población similar a los sujetos de estudio y modificado mediante juicio de expertos. Instrumento elaborado por Benites Beker, y Bellido Luciana en la facultad de medicina de la Universidad Mayor de San Marcos.

Para establecer la presencia de Dispepsia Funcional:

- **Método:** Entrevista.
- **Técnica:** Encuesta.

Para establecer la presencia de Dispepsia Funcional, posteriormente de contar con su consentimiento, se le proporcionó al participante, el cuestionario "A new questionnaire for the diagnosis of dispepsia". (Un nuevo cuestionario para diagnosticar dispepsia). El cual fue elaborado y validado por Bisbal y Leon Barua. El mismo que contiene 9 preguntas en un lenguaje muy claro y comprensible, relacionado con los síntomas o molestias relacionados con los síntomas cardinales de la dispepsia que hayan estado presentes en las dos últimas semanas. (44)

Entre los síntomas considerados, se encuentran:

- Sensación de llenura o pesadez en la "boca del estómago" después de comer.
- Vinagreras o sensación de ardor que sube de la boca del estómago hacia el pecho.
- Regreso desde el estómago hasta la garganta de contenido ácido (avinagrado) amargo o de alimentos.
- Náuseas o ganas de vomitar.

- Vómitos de alimentos, jugo ácido o bilis amarilla y amarga.
- Dolor o ardor en la boca del estómago inmediatamente (o menos de una hora) después de comer.
- Tres o más eructos después de las comidas o eructos sin haber comido.
 - Dolor o ardor en la boca del estómago con estómago vacío y que calman al comer. (22)

Para su cuantificación, por cada síntoma, se tomó en cuenta su frecuencia e intensidad de presentación en las dos semanas anteriores, en el que:

- 1 punto, si el síntoma no molestó en absoluto o solo con poca frecuencia.
- 2 puntos, si molesta solo un poco.
- 3 puntos, si molesta moderadamente.
- 4 puntos, si molestó mucho. (44)

Para su calificación, se consideró la presencia de dispepsia, cuando en el cuestionario existió presencia de un mínimo de 2 síntomas, y al menos uno de ellos con una calificación de “medianamente” o más. En caso contrario, no se le consideró como dispepsia.

- **Instrumento:** Se utilizó el Test titulado “A new Questionnaire for The Diagnosis of Dyspepsia” elaborado y validado por Bisbal y Leon Barua, (Anexo N°6).

Para valorar el Síndrome de Burnout:

- **Método:** Entrevista.
- **Técnica:** Encuesta.

Para valorar el síndrome de Burnout, posteriormente de contar con el consentimiento del participante, se le proporcionó al mismo, el cuestionario titulado “Maslach Burnout Inventory Human Services Survey”, se le explicó también la forma de llenarlo y una vez completado el cuestionario, este fue codificado y valorado de acuerdo a los parámetros establecidos.

El cuestionario constó de 22 ítems, los mismos que se distribuyen en tres subescalas denominadas; agotamiento emocional (nueve ítems), realización personal en el trabajo (ocho ítems) y despersonalización (cinco ítems). Esta escala tiene una alta consistencia interna y una fiabilidad cercana al 90%.

Cada enunciado pertenece a una de las tres dimensiones, que se valoran con una escala tipo Likert de siete puntos, que se relacionan con la frecuencia con la que se experimentan. La escala se mide según los siguientes rangos:

0 = Nunca

1 = Pocas veces o menos al año.

2 = Una vez al mes o menos.

3 = Unas pocas veces al mes o menos.

4 = Una vez a la semana.

5 = Pocas veces a la semana.

6 = Todos los días.

Para la cuantificación, se sumaron las respuestas de cada una cada uno de los ítems, para cada una de las subescalas:

- En la primera subescala de agotamiento emocional, se tomó en cuenta la sumatoria de las afirmaciones propuestas en las preguntas: 1,2,3,6,8,13,14,16 y 20, del cuestionario, con una puntuación máxima de 54. Valora la vivencia de estar exhausto emocionalmente por las demandas del trabajo.
- Para la segunda subescala de despersonalización, se consideró la sumatoria de las afirmaciones 5,10,11,15 y 22 del cuestionario, con una puntuación máxima de 30. Valora el grado en que cada uno reconoce actitudes de frialdad y distanciamiento.
- Para la tercera subescala de realización personal, se consideró la sumatoria de las afirmaciones comprendidas en las preguntas

4,7,9,12,17,18,19 y 21. Con una puntuación máxima de 48. Evalúa los sentimientos de autoeficacia y realización personal en el trabajo.

Para la calificación; de cada dimensión se consideró “alto” si el resultado se encontraba en el tercio superior de la distribución, se calificó con “medio” si lo hacían en el tercio medio y “bajo” si se encontraban en el tercio inferior.

Finalmente, puntuaciones altas en las dos primeras subescalas y una puntuación baja en la última, definen el síndrome de Burnout.

- **Instrumento:** Se empleó el cuestionario de Maslach Burnout Inventory Human Services Survey (MBI - HSS) el mismo que fue elaborado por Christina Maslach y Susan E. Jackson. (Anexo N°7).

3.5.1. CONSIDERACIONES ETICAS:

Para las consideraciones éticas se empleó un protocolo de consentimiento informado, para poder iniciar con la recolección de datos.

Una vez solicitado la participación del interno de medicina, de forma individual, para poder iniciar con la aplicación de encuestas. Se le hizo entrega del protocolo de consentimiento informado (Anexo N°3). Donde completó sus datos personales, incluyendo su DNI y firma.

3.5.2. PLAN DE RECOLECCION DE DATOS:

- Una vez que se aprobó el proyecto de investigación, se comenzó con la ejecución del mismo.
- Para iniciar, se presentó el proyecto de investigación a la Unidad de Apoyo a la Docencia e Investigación del Hospital Regional Manuel Núñez Butron de la ciudad de Puno (Anexo N°1), posteriormente se solicitó la aprobación del Coordinador de los Internos de medicina para su aprobación.
- Una vez obtenido el permiso, la Unidad de Investigación de Apoyo a la docencia e Investigación del H.R.M.N.B de la ciudad de Puno, emitió el oficio de presentación como tesista (Anexo N°2). Posteriormente se inició con la ejecución del proyecto.

- El proyecto se ejecutó dentro de los diversos departamentos de hospitalización del Hospital Regional Manuel Núñez Butron de la ciudad de Puno. Los mismos que son; el departamento de cirugía, el departamento de medicina, el departamento de Pediatría y el departamento de Ginecología y obstetricia. Donde los internos realizaban sus rotaciones, se abordó a los internos en horarios en los que los internos no tenían mucha carga para con su servicio.

3.6. DISEÑO Y ANALISIS ESTADISTICO:

Las encuestas fueron revisadas para depurar inconsistencias, para posteriormente ser digitalizadas en el programa Excel 2013. Se empleó el programa SPSS Vers.22 para el análisis de las variables nominales y ordinales (Estado Nutricional, Índice de Masa Corporal, Dispepsia Funcional y Hábitos Alimentarios). Donde los resultados son descritos utilizando frecuencias y porcentajes en tablas de contingencia.

Para la estadística analítica bivariada se trató las variables cuantitativas, con la prueba de normalidad de Shapiro Wilk, y la correlación lineal de Pearson, y la Rho de Spearman para las variables cualitativas, las cuales probaron la hipótesis para determinar si dos variables están relacionadas o no. Con un nivel de significancia del $0.05 = 5\%$.

La sintaxis de la función Pearson tiene los siguientes argumentos:

- Matriz 1 Obligatorio. Es un conjunto de valores independientes.
- Matriz 2 Obligatorio. Es un conjunto de valores dependientes.

Con la fórmula:

$$r_{xy} = \frac{n \sum X_i Y_i - (\sum X_i)(\sum Y_i)}{\sqrt{n \sum X_i^2 - (\sum X_i)^2} \sqrt{n \sum Y_i^2 - (\sum Y_i)^2}}$$

En el que X e Y son las medias de muestra promedio (Matriz 1) y Promedio (Matriz 2). (52)

El coeficiente de correlación de rangos de Spearman, en donde el Rho se da por la formula.

$$r_s = 1 - \frac{6\sum d_i^2}{n(n^2 - 1)}$$

Siendo:

- **n**= la cantidad de sujetos que se clasifican
- **xi** =el rango de sujetos i con respecto a una variable
- **yi** = el rango de sujetos i con respecto a una segunda variable
- **di** =xi - yi

Con la regla de decisión:

- Si p (valor probabilístico) > α (0.05), se acepta hipótesis Ho.
- Si p (valor probabilístico) < α (0.05), se rechaza la hipótesis Ha.

3.7. HIPOTESIS DE LA INVESTIGACIÓN:

- Ha. Los hábitos alimentarios, la dispepsia funcional y el estado nutricional tienen relación con el estado nutricional de los internos de medicina del Hospital Regional Manuel Nuñez Butron de la ciudad de Puno – 2018.
- Ho. Los hábitos alimentarios, la dispepsia funcional y el estado nutricional no tienen relación con el estado nutricional de los internos de medicina del Hospital Regional Manuel Nuñez Butron de la ciudad de Puno – 2018.

CAPITULO IV

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

4.1. Estado Nutricional de los internos de medicina del Hospital Regional Manuel Nuñez Butron de la ciudad de Puno – 2018

Tabla N° 1 Estado Nutricional de los internos del H.R.M.N. de Puno.

IMC	N°	%
Bajo peso	1	4.76
Normal	10	47.62
Sobrepeso	10	47.62
Obesidad	0	0
TOTAL	21	100

Fuente: Evaluación del índice de masa corporal. Propia de la investigación.

En la tabla N°1, se describe el estado nutricional de los internos de medicina del Hospital Regional Manuel Nuñez Butrón de la ciudad de Puno, se presencia que el 4.76% presenta bajo peso, y el 47.62% se encuentra entre lo normal, y en la misma cifra con sobrepeso.

