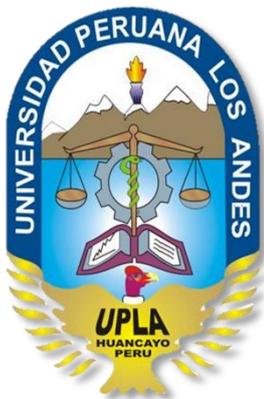


UNIVERSIDAD PERUANA LOS ANDES
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE FARMACIA Y BIOQUÍMICA



**INTERVENCIÓN EDUCATIVA SOBRE FACTORES DE RIESGO
EN LA GASTRITIS EN EDUCACIÓN SUPERIOR NO
UNIVERSITARIA PALIÁN 2016**

**TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE
QUÍMICO FARMACÉUTICO**

PRESENTADA POR:

**BACHIILLER KATERINE LIZ BERNAOLA VILLALOBOS
BACHIILLER MONICA FLOR VELARDE RAMOS**

HUANCAYO – PERÚ

2016

ASESOR

Q.F. SONIA REBECA VARGAS MENESES

DEDICATORIA

A dios y a nuestros padres quienes nos guiaron, nos inculcaron, apoyaron con tanto esfuerzo, amor, estando en cada momento con nosotros en los buenos y malos momentos para seguir adelante, lograr nuestras metas y objetivos.

AGRADECIMIENTO

A Dios todo poderoso, por regalarnos maravillosos días, guiando cada uno de nuestros pasos, por permitirnos llegar hasta este punto tan importante en nuestras vidas.

A nuestra Asesora, Q.F. Sonia Rebeca Vargas Meneses, quién con sus conocimientos y apoyo supo guiar el desarrollo del presente estudio, por valorar cada uno de nuestros esfuerzos e iniciativas.

A Nuestros Maestros, que nos enseñaron, y nos instruyeron lo mejor posible para ser excelentes tanto en el ámbito profesional