Ortega J. en su estudio las alteraciones ponderales de los internos de medicina humana durante el internado del Hospital Nacional Arzobispo Loayza, donde encontró que el promedio para el IMC inicial fue del 24.1 lo que significa normalidad, y para el final del estudio presentaron un promedio de IMC del 25.28 lo que significa sobrepeso. En cuanto a la frecuencia inicial de sobrepeso, el promedio de IMC fue 27, y posteriormente este incrementó a un IMC de 42, lo que significa obesidad. Estos resultados fueron relacionados con el sedentarismo principalmente. (7)

En contraste con esta investigación, se aprecia similitudes ya que es más del 40% en ambas investigaciones que se observan sobrepeso, en el último trimestre del internado médico.

4.2. Hábitos alimentarios de los internos de medicina del Hospital Regional Manuel Nuñez Butron de la ciudad de Puno – 2018.

Tabla N° 2 Hábitos Alimentarios de los Internos de Medicina del H.R.M.N.B. de la ciudad de Puno

Hábitos Alimentarios			
	Test	N°	%
¿Has omitido el desayuno?	Si	18	85.7
	No	3	14.3
Si omites el desayuno, ¿por qué?	No omite.	3	14.3
	Te falta tiempo.	12	57.1
	El horario no te lo permite.	6	28.6
¿Con que frecuencia, omites el desayuno?	No omite.	3	14.3
	1-2 días/semana	11	52.4
	3-4 días/semana	6	28.6
	5-7 días/semana	1	4.8
¿Has omitido el Almuerzo?	Si	14	66.7
	No	7	33.3
Si omites el almuerzo, ¿por qué?	No omites.	6	28.6
	Te falta tiempo.	10	47.6
	El horario no te lo permite.	5	23.8
¿Con que frecuencia, omites el almuerzo?	No omite.	6	28.6
	1-2 días/semana	9	42.9
	3-4 días/semana	5	23.8
	5-7 días/semana	1	4.8
¿Has omitido la cena?	Si	13	61.9
	No	8	38.1
Si omites la cena, ¿porque?	No omites.	9	42.9
	Te falta tiempo.	6	28.6
	El horario no te lo permite.	6	28.6
¿Con que frecuencia, omites la cena?	No omite.	8	38.1
	1-2 días/semana	7	33.3
	3-4 días/semana	3	14.3
	5-7 días/semana	3	14.3
¿Consideras que comes?	Poco	1	4.8
	Lo suficiente	19	90.5
	En exceso	1	4.8
¿Cómo comes?	Lento	2	9.5
	Normal	11	52.4
	Rápido	8	38.1
¿Consumes las comidas a temperatura?	Caliente	1	4.8
	Cálido o templado	19	90.5
	Frio	1	4.8
Por lo general luego de cenar ¿cuánto tiempo dejas pasar antes de acostarte?	0-15 min	2	9.5
	16-30 min	1	4.8
	31 min – 1 h	4	19
	1-2 horas	7	33.3
	2 horas a mas	7	33.3
¿Haces una siesta después de almorzar?	1-4 veces por sem.	7	33.3
	5-7 veces por semana.	1	4.8
	Nunca	13	61.9

Fuente: Elaboración en base al cuestionario de hábitos alimentarios propia de la investigación

En la tabla N°2, podemos observar acerca de los hábitos alimentarios de los internos de medicina del Hospital Regional Manuel Núñez Butrón de la ciudad de Puno, donde el 85.7% omite el desayuno, el 66.7% omite el almuerzo y es el 61.9% que omite la cena. Los tres tiempos de comida son omitidos por los internos en valores mayores al cincuenta por ciento, por falta de tiempo primordialmente, de una a dos veces por semana. El 90.5% afirma comer lo suficiente en cuanto al volumen. El 52.4% consume sus alimentos en una velocidad normal, pero es el 38.1% que lo hace de manera rápida. Los horarios bajo los que se desenvuelven los internos, no son los adecuados, las exigencias y la exposición de los mismos al ambiente hospitalario no es la más favorable para su salud. En cuanto al volumen y la calidad nutricional de los alimentos que ellos consumen dentro del hospital, no es la mejor, además que los horarios de atención del mismo son muy cortos y no apoyan a sus horarios.

Zanardi D., en su investigación titulada; sintomatología gastrointestinal, estrés y hábitos alimentarios, asevera que los participantes realizaban todas las comidas todos los días, pero destinaban poco tiempo a las principales, y practicaban una incorrecta masticación, al mismo tiempo presentaban sintomatología gastrointestinal, por lo que concluye que dichos síntomas Interfieren en el desarrollo de la vida cotidiana a nivel personal, social y laboral y a pesar de ello no buscan atención medica debido a la subestimación de los síntomas. (14)

Macías S. afirma que la siesta ayuda a disminuir en un 37% el estrés y el riesgo de padecer enfermedades cardiovasculares. La falta de sueño incrementa el cortisol, y un exceso de esta hormona aumenta la intolerancia a la glucosa y a la grasa, debilita el sistema muscular e inmunológico y disminuye los niveles de la hormona del crecimiento, lo que puede provocar diabetes y enfermedades cardiovasculares. Asimismo, la serotonina es un neurotransmisor que regula el sueño, el apetito y el estado de ánimo. Y dormir inunda nuestro cerebro de serotonina, lo que nos proporciona una sensación de satisfacción y bienestar (45)

Para la OMS "Los períodos cortos de sueño después del almuerzo, mejoran la salud de las personas y permiten que aumente la actividad cerebral, lo cual se traduce en mayor productividad y creatividad". (46)

4.3. Presencia de Dispepsia Funcional en los internos de medicina del Hospital Regional Manuel Nuñez Butron de la ciudad de Puno – 2018

Tabla N° 3 Presencia de Dispepsia de los Internos de Medicina

Dispepsia Funcional		
Índice	N°	%
No	11	52
Si	10	48
TOTAL	21	100

Fuente: Elaboración en base al Test de Dispepsia, propia de la investigación.

En la tabla N°3, podemos observar que el 52% de los internos de medicina del Hospital Regional Manuel Núñez Butrón de la ciudad de Puno, no presenta síntomas dispépticos, y el 48% de los internos presentan síntomas dispépticos. Siendo los más frecuentes; el dolor o ardor en la boca del estómago con estómago vacío y que calman al comer, vinagreras o sensación de ardor que sube de la boca del estómago, sensación de llenura fácil con menos cantidad de alimento que la de costumbre y regreso desde el estómago hasta la garganta de contenido ácido (avinagrado), amargo o de alimentos, y el dolor de ardor o ardor en la boca del estómago inmediatamente (o menos de una hora) después de comer. Los cuales fueron las respuestas con más frecuencia de los internos que al cuestionario presentan dispepsia.

Carrion M. en su estudio de prevalencia de síntomas dispépticos y factores asociados en internos de medicina de diversos hospitales, encontró que el 35% de los encuestados presentaba síntomas dispépticos, los mismos que estaban asociados a la depresión, problemas para conciliar el sueño, y el consumo de café. (17)

Así también, Mejía C., et al, en su estudio de factores psicosociales y hábitos asociados con dispepsia funcional en internos de un hospital nacional en Piura, encontró un 32% de prevalencia de dispepsia, y que el riesgo de padecerla, se incrementó al presentar algún grado de depresión o de ansiedad, y disminuyó al obtener una mayor nota después de su rotación. (19)

Vargas M., Talledo-Ulfe L., Samaniego R., et al. En su estudio; dispepsia funcional en estudiantes de ocho facultades de medicina peruanas, encontró que el 24% de los participantes tuvieron dispepsia funcional donde el comer dentro horarios regulares disminuye su frecuencia, y el haber desaprobado un curso aumenta su frecuencia.

Talledo U. en su investigación sobre factores asociados a dispepsia no investigada en estudiante de 4 facultades de medicina de Latinoamérica, encontró incremento de padecer dispepsia no investigada el tener depresión, tener problemas relacionados con el sueño y el consumir café regularmente, asimismo el comer regularmente en una pensión disminuyeron su frecuencia. (12)

Los resultados de este estudio superan, a la de las referencias, los mismos que son alarmantes. Mones J. afirma que la dispepsia funcional se ha relacionado también con factores de la esfera psicosocial, los pacientes con DF presentan una mayor frecuencia de síntomas de ansiedad y depresión que los controles y los pacientes con dispepsia orgánica. También han sido implicados el estrés psicosocial, las emociones negativas y ciertos rasgos de la personalidad. (35)

4.4. Síndrome de Burnout en los internos de medicina del Hospital Regional Manuel Nuñez Butron de la ciudad de Puno – 2018

Cansancio Emocional:

Tabla N° 4 Cansancio Emocional de los Internos de los internos de medicina del Hospital Regional Manuel Nuñez Butron de la ciudad de Puno – 2018.

CANSANCIO EMOCIONAL		
INDICE	N°	%
Bajo	9	43
Medio	3	14
Alto	9	43
TOTAL	21	100

Fuente: Elaboración en base al cuestionario de Maslach Burnout Inventory, propia de la investigación.

En la tabla N°4 se puede observar que el 43% de los internos de medicina del Hospital Regional Manuel Núñez Butrón de la ciudad de Puno presentan un bajo índice en la subescala de cansancio emocional del síndrome de Burnout, mientras que un 14% lo presenta medianamente, y es un 43% que presenta un índice alto, lo que significa que los internos que lo presentan en un índice alto presentan pérdida progresiva de energía, desgaste y fatiga. El cansancio emocional es el sentimiento de que nada se pudo ofrecer a otras personas, junto con la sensación de no poder dar más de sí mismos a los demás (falta de recursos emocionales). (5) (40)

Jaime C. en su estudio del Síndrome de Burnout en internos de medicina del Hospital Nacional 2 de Mayor encontró un 35% con niveles altos de agotamiento emocional (48). Comparando ambas investigaciones, los valores encontrados en esta investigación son mayores.

Así mismo Paz M. estudia la prevalencia del síndrome de Burnout en los estudiantes del internado médico en la ciudad de Trujillo un estudio realizado en Trujillo se encontró un 43.2% con un índice alto de cansancio emocional, en contraste a los resultados ofrecidos por la presente investigación, las cifras son similares. (47)

Despersonalización:

Tabla N° 5 Despersonalización de los Internos de Medicina del H.R.M.N.B de la ciudad de Puno.

DESPERSONALIZACION		
INDICE	N°	%
Bajo	4	19
Medio	5	24
Alto	12	57
TOTAL	21	100

Fuente: Elaboración en base al cuestionario de Maslach Burnout Inventory, propia de la investigación.

En la tabla N°5 se describe la subescala de despersonalización del síndrome de Burnout en los internos de medicina del Hospital Regional Manuel Núñez Butrón de la ciudad de Puno. Donde el 19% presenta un índice bajo, el 24% presenta un índice medio y es el 57% que presenta un índice alto. Lo que significaría una construcción por parte del sujeto, de una defensa para protegerse de los sentimientos de impotencia, indefinición y frustración (5).

A diferencia de Jaime C., que en su estudio titulado; síndrome de Burnout en internos de medicina del hospital Nacional Dos de Mayo, encontró una prevalencia del 61% con niveles altos, de internos que concluyeron el año. Los resultados obtenidos en el presente estudio se encuentran por encima del 50% de los participantes quienes presentan altos índices en esta subescala, del síndrome de Burnout. (48)

Paz M. estudia la prevalencia del síndrome de Burnout en los estudiantes del internado médico en la ciudad de Trujillo encontró que el 62.9% de los mismos presentaban un índice alto de despersonalización, en comparación de los resultados ofrecidos por nuestro estudio, la despersonalización se presenta con menor frecuencia para los internos de medicina de la ciudad de Puno. (47)

Realización Personal:

Tabla N° 6 Realización Personal de los Internos de Medicina del H.R.M.N.B. de la ciudad de Puno

REALIZACION PERSONAL		
INDICE	N°	%
Bajo	9	43
Medio	8	38
Alto	4	19
TOTAL	21	100

Fuente: Elaboración en base al cuestionario de Maslach Burnout Inventory, propia de la investigación.

En la tabla N°6 se observa que el 43% de los internos del Hospital Regional Manuel Núñez Butrón de la ciudad de Puno presentan un índice bajo en la subescala de Realización Personal. Mientras que un 38% medianamente y el 19% presenta un índice alto. Esta subescala consiste en la percepción del trabajo de manera negativa; los afectados se reprochan no haber alcanzado los objetivos propuestos, con vivencias de insuficiencia personal y baja autoestima profesional (39).

Paz M. estudia la prevalencia del síndrome de Burnout en los estudiantes del internado médico en la ciudad de Trujillo, encontrando que el 37.1% presenta un índice bajo de realización personal (47).

En comparación el presente estudio, muestra un 43% de prevalecía con bajo índice de despersonalización, el cual es mayor en comparación del estudio hecho por Paz M.

El presentar altas puntuaciones en las dos primeras subescalas, y baja en la tercera, definen la presencia del síndrome de Burnout. En este estudio se encontró que tres internos presentaban ya este síndrome, padecerlo durante la formación médica no es un evento benigno.

Carrión M., en su estudio titulado; prevalencia de síntomas dispépticos y factores asociados en internos de medicina de varios hospitales, afirma que la exposición a estresores crónicos puede generar una serie de alteraciones, incidiendo

directamente en la salud física. Pudiendo ser un factor de riesgo para alteraciones cardiovasculares, fatiga crónica, cefaleas, alteraciones gastrointestinales, respiratorias como el asma, alteraciones de sueño, dermatológicas, alteraciones menstruales, disfunciones sexuales y alteraciones articulares (17).

Alega también que, los estudiantes de medicina con Síndrome de Burnout son de 2 a 3 veces más propensos a presentar ideación suicida en comparación a los que no lo presentan. Se considera como signos de alarma; cambios en los hábitos de higiene y arreglo personal, cambios en el patrón de alimentación, con pérdida o ganancia de peso exagerada, pérdida de la memoria y desorganización. (17)(11)

4.5. Relación entre el estado nutricional y hábitos alimentarios de los internos de medicina del Hospital Regional Manuel Nuñez Butron de la ciudad de Puno – 2018.

Para la comprobación de la hipótesis, donde:

Ha. El Estado Nutricional tiene relación con los hábitos Alimentarios de los internos de medicina del Hospital Regional Manuel Nuñez Butron de la ciudad de Puno – 2018.

Ho. El Estado Nutricional no tiene relación con los hábitos Alimentarios de los internos de medicina del Hospital Regional Manuel Nuñez Butron de la ciudad de Puno – 2018. Nivel de significancia: $0.05 = 5\%$

Tabla N° 7 Correlación entre estado nutricional y hábitos alimentarios de los Internos de Medicina del H.R.M.N.B. de la ciudad de Puno.

Hábitos Alimentarios	Test	Estado Nutricional								r	p
		Bajo Peso		Normal		Sobrepeso		Total			
		N°	%	N°	%	N°	%	N°	%		
¿Has omitido el desayuno?	Si	1	4.8	7	33.3	10	47.6	18	85.7	-0,382	0,087
	No	0	0	3	14.3	0	0	3	14.3		
Si omites el desayuno, ¿por qué?	No omite.	0	0	3	14.3	0	0	3	14.3	0.259	0.257
	Te falta tiempo.	0	0	5	23.8	7	33.3	12	57.1		
	El horario no te lo permite.	1	4,8	2	9.5	3	14.3	6	28.6		
¿Con que frecuencia, omites el desayuno?	No omite.	0	0	3	14.3	0	0	3	14.3	0.223	0.331
	1-2 días/sem.	1	4.8	4	19.0	6	28.6	11	52.4		
	3-4 días/sem.	0	0	2	9.5	4	19.0	6	28.6		
	5-7 días/sem.	0	0	1	4.8	0	0	1	4.8		
¿Has omitido el Almuerzo?	Si	1	4.8	7	33.3	6	28.6	14	66.7	0.100	0.666
	No	0	0	3	14.3	4	19	7	33.		
Si omites el almuerzo, ¿por qué?	No omites.	0	0	3	14.3	3	14.3	6	28.6	-0.166	0.472
	Te falta tiempo.	0	0	4	19.0	6	28.6	10	47.6		
	El horario no te lo permite.	1	4.8	3	14.3	1	4.8	5	23.8		
¿Con que frecuencia, omites el almuerzo?	No omite.	0	0	3	14.3	3	14.3	6	28.6	-0.825	0.715
	1-2 días/sem.	1	4.8	4	19	4	19	9	42.9		
	3-4 días/sem.	0	0	2	9.5	3	14.3	5	23.8		
	5-7 días/sem.	0	0	1	4.8	0	0	1	4.8		
¿Has omitido la cena?	Si	0	0	6	28.6	7	33.3	13	61.9	-0.292	0.200
	No	1	4.8	4	19	3	14.3	8	38.1		
Si omites la cena, ¿porque?	No omites.	1	4.8	6	28.6	2	9.5	9	42.9	0.383	0.087
	Te falta tiempo.	0	0	1	4.8	5	23.8	6	28.6		
	El horario no permite.	0	0	3	14.3	3	14.3	6	28.6		
¿Con que frecuencia, omites la cena?	No omite.	1	4.8	5	23.8	2	9.5	8	38.1	0.454	0.039
	1-2 días/sem.	0	0	4	19	3	14.3	7	33.3		
	3-4 días/sem.	0	0	0	0	3	14.3	3	14.3		
	5-7 días/sem.	0	0	1	4.8	2	9.5	3	14.3		
¿Consideras que comes?	Poco	0	0	1	4.8	0	0	1	4.8	-0.166	0.473
	Lo suficiente	0	0	9	42.9	10	47.6	19	90.5		
	En exceso	1	4.8	0	0	0	0	1	4.8		
¿Cómo comes?	Lento	0	0	1	4.8	1	4.8	2	9.5	0.370	0.098
	Normal	1	4.8	7	33.3	3	14.3	11	52.4		
	Rápido	0	0	2	9.5	6	28.6	8	38.1		
¿Consumes las comidas a temperatura?	Caliente	0	0	1	4.8	0	0	1	4.8	0.115	0.621
	Cálido o templado	1	4.8	9	42.9	9	42.9	19	90.5		
	Frio	0	0	0	0	1	4.8	1	4.8		
Por lo general luego de cenar ¿cuánto tiempo dejas pasar antes de acostarte?	0-15 min	0	0	0	0	2	9.5	2	9.5	-0.189	0.411
	16-30 min	0	0	0	0	1	4.8	1	4.8		
	31 min – 1 h	0	0	3	14.3	1	4.8	4	19		
	1-2 horas	1	4.8	2	9.5	4	19	7	33.3		
	2 horas a mas	0	0	5	23.8	2	9.5	7	33.3		
¿Haces una siesta después de almorzar?	1-4 veces/ sem.	1	4.8	3	14.3	3	4.3	7	33.3	0.281	0.217
	5-7 veces/ sem.	0	0	1	4.8	0	0	1	4.8		
	Nunca	0	0	6	28.6	7	33.3	13	61.9		

Fuente: Elaboración en SPSS (Vers. 22) a partir de los datos de la evaluación nutricional y cuestionario de hábitos alimentarios.

En la tabla N°7, se muestra la relación entre el estado nutricional y los hábitos alimentarios de los internos de medicina del Hospital Regional Manuel Nuñez Butron de la ciudad de Puno, donde se observa que de los internos con hábitos alimentarios inadecuados el 4.8% presentaron bajo peso, el 23.8% un IMC normal y el 42.9% sobrepeso. Mientras que los internos que presentaron hábitos alimentarios adecuados, el 23.8% presenta un IMC normal mientras que el 4.8% tiene sobrepeso.

Montse B., afirma que saltarse las comidas puede desencadenar una sobrecompensación y una mayor ingestión de alimentos en la siguiente comida. Cuando se salta una comida el cuerpo compensa la pérdida de energía conservando lo ya ingerido y ralentizando el metabolismo. Asimismo, el mantener un horario en las comidas nos ayudará a mantener el orden metabólico y el peso correcto del cuerpo, sino que es una constante prevención frente a numerosos trastornos del organismo como la diabetes, algunas enfermedades cardiovasculares. (49) (50)

Benites B., Bellido L., en su investigación titulada; asociación de la dispepsia funcional con los factores psicológicos y los hábitos alimentarios en estudiantes, encontró que el omitir el almuerzo y el tiempo que transcurre entre la última comida y el acostarse tienen relación con una elevada prevalencia de dispepsia funcional. (22)

El coeficiente de correlación de Spearman alcanzados, para las diferentes interrogantes, se encuentran entre valores negativos y positivos. Siendo el resultado más significativo, el encontrado para la frecuencia con que omite la cena, siendo $Rho = 0.454$ que indica una correlación positiva media, y un valor $p = 0.039$ que es menor a 0.05, por lo tanto, es significativo. En promedio, el valor $Rho = 0.04$ que es una correlación positiva débil con un valor $p = 0.352$ mayor a 0.05, entonces los hábitos alimentarios no tienen relación estadísticamente significativa con el estado nutricional de los internos de medicina del Hospital Regional Manuel Nuñez Butron de la ciudad de Puno.

4.6. Relación entre el Estado Nutricional y Dispepsia Funcional de los internos de medicina del Hospital Regional Manuel Nuñez Butron de la ciudad de Puno – 2018

Para la comprobación de la hipótesis, donde:

Ha. El Estado Nutricional tiene relación con la dispepsia Funcional de los internos de medicina del Hospital Regional Manuel Nuñez Butron de la ciudad de Puno – 2018.

Ho. El Estado Nutricional no tiene relación con la dispepsia Funcional de los internos de medicina del Hospital Regional Manuel Nuñez Butron de la ciudad de Puno – 2018.

Nivel de significancia: $0.05 = 5\%$

Tabla N° 8 Correlación entre estado nutricional y dispepsia funcional de los internos de medicina del H.R.M.N.B. de la ciudad de Puno

		IMC						Total	
		Bajo peso		Normal		Sobre peso			
		N	%	N	%	N	%	N	%
DISPEPSIA FUNCIONA	No	1	4,8	4	19,0	6	28,6	14	52,4
	Si	0	0,0	6	28,6	4	19,6	7	47,6
TOTAL		1	4,8	10	47,6	10	47,6	21	100,0

Fuente: Elaboración en SPSS (Vers. 22) a partir de los datos de la evaluación nutricional y cuestionario de dispepsia.

En la tabla N°8, se muestra la dispepsia funcional con respecto al estado nutricional de los internos de medicina del hospital regional Manuel Nuñez Butron de la Ciudad de Puno con un nivel de significancia del 0.416, se observa que los internos que no presentan dispepsia funcional, el 4,8% de ellos tiene un bajo peso, mientras que el 19.0% presenta un IMC normal y el 28.6% tienen sobre peso, a diferencia de los internos con dispepsia funcional, el 28.6% presentan un IMC normal y el 19,6% presenta sobre peso.

Según el análisis estadístico para el coeficiente de correlación de Spearman $Rho = -0.047$ lo cual indica una correlación negativa débil, y un valor $p=0.839$ que es mayor a 0.05 , es decir no es significativo, por lo tanto, se acepta la hipótesis nula. La dispepsia funcional no tiene relación con el estado nutricional de los internos de Medicina del Hospital Regional Manuel Núñez Butron de la ciudad de Puno.

La frecuencia de dispepsia funcional expuesto en este estudio, es elevado, el mismo que se relaciona según estudios anteriores a la sintomatología del síndrome de Burnout, el que está presente en altos valores en los internos de medicina de este estudio.

Que de acuerdo a Esteban M. los efectos que se presentan serian a nivel organizacional, ambiental y personal, siendo las disfunciones psicosomáticas, ira, aburrimiento, adicciones, ansiedad y depresión (la más peligrosa, ya que puede llevar al suicidio) las mencionadas consecuencias, afectan directamente con su salud física y mental. Se puede presentar cambios en hábitos de higiene y arreglo personal, cambios en el patrón de alimentación, con pérdida o ganancia de peso exagerada, pérdida de memoria y desorganización. (40)

4.7. Relación entre el Estado Nutricional y el Síndrome de Burnout de los internos de medicina del Hospital Regional Manuel Nuñez Butron de la ciudad de Puno – 2018.

Para la comprobación de la hipótesis, donde:

Ha. El síndrome de Burnout tiene relación con el estado Nutricional de los internos de medicina del Hospital Regional Manuel Nuñez Butron de la ciudad de Puno – 2018.

Ho. El síndrome de Burnout no tiene relación con el estado Nutricional de los internos de medicina del Hospital Regional Manuel Nuñez Butron de la ciudad de Puno – 2018.

Nivel de significancia: $0.05 = 5\%$

Estado nutricional y cansancio emocional de los internos de medicina del Hospital Regional Manuel Nuñez Butron de la ciudad de Puno – 2018:

Tabla N° 9 Correlación entre estado nutricional y cansancio emocional de los Internos de Medicina del H.R.M.N.B. de la ciudad de Puno

		IMC						Total	
		Bajo peso		Normal		Sobre peso			
		N	%	N	%	N	%	N	%
CANSANCIO EMOCIONAL	Bajo	1	4,8	4	19,0	4	19,0	9	42,9
	Medio	0	0,0	2	9,5	1	4,8	3	14,3
	Alto	0	0,0	4	19,0	5	23,8	9	42,9
Total		1	4,8	10	47,6	10	47,6	21	100,0

Fuente: Elaboración en SPSS (Vers. 22) a partir de los datos de la evaluación nutricional y cuestionario MBI.

En la tabla N°9, se muestra el cansancio emocional y el estado nutricional de los internos de medicina del Hospital Regional Manuel Núñez Butrón de la ciudad de Puno donde el 4.8% tiene bajo peso y presenta bajo cansancio emocional, y del 47.6% con un IMC Normal, el 19% presenta un bajo cansancio emocional, el 9.5% presenta un índice medio de cansancio emocional, y el otro 19% presenta bajo cansancio emocional. Del 47.6% de internos que presentaron sobrepeso, el 19% presenta bajo cansancio emocional, el 4.8% lo presenta medianamente, y es el 23.8% que presenta alto cansancio emocional.

Según el análisis estadístico, se obtuvo el coeficiente de correlación de Pearson $r = 0.247$, lo cual indica una relación positiva media, y un valor $p=0.28$ que es mayor al valor de significancia 0.05, es decir se acepta la hipótesis nula. Por lo que, el cansancio emocional no tiene relación significativa con el Índice de Masa Corporal de los internos de Medicina del Hospital Regional Manuel Nuñez Butron de la ciudad de Puno.

Estado nutricional y despersonalización de los internos de medicina del Hospital Regional Manuel Nuñez Butron de la ciudad de Puno – 2018

Tabla N° 10 Correlación entre estado nutricional y despersonalización de los Internos de Medicina del H.R.M.N.B. de la ciudad de Puno

		IMC						TOTAL	
		Bajo peso		Normal		Sobre peso			
		N	%	N	%	N	%	N	%
DESPERSONALIZACIÓN	Bajo	1	4,8	3	14,3	0	0,0	4	19,0
	Medio	0	0,0	1	4,8	4	19,0	5	23,8
	Alto	0	0,0	6	28,6	6	28,6	12	57,1
TOTAL		1	4,8	10	47,6	10	47,6	21	100,0

Fuente: Elaboración en SPSS (Vers. 22) a partir de los datos de la evaluación nutricional y cuestionario MBI.

En la tabla N°10 se muestra el estado nutricional en relación con la subescala de despersonalización del síndrome de Burnout de los internos de medicina del Hospital Regional Manuel Nuñez Butron de la ciudad de Puno, donde de los que presentan despersonalización Baja un 4.8% tiene bajo peso y un 14.3% tiene un IMC normal. Es también un 4.8% con IMC normal que presentan despersonalización media, mientras que el 19% sobrepeso. De los internos que presentan despersonalización alta, un 28.6% tiene un IMC normal, y el 28.6% restante, tiene sobrepeso.

El coeficiente de correlación de Pearson que se obtuvo fue $r = 0.433$ lo cual indica una relación positiva media, y un valor $p=0.050$ de significancia, que es menor a 0.05, es decir se acepta la hipótesis alterna. La despersonalización tiene relación con el estado nutricional de los internos de Medicina del Hospital Regional Manuel Nuñez Butron de la ciudad de Puno.

Estado nutricional y realización personal de los internos de medicina del Hospital Regional Manuel Nuñez Butron de la ciudad de Puno – 2018

Tabla N° 11 Correlación entre estado nutricional y realización personal de los Internos de Medicina del H.R.M.N.B. de la ciudad de Puno

		IMC						TOTAL	
		Bajo peso		Normal		Sobre peso			
		N	%	N	%	N	%	N	%
REALIZACIÓN PERSONAL	Bajo	0	0,0	5	23,8	4	19,0	9	42,9
	Medio	0	0,0	4	19,0	4	19,0	8	38,1
	Alto	1	4,8	1	4,8	2	9,5	4	19,0
Total		1	4,8	10	47,6	10	47,6	21	100,0

Fuente: Elaboración en SPSS (Vers. 22) a partir de los datos de la evaluación nutricional y cuestionario MBI.

En la tabla N°11 se muestra la relación entre la realización personal como subescala del síndrome de Burnout con el estado nutricional de los internos de medicina del Hospital Regional Manuel Nuñez Butron de la ciudad de Puno, donde un 23.8% con realización personal baja presenta un IMC normal, y el 19% sobrepeso. El 19% con IMC normal manifiesta realización personal media y el 19% sobrepeso. De los que presentan un índice de realización personal alta un 4.8% tiene un índice de masa corporal normal y el 9.5% presenta sobrepeso.

La junta de Andalucía, afirma que una de las causas más comunes de la depresión y ansiedad es que la gente no tiene suficientes intereses o actividades. Realizar actividades que le mantengan ocupado es importante para mantener su salud mental, su autoestima y el dominio sobre su vida. El ejercicio puede ayudar con los problemas de sueño y distraer la mente de la ansiedad o de preocupaciones, a la vez que ayuda a disminuir las sustancias de nuestro cuerpo relacionadas con el estrés, tales como la adrenalina y el cortisol. El cual además contribuirá con el estado nutricional de la persona. (51)

El coeficiente de correlación de Pearson $r = -0.175$, lo que indica una correlación negativa media, con un valor $p=0.448$ que es mayor a 0.05 , es decir que no es significativo por lo que se acepta la hipótesis nula. La realización personal no tiene relación con el estado nutricional de los internos de Medicina del Hospital Regional Manuel Nuñez Butron de la ciudad de Puno.

Bermudez J., en su estudio de relación entre el índice de masa corporal y la sintomatología del síndrome de Burnout, no encontró asociación entre el IMC y la sintomatología del síndrome de Burnout académico, el mismo que se explica en que esté influyendo las limitaciones del Índice de Masa Corporal, ya que el IMC está sujeto a errores de medición al tratar de cuantificar el tejido adiposo. Que es similar a este estudio, donde no es significativo el coeficiente de correlación.

En comparación, con este estudio, ambas investigaciones coinciden en que no existe relación significativa entre el estado nutricional y el síndrome de Burnout

Así también, Reyes A., et al, en su estudio titulado; Burnout, depresión, y factores asociados en los practicantes internos del hospital Escuela, reporto un efecto protector marginal con el ejercicio, el cual repercutirá también en el estado nutricional de la persona de manera positiva. (21)

CAPITULO V

CONCLUSIONES

- Se evaluó el estado nutricional de los internos de medicina del Hospital Regional Manuel Nuñez Butron de la ciudad de Puno, con el índice de masa corporal (IMC), donde el 47.62% presenta sobrepeso, y en la misma cifra se encuentra entre lo normal, mientras que el 4.76% tiene bajo peso.
- Se valoró los hábitos alimentarios de los internos de medicina, en el que más del 50% omite sus tres tiempos de comida, por falta de tiempo, 1 a 2 veces por semana.
- Se estableció la presencia de dispepsia funcional de los internos de medicina, donde el 48% presenta dispepsia funcional.
- Se determinó la presencia del Síndrome de Burnout de los internos de medicina, de acuerdo a las subescalas, para cansancio emocional un 43% presenta un índice alto, en la despersonalización el 57% presenta un índice alto, y en la realización personal el 43% tiene un índice bajo.
- El coeficiente entre los hábitos alimentarios y el estado nutricional es $Rho=0.454$ que indica una correlación positiva media, y un valor $p=0.352$ que no es significativo. Adicionalmente, la frecuencia con la que se omite la cena ($Rho=0.454$ y $p=0.039$) indica una relación positiva media significativa.
- El coeficiente entre la dispepsia funcional y el estado nutricional es $Rho=-0.047$ que indica una correlación negativa débil con un valor $p=0.839$ que no es significativo.
- El coeficiente entre el síndrome de Burnout y el estado nutricional es $r=0.16$ que significa una correlación positiva media, con un valor $p=0.259$ que no es significativo. Por lo demás, si existe relación entre la subescala de despersonalización y el estado nutricional ($Rho=0.433$, y $p=0.05$) que es una relación positiva media significativa.

CAPITULO VI

RECOMENDACIONES

- A los investigadores por venir, se recomienda ampliar el ámbito de estudio hacia los internos de demás profesiones de salud, y estudiantes de medicina de ciclos inferiores ya que son poblaciones con presencia de mayores factores de riesgo. Asimismo, contemplar diferentes factores de riesgo que puedan estar relacionados, como los hábitos nocivos, frecuencia de consumo de fibra dietética, y la actividad física.
- Proponer al Hospital Regional Manuel Nuñez Butron de la ciudad de Puno implementar mayores actividades deportivas y de esparcimiento para mantener a los internos activos físicamente y distraer sus pensamientos, y nuevas estrategias de atención del comedor hacia los internos de medicina ya que las actividades que deben cumplir dentro de su rotación no son bajo horarios estables, lo que les lleva a omitir sus comidas, la misma que es un factor predisponente para el desarrollo de la dispepsia funcional.

CAPITULO VII

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Suca Saavedra R, Lopez Huamanrayne E. Síndrome de Burnout en internos de medicina del Perú: ¿Es un problema muy prevalente?. [Internet]. 2016. [consultado 20 Oct 2018]; 79 (1), 2016. Disponible en: <http://www.scielo.org.pe/pdf/rnp/v79n1/a10v79n1.pdf>
2. Ferrandiz Santos J.A. Dispepsia. AMF [Internet] 2014 [consultado 30 Jun 2018]; 10 (3) 124-133 Disponible en: http://amf-semfyc.com/web/article_ver.php?id=1244.
3. Grupo RPP [Internet]. RPP Noticias. Dispepsia podría ser síntoma de gastritis y hasta cáncer. 16 de octubre 2016 [consultado 30 Jun 2018]; Disponible en: <http://rpp.pe/vida-y-estilo/salud/dispepsia-podria-ser-sintoma-de-gastritis-y-hasta-cancer-noticia-906000>
4. Vargas M., Talledo-Ulfe L., Samaniego R., et al. Dispepsia funcional en estudiantes de ocho facultades de medicina peruanas. Influencia de los hábitos. Acta Gastroenterológica Latinoamericana [Internet] 2016, 46(2):95-101 [Consultado 30 de Jun de 2018] Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=199346231004>.
5. Saborio L., Hidalgo L.F.. Síndrome de Burnout. [Internet]. 2015 [consultado 2018 Abril 29]; 13-14(2-1-2): 32 (1). Disponible en: <http://www.scielo.sa.cr/pdf/mlcr/v32n1/art14v32n1.pdf>.
6. Palomares Estrada L. Estilos de vida saludable y su relación con el estado nutricional en profesionales de salud. [Tesis Profesional]. Universidad Peruana de Ciencias Aplicadas; 2014: 85p. Disponible en: https://repositorioacademico.upc.edu.pe/bitstream/handle/10757/566985/TesisdeMaestr%C3%ADa_LitaPalomares.pdf?sequence=2
7. Ortega J., Alteraciones ponderales en el internado de medicina humana del Hospital Nacional Arzobispo Loayza, en el año 2017. [Tesis Profesional] 2018. Universidad Privada San Juan Bautista.
8. Favarato L. FAO/OPS: sobrepeso en Perú afecta a más de la mitad de la población, sobre todo a mujeres y niños. [Internet]. FAO; 19 de Enero 2017. [Consultado 30 Jun 2018]. Disponible en: <http://www.fao.org/peru/noticias/detail-events/en/c/463701/>

9. Sanabria P.A, Gonzales LA, Urrego D.Z. Estilos de vida saludable en profesionales de la salud colombianos. Estudio exploratorio [Internet]. 2007. [consultado 30 Jun 2018]; 15(2): 207-217. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/med/v15n2/V15n2a08.pdf>
10. El Diario. Importancia de cuidar del personal sanitario. [Internet]. Nicaragua; Kronoscode; 01 de Mayo del 2018 [Consultado 30 Jun 2018]. Disponible en: <https://www.elnuevodiario.com.ni/suplementos/ellas/462636-importancia-cuidar-salud-personal-sanitario/>
11. Bianchini Matamoros M. El síndrome de Burnout en personal profesional de la salud [Internet]. 1997 [consultado 2018 Abril 29]; 13-14(2-1-2): 189-192. Disponible en: http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1409-00151997000200017&lng=en.
12. Talledo L., et al. Factores asociados a dispepsia no investigada en estudiantes de 4 facultades de medicina de Latinoamérica. Rgmx [Internet]. 2018. [consultado 05 de Julio 2018]; 83(3):215-222. Disponible en: Revista de Gastroenterología de México. 2018. <https://doi.org/10.1016/j.rgmx.2017.05.009>
13. Theaux A. Frecuencia de dispepsia funcional en estudiantes de medicina de la Universidad abierta Interamericana. [Tesis de Licenciatura]. Rosario: Investigación y Publicaciones Universidad Abierta Interamericana; 2012.
14. Zanardi D. Sintomatología Gastrointestinal, estrés y Hábitos Alimentarios. [Tesis de Licenciatura]. Mar de Plata: Repositorio Digital de la Universidad de la Fraternidad de Agrupaciones Santo Tomas de Aquino; 2012.
15. Bisbal O., León R., Berendson R., Biber M., A new questionnaire for the diagnosis of dyspepsia. Acta gastroenterologica Latinoamericana. 32. 25-8. [Internet] 2002 [Consultado 2019 Marzo 10]. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/11244609_A_new_questionnaire_for_the_diagnosis_of_dyspepsia
16. Palacios A. Relación de los hábitos alimentarios y la dispepsia funcional en estudiantes de nutrición de la UNFV 2017. [Tesis de pregrado]. Lima: Repositorio Institucional Digital Universidad Nacional Federico Villareal; 2017.

17. Carrion M. Prevalencia de síntomas dispépticos y factores asociados en internos de medicina del Hospital Jose Cayetano Heredia, Jorge Reátegui Delgado y Santa Rosa de Piura, Perú, período julio - diciembre 2016.
18. Martínez R., Tuya L., Martínez M., Pérez A., Cánovas A. El coeficiente de correlación de los rangos de Spearman caracterización. Rev haban cienc méd [Internet]. 2009 Jun [citado 2018 Dic 20]; 8(2). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1729-519X2009000200017&lng=es.
19. Mejia, CR, Quezada-Osoria, C, Verastegui-Díaz, A, Cárdenas, MM, García-Moreno, KM, Quiñones-Laveriano, DM. Factores psicosociales y hábitos asociados con dispepsia funcional en internos de un hospital nacional en Piura, Perú. Revista Colombiana de Gastroenterología [Internet]. 2016;31(4):354-359. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=337749741005>
20. Bermudez J. Relación entre el índice de masa corporal (IMC) y la sintomatología del síndrome de burnout académico en los estudiantes de nutrición de la Universidad Católica sedes Sapientae 2016. [Tesis pregrado]. Lima: Repositorio Institucional Digital Universidad católica Sede Sapientiae; 2017.
21. Reyes A., Medina M., Mesa X., et al. Estudio de Síndrome de “Burnout”, depresión y factores asociados en los practicantes internos del Hospital Escuela. Rev. Fac. Cienc, Med. [Internet]. 2012. [consultado 05 de Julio 2018]; 9 (1). Disponible en: <http://www.bvs.hn/RFCM/pdf/2012/pdf/RFCMVol9-1-2012-4.pdf>
22. Benitez B., Bellido L. Asociación de la dispepsia funcional con los factores psicológicos y los hábitos alimentarios en estudiantes de la facultad de Medicina de la UNMSM, Lima-Perú. [Tesis Pregrado]. Lima: Cybertesis Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2006.
23. Vargas A. Niveles de estrés, depresión y ansiedad en relación al estado nutricional a gran altura en estudiantes universitarios del primer nivel de la Facultad de Medicina de la UNA – Puno 2016 [Tesis Pregrado]. Puno; Repositorio Institucional Universidad Nacional del Altiplano; 2018.
24. Flores Y., Charaja D. Factores psicosociales y la presencia del síndrome de burnout en estudiantes del Área de Biomédicas de la Universidad

- Nacional del Altiplano - Puno – 2013. [Tesis Pregrado]. Puno; Repositorio Institucional Universidad Nacional del Altiplano; 2013.
25. FAO. Glosario de Términos. <http://www.fao.org/docrep/014/am401s/am401s07.pdf>
26. INCAP. Evaluación del estado Nutricional. Honduras - 2010. [consultado 2018 Mayo 04]. Disponible en: https://www.paho.org/hon/index.php?option=com_docman&view=download&alias=209-evaluacion-del-estado-nutricional&category_slug=desarrollo-humano-sostenible-y-estilos-de-vida-sal&Itemid=211
27. FAO. Capítulo 8-Salud, obesidad y los valores energéticos de las grasas alimentarias. Disponible en <http://www.fao.org/docrep/V4700S/v4700s0c.htm>
28. OMS. 10 datos sobre la obesidad. <http://www.who.int/features/factfiles/obesity/facts/es/>
29. OMS. El estado físico e interpretación de la antropometría. Informe de un comité de expertos de la OMS. España, 2000. Disponible en: http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/42132/WHO_TRS_854_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y
30. OMS. Obesidad y Sobrepeso. Disponible en: <http://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight>, 2018.
31. OMS. Malnutrición. <http://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/malnutrition>, 2018.
32. OMS. Alimentación Sana. Disponible en: <http://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/healthy-diet>, 2018.
33. Fundación Española de la Nutrición. Hábitos Alimentarios. Disponible en: <http://www.fen.org.es/blog/habitos-alimentarios/>
34. Troncoso P Claudia, Amaya P Juan Pablo. Factores sociales en las conductas alimentarias de estudiantes universitarios. Rev. chil. nutr. 36(4): 1090-1097. [Internet]. 2009. [Consultado 2018 Nov 27]. Disponible en: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75182009000400005&lng=es. <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-75182009000400005>.

35. Mones J. Dispepsia Funcional. Rev. Siete días médicos. [Internet]. 2014. [consultado 20 de Octubre 2018]. Disponible en: http://www.sietediasmedicos.com/biblioteca/item/download/316_3d4df6b062f15cc1aeead408588170be
36. Paso J. Dispepsia Funcional, aerofagia y rumiación. RAPD Online [Internet] 2016, 40(4) [Consultado 20 de Oct de 2018] Disponible en: <https://www.sapd.es/revista/2017/40/4/01/pdf>
37. Asociación Española de Gastroenterología, Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria y Centro Cochrane Iberoamericano. Manejo del paciente con dispepsia. Guía de Práctica Clínica. Barcelona: Asociación Española de Gastroenterología. Elsevier España, S.L. 2012
38. Rome Foundation. Rome IV. Disponible en: <https://romeonline.org/product/rome-iv-online-collection-all-six-rome-iv-books-online/>
39. Gutierrez G., Celis M., Moreno S., Farias F., Suarez J. Síndrome de Burnout. Arch Neurocienc [Internet] 2006, 11(4):305-309. [Consultado 30 de Jun de 2018] Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/arcneu/ane-2006/ane064m.pdf>
40. Esteban M. Síndrome de Burnout en profesionales médicos de oncología. [Tesis Profesional]. Universidad Favarolo
41. Minitab. Una comparación de los métodos de correlación de Pearson y Spearman. Disponible en: <https://support.minitab.com/es-mx/minitab/18/help-and-how-to/statistics/basic-statistics/supporting-topics/correlation-and-covariance/a-comparison-of-the-pearson-and-spearman-correlation-methods/>
42. Mpalanco. 10 de noviembre del 2014. Nube de datos Análisis de datos: R, Excel, Access, VBA y SQL [Internet Blog]. [Consultado el 27 de Enero19]. Disponible en: <http://nubededatos.blogspot.com/2014/11/test-de-normalidad-shapiro-wilk-en-r.html>.
43. Bellon J., EMEI Epidemiología Molecular de Enfermedades Infecciosas [Internet] 2013. [Consultado 27 de Enero 19] Disponible en: <https://epidemiologiamolecular.com/tablas-graficos-pruebas-normalidad/>
44. Bisbal O., Leon R. Berendson R. et al. A New cuestionnaire for the diagnosis of Dyspepsia. Acta Gastroenterol Latinoam [Internet] 2002,

- May,32 (1). 25-8. [Consultado 30 de Noviembre de 2018] Disponible en:
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12136688>
45. Macías S. Los 10 beneficios de una buena siesta. Fundación Española del Corazon, Salud y Corazón. Disponible en:
<https://fundaciondelcorazon.com/corazon-facil/blog-impulso-vital/2854-los-10-beneficios-de-una-buena-siesta.html>
46. El Mundo. La hora del almuerzo. Unidad Editorial Información General S.L.U. Julio 2014. Disponible en:
<https://www.elmundo.es/blogs/elmundo/paco-a-la-naranja/2014/07/02/la-hora-del-almuerzo.html>
47. Paz M. Comparación de la prevalencia del síndrome de Burnout en los estudiantes del internado medico de los hospitales nivel III de Trujillo, 2013. [Tesis Pregrado]. Trujillo: Biblioteca digital. Oficina de sistemas e informática-UNT; 2014.
48. Jaime C. Síndrome de Burnout en Internos de Medicina del hospital Nacional Dos de Mayo 2013-2014. [Tesis Pregrado]. Lima; Cybertesis UNMSM, 2014.
49. Montse B. Hábitos Alimentarios. Elsevier [Internet] 2016, Mar,30 (2). 5-24. [Consultado 30 de Noviembre de 2018] Disponible en:
<http://www.elsevier.es/es-revista-farmacia-profesional-3-articulo-habitos-alimentarios-X0213932416516151>
50. Bellon J., EMEI Epidemiología Molecular de Enfermedades Infecciosas [Internet] 2013. [Consultado 27 de Enero 19] Disponible en:
<https://epidemiologiamolecular.com/tablas-garficos-pruebas-normalidad/>
51. Junta de Andalucía. Guías de Autoayuda para la depresión y los trastornos de ansiedad. Servicio Andaluz de Salud. 2013. Disponible en:
<https://consaludmental.org/publicaciones/Guiasautoayudadepresionansiedad.pdf>
52. Microsoft. Pearson (Función Pearson). Disponible en:
<https://support.office.com/es-es/article/pearson-funci%C3%B3n-pearson-0c3e30fc-e5af-49c4-808a-3ef66e034c18>

ANEXOS

Anexo N°1

Solicitud para realizar estudio de investigación.



"Año del Diálogo y Reconciliación Nacional"

SOLICITO: Realizar estudio de investigación.

Señor:
DIRECTOR DEL HOSPITAL REGIONAL MANUEL NUÑEZ BUTRON DE PUNO.

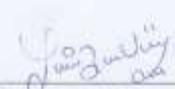
Yo Yaqueline Nohely Blanco Velásquez, identificada con DNI N°70082834 con domicilio Real del Jr. llave 769 de la ciudad de Puno. Egresada de la Escuela Profesional de Nutrición Humana de la Universidad Nacional del Altiplano – Puno. Ante usted me presento y expongo:

Que es preciso, para obtener la licenciatura en Nutrición de la Escuela Profesional de Nutrición Humana, de la Universidad Nacional del Altiplano realizar un estudio de Investigación. Por lo que solicito permiso para desarrollar el estudio de Investigación titulado "Relación entre Dispepsia Funcional, Síndrome de Burnout y Hábitos Alimentarios con el Estado Nutricional de los internos de Medicina del Hospital Regional Manuel Nuñez Butron de la ciudad de Puno – 2018". Es importante señalar que esta actividad no conlleva ningún gasto para su institución.

Agradezco anticipadamente por la atención que brinde al presente, expreso las muestras de mi especial Consideración.

Atentamente.

Puno, 26 de Octubre del 2018.



Yaqueline N. Blanco Velásquez
DNI. 70082834

Adjunto Proyecto de Tesis y Acta de Aprobación de la misma (físico y digital).

Anexo N°2

Oficio de presentación como tesista.



HOSPITAL REGIONAL
"MANUEL NUÑEZ BUTRON" PUNO
UNIDAD DE APOYO A LA DOCENCIA E INVESTIGACION
AV. El Sol 1021-Puno Teléfonos 351021-369696

"AÑO DEL DIALOGO Y LA RECONCILIACION NACIONAL"

Puno, 06 de noviembre del 2018

OFICIO N° 311 -18-UADI-HR "MNB" - PUNO

Señor Dr. :

Julian CUNO ONQUE

COORDINADOR DE INTERNADO DE MEDICINA HUMANA.

Presente.-

ASUNTO: Presentación de Tesista.

Por medio del presente es grato dirigirme a usted para, presentar a la señorita Yaqueline Nehely BLANCO VELASQUEZ, Bachiller de la Escuela Profesional de Nutrición Humana de la Universidad Nacional del Altiplano Puno, quien ejecutará el Proyecto de investigación de Tesis Titulado: "RELACION ENTRE DISPEPSIA FUNCIONAL, SINDROME DE BURNOUT Y HABITOS ALIMENTARIOS CON EL ESTADO NUTRICIONAL DE LOS INTERNOS DE MEDICINA DEL HOSPITAL REGIONAL " MANUEL NUÑEZ BUTRON" DE LA CIUDAD DE PUNO - 2018, a partir de la fecha con la autorización de su Coordinación. Se solicita brindar las facilidades del caso.

Es propicia la oportunidad para expresarle mis consideraciones más distinguidas.

Atentamente,



EAM/MBA
CC. Arch

Anexo N°3

Protocolo de consentimiento informado.

El propósito de esta ficha de consentimiento es proveer a los participantes en esta investigación con una clara explicación de la naturaleza de la misma, así como de su rol en ella como participantes.

La presente investigación es conducida por Bach. Blanco Yaqueline N., de la Universidad Nacional del Altiplano. La meta de este estudio es determinar la asociación entre Dispepsia Funcional, Síndrome de Burnout y Hábitos Alimentarios con el estado nutricional de los internos de medicina del Hospital Regional Manuel Nuñez Butron.

Si usted accede a participar en este estudio, se le pedirá responder a los cuestionarios de Hábitos Alimentarios, Evaluación de Síntomas del tracto Gastrointestinal y el cuestionario de Maslach Burnout Inventory Human Services Survey (MBIHSS). Además de la toma de datos antropométricos de su talla y peso actual. Esto tomará aproximadamente 13 minutos de su tiempo.

La participación en este estudio es estrictamente voluntaria. La información que se recoja será confidencial y no se usará para ningún otro propósito fuera de los de esta investigación. Sus respuestas al cuestionario y datos antropométricos serán codificadas usando un número de identificación y por lo tanto, serán anónimas.

Si tiene alguna duda sobre este proyecto, puede hacer preguntas en cualquier momento durante su participación en él. Igualmente, puede retirarse del proyecto en cualquier momento sin que eso lo perjudique en ninguna forma. Si alguna de las preguntas durante la encuesta le parecen incómodas, tiene usted el derecho de hacérselo saber al investigador o de no responderlas.

Desde ya le agradecemos su participación.

Yo _____ identificado(a) con DNI _____
Acepto participar voluntariamente en esta investigación, conducida por Bach. Blanco Yaqueline N. He sido informado (a) de que la meta de este estudio es determinar la Relación entre Dispepsia Funcional, Síndrome de Burnout y Hábitos Alimentarios con el estado nutricional de los internos de medicina del Hospital Regional Manuel Nuñez Butron de la ciudad de Puno – 2018.

Me han indicado también que tendré que responder cuestionarios y preguntas en un conjunto de cuestionarios, lo cual tomará aproximadamente 13 minutos.

Reconozco que la información que yo provea en el curso de esta investigación es estrictamente confidencial y no será usada para ningún otro propósito fuera de los de este estudio sin mi consentimiento. He sido informado de que puedo hacer preguntas sobre el proyecto en cualquier momento y que puedo retirarme del mismo cuando así lo decida, sin que esto acarree perjuicio alguno para mi persona.

Entiendo que una copia de esta ficha de consentimiento me será entregada, y que puedo pedir información sobre los resultados de este estudio cuando éste haya concluido.

Firma del Participante: _____

Fecha: _____

Anexo N°4

Ficha de evaluación de estado nutricional y caracterización.

Servicio:			
Género: F (___) M (___)		Estado civil: a. Soltero (a) b. Con pareja c. Conviviente d. Casado (a)	
¿Con quién vive?			
Código:		Edad:	
Peso:		Talla:	

Anexo N°5

Cuestionario de hábitos alimentarios.

<p>1. Has omitido el desayuno? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/></p> <p>1.1 Si omites el desayuno, ¿por qué? a. Te falta tiempo <input type="checkbox"/> b. El horario no te lo permite <input type="checkbox"/> c. No tienes dinero <input type="checkbox"/></p> <p>1.2 ¿Con qué frecuencia? a. 1-2 días/ semana <input type="checkbox"/> b. 3-4 días/semana <input type="checkbox"/> c. 5-7 días/semana <input type="checkbox"/></p> <p>2. Has omitido el almuerzo? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/></p> <p>2.1 Si omites el almuerzo, ¿por qué? a. Te falta tiempo <input type="checkbox"/> b. El horario no te lo permite <input type="checkbox"/> c. No tienes dinero <input type="checkbox"/></p> <p>2.2 ¿Con qué frecuencia? a. 1-2 días/ semana <input type="checkbox"/> b. 3-4 días/semana <input type="checkbox"/> c. 5-7 días/semana <input type="checkbox"/></p> <p>3. Has omitido la cena? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/></p> <p>3.1 Si omites la cena, ¿por qué? a. Te falta tiempo <input type="checkbox"/> b. El horario no te lo permite <input type="checkbox"/> c. No tienes dinero <input type="checkbox"/></p> <p>3.2 ¿Con qué frecuencia? a. 1-2 días/ semana <input type="checkbox"/> b. 3-4 días/semana <input type="checkbox"/> c. 5-7 días/semana <input type="checkbox"/></p> <p>4. Consideras que comes: a. Muy poco <input type="checkbox"/> b. Poco <input type="checkbox"/> c. Lo suficiente <input type="checkbox"/> d. En exceso <input type="checkbox"/></p>	<p>5. Cómo comes? a. Lento <input type="checkbox"/> b. Normal <input type="checkbox"/> c. Rápido <input type="checkbox"/></p> <p>6. Consumes las comidas a temperatura a. Caliente <input type="checkbox"/> b. Cálido o templado <input type="checkbox"/> c. Frío <input type="checkbox"/></p> <p>7. Has tomado medicamentos en las últimas dos semanas? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/></p> <p>Si tu respuesta. Es "SI", escribe el nombre. Antiinflamatorio <input type="checkbox"/> No antiinflamatorio <input type="checkbox"/></p> <p>8. Por lo general luego de cenar ¿Cuánto tiempo dejas pasar antes de acostarte? a. 0-15 min <input type="checkbox"/> b. 16-30 min <input type="checkbox"/> c. 31min-1h <input type="checkbox"/> d. 1-2horas <input type="checkbox"/> e. 2horas a más <input type="checkbox"/></p> <p>9. Haces una siesta después de almorzar? a. 1-4 veces por sem <input type="checkbox"/> b. 5-7 veces por sem <input type="checkbox"/> c. Nunca <input type="checkbox"/></p> <p>* Siesta: descansar (sentado/echado) después de almorzar</p>
--	--

Anexo N°6

Cuestionario de dispepsia.

SÍNTOMAS EN LOS ÚLTIMOS 2 MESES	Nunca molesta o Solo raramente	Molesta un poco	Molesta Mediante	Molesta Mucho
Sensación de llenura fácil con menos cantidad de alimento que la de costumbre.				
Sensación de llenura o pesadez en la "boca del estómago" después de comer.				
Vinagreras o sensación de ardor que sube de la boca del estómago hacia el pecho.				
Regreso desde el estómago hasta la garganta de contenido ácido (avinagrado), amargo o de alimentos.				
Náuseas o ganas de vomitar.				
Vómitos de alimentos, jugo ácido o bilis amarilla y amarga.				
Dolor o ardor en la boca del estómago inmediatamente (o menos de una hora) después de comer.				
Tres o más eructos después de las comidas o eructos sin haber comido.				
Dolor o ardor en la boca del estómago con estómago vacío y que calman al comer.				

Anexo N°7

Maslach burnout inventory human services survey (MBIHSS).

	0	1	2	3	4	5	6
Me siento emocionalmente agotado por mi trabajo.							
Me siento cansado al final de la jornada de trabajo							
Me siento fatigado cuando me levanto por la mañana y tengo que ir a trabajar							
Comprendo fácilmente cómo se sienten los pacientes							
Creo que trato a algunos pacientes como si fueran objetos impersonales							
Trabajar todo el día con mucha gente es un esfuerzo.							
Trato muy eficazmente los problemas de los pacientes.							
Siento que mi trabajo me está desgastando							
Creo que influyó positivamente con mi trabajo en la vida de las personas							
Me he vuelto más insensible con la gente desde que ejerzo esta profesión.							
Me preocupa el hecho de que este trabajo me endurezca emocionalmente.							
Me siento muy activo.							
Me siento frustrado con mi trabajo.							
Creo que estoy trabajando demasiado.							
Realmente no me preocupa lo que le ocurre a mis pacientes.							
Trabajar directamente con personas me produce estrés.							
Puedo crear fácilmente una atmósfera relajada con mis pacientes.							
Me siento estimulado después de trabajar con mis pacientes.							
He conseguido muchas cosas útiles en mi profesión.							
Me siento acabado.							
En mi trabajo trato los problemas emocionales con mucha calma.							
Siento que los pacientes me culpan por alguno de sus problemas							

Donde:

0= Nunca. 1= Pocas veces al año o menos. 2= Una vez al mes o menos.

3= Unas pocas veces al mes.

4= Una vez a la semana.

5= Pocas veces a la semana.

6= Todos los días.

Anexo N°8 Matriz De Datos.

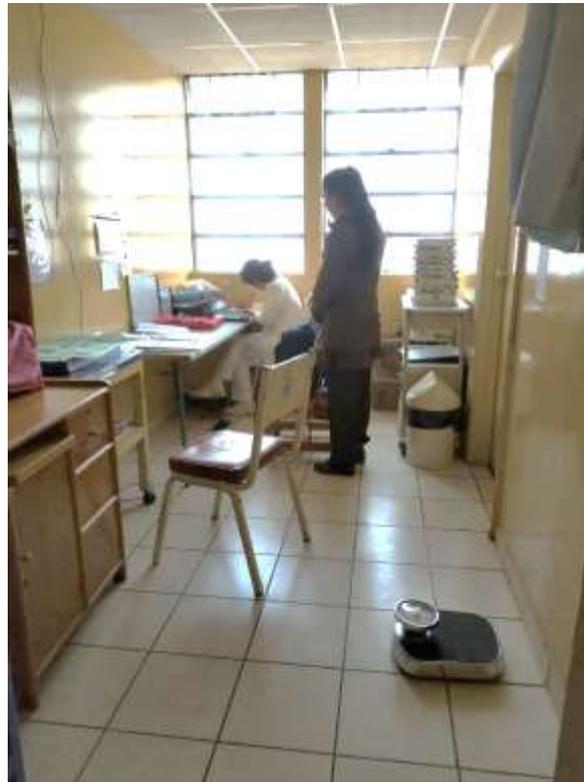
CODIGO	Genero	Edad	DISPEPSIA FUNCIONAL		SINDROME DE BURNOUT						ESTADO NUTRICIONAL	
			Dispepsia Funcional	Valor Obtenido	Cansancio Emocional		Despersonalizacion		Realizacion Personal		IMC obtenido	Dx.
					Valor Obtenido	Dx.	Valor Obtenido	Dx.	Valor Obtenido	Dx.		
1	Masculino	26	No	4	Bajo	13	Alto	38	Medio	23.53	Normal	
2	Femenino	25	Si	23	Medio	10	Alto	37	Medio	23.07	Normal	
3	Masculino	29	Si	38	Alto	12	Alto	33	Bajo	24.68	Normal	
4	Masculino	22	No	2	Bajo	1	Bajo	2	Bajo	24.54	Normal	
5	Femenino	25	No	9	Bajo	2	Bajo	31	Bajo	24.56	Normal	
6	Femenino	26	Si	17	Bajo	14	Alto	42	Alto	28.40	Sobrepeso	
7	Femenino	26	No	35	Alto	21	Alto	30	Medio	25.78	Sobrepeso	
8	Femenino	25	Si	23	Medio	9	Medio	25	Bajo	25.30	Sobrepeso	
9	Masculino	28	No	42	Alto	23	Alto	38	Medio	25.21	Sobrepeso	
10	Masculino	26	Si	30	Alto	9	Medio	25	Bajo	26.18	Sobrepeso	
11	Masculino	27	No	7	Bajo	10	Alto	39	Medio	27.41	Sobrepeso	
12	Masculino	28	No	44	Alto	22	Alto	31	Bajo	25.62	Sobrepeso	
13	Masculino	25	Si	32	Alto	11	Alto	21	Bajo	23.88	Normal	
14	Femenino	25	Si	33	Alto	12	Alto	37	Medio	23.63	Normal	
15	Femenino	22	No	5	Bajo	17	Bajo	46	Alto	18.39	Bajo Peso	
16	Masculino	27	No	11	Bajo	6	Medio	18	Bajo	25.51	Sobrepeso	
17	Femenino	24	Si	27	Alto	6	Medio	28	Bajo	23.88	Normal	
18	Masculino	27	No	18	Bajo	13	Alto	37	Medio	28.65	Sobrepeso	
19	Femenino	24	No	6	Bajo	0	Bajo	48	Alto	21.79	Normal	
20	Femenino	30	Si	36	Alto	9	Medio	40	Alto	26.17	Sobrepeso	
21	Masculino	27	Si	20	Medio	22	Alto	35	Medio	22.95	Normal	

HABITOS ALIMENTARIOS

Omite el Desayuno?	Porque omite el desayuno?	Con que frecuencia omite el desayuno?	Omite el Almuerzo?	Porque omite el Almuerzo?	Con que frecuencia omite el Almuerzo?	Omite la Cena?	Porque omite la Cena?	Con que frecuencia omite la Cena?	Considera que come:	Como come:	A que temperatura consume sus alimentos:	Has consumido medicamentos en las ultimas dos semanas?	Por lo general luego de cenar, ¿Cuánto tiempo dejas pasar antes de acostarte?	¿Haces una siesta despues de almorzar?
No	No omite	No omite	No	No omite	No omite	Si	No omite	No omite	Lo suficiente	Rapido	Calido o templado	No	31 min 1 h	Nunca
Si	Te falta Tiem 3-4 dias por 1	3-4 dias por 1	Si	El horario nd 5-7 dias/sem	5-7 dias/sem	Si	El horario nd 1-2 dias/sem	1-2 dias/sem	Lo suficiente	Normal	Calido o templado	Si	2 horas a mas	1-4 veces por sem
Si	El horario nd 1-2 dias/sem	1-2 dias/sem	Si	El horario nd 1-2 dias/sem	1-2 dias/sem	Si	El horario nd 1-2 dias/sem	1-2 dias/sem	Lo suficiente	Normal	Calido o templado	Si	1- 2 horas	Nunca
No	No omite	No omite	No	No omite	No omite	Si	No omite	1-2 dias/sem	Lo suficiente	Normal	Calido o templado	No	2 horas a mas	5-7 veces por sem
Si	Te falta Tiem 1-2 dias/sem	1-2 dias/sem	Si	Te falta tiem 1-2 dias/sem	1-2 dias/sem	No	No omite	No omite	Lo suficiente	Normal	Calido o templado	No	1- 2 horas	Nunca
Si	Te falta Tiem 1-2 dias/sem	1-2 dias/sem	Si	El horario nd 1-2 dias/sem	1-2 dias/sem	Si	El horario nd 1-2 dias/sem	1-2 dias/sem	Lo suficiente	Rapido	Calido o templado	Si	1- 2 horas	Nunca
Si	Te falta Tiem 1-2 dias/sem	1-2 dias/sem	Si	Te falta tiem 1-2 dias/sem	1-2 dias/sem	Si	Te falta tiem 5-7 dias/sem	5-7 dias/sem	Lo suficiente	Rapido	Calido o templado	No	16 - 30 min	Nunca
Si	Te falta Tiem 1-2 dias/sem	1-2 dias/sem	Si	Te falta tiem 1-2 dias/sem	1-2 dias/sem	Si	Te falta tiem 1-2 dias/sem	1-2 dias/sem	Lo suficiente	Rapido	Calido o templado	No	1- 2 horas	Nunca
Si	Te falta Tiem 3-4 dias por 1	3-4 dias por 1	Si	Te falta tiem 3-4 dias/sem	3-4 dias/sem	Si	Te falta tiem 3-4 dias/sem	3-4 dias/sem	Lo suficiente	Rapido	Frio	No	0-15 min	Nunca
Si	Te falta Tiem 3-4 dias por 1	3-4 dias por 1	Si	Te falta tiem 3-4 dias/sem	3-4 dias/sem	Si	Te falta tiem 3-4 dias/sem	3-4 dias/sem	Lo suficiente	Normal	Calido o templado	Si	2 horas a mas	1-4 veces por sem
Si	Te falta Tiem 3-4 dias por 1	3-4 dias por 1	No	No omite	No omite	No	No omite	No omite	Lo suficiente	Rapido	Calido o templado	No	1- 2 horas	Nunca
Si	Te falta Tiem 1-2 dias/sem	1-2 dias/sem	Si	Te falta tiem 1-2 dias/sem	1-2 dias/sem	No	El horario nd 1-2 dias/sem	1-2 dias/sem	Lo suficiente	Normal	Calido o templado	No	0-15 min	1-4 veces por sem
Si	El horario nd 3-4 dias por 1	3-4 dias por 1	Si	Te falta tiem 3-4 dias/sem	3-4 dias/sem	No	El horario nd 1-2 dias/sem	1-2 dias/sem	Poco	Rapido	Caliente	Si	2 horas a mas	Nunca
Si	Te falta Tiem 5-7 dias/sem	5-7 dias/sem	Si	Te falta tiem 3-4 dias/sem	3-4 dias/sem	No	No omite	No omite	Lo suficiente	Lento	Calido o templado	No	31 min 1 h	Nunca
Si	El horario nd 1-2 dias/sem	1-2 dias/sem	No	El horario nd 1-2 dias/sem	1-2 dias/sem	No	No omite	No omite	En exceso	Normal	Calido o templado	Si	1- 2 horas	1-4 veces por sem
Si	El horario nd 1-2 dias/sem	1-2 dias/sem	No	No omite	No omite	No	No omite	No omite	Lo suficiente	Lento	Calido o templado	No	31 min 1 h	1-4 veces por sem
Si	Te falta Tiem 1-2 dias/sem	1-2 dias/sem	Si	Te falta tiem 1-2 dias/sem	1-2 dias/sem	Si	Te falta tiem 1-2 dias/sem	1-2 dias/sem	Lo suficiente	Normal	Calido o templado	Si	31 min 1 h	1-4 veces por sem
Si	El horario nd 1-2 dias/sem	1-2 dias/sem	No	No omite	No omite	Si	Te falta tiem 3-4 dias/sem	3-4 dias/sem	Lo suficiente	Rapido	Calido o templado	No	1- 2 horas	Nunca
No	No omite	No omite	No	No omite	No omite	No	No omite	No omite	Lo suficiente	Normal	Calido o templado	No	2 horas a mas	1-4 veces por sem
Si	El horario nd 3-4 dias por 1	3-4 dias por 1	Si	Te falta tiem 3-4 dias/sem	3-4 dias/sem	Si	El horario nd 5-7 dias/sem	5-7 dias/sem	Lo suficiente	Normal	Calido o templado	Si	2 horas a mas	Nunca
Si	Te falta Tiem 1-2 dias/sem	1-2 dias/sem	Si	Te falta tiem 1-2 dias/sem	1-2 dias/sem	No	No omite	No omite	Lo suficiente	Normal	Calido o templado	No	2 horas a mas	Nunca

Anexo N° 9

Evidencia fotográfica.



Hospital Regional Núñez Butrón de la ciudad de Puno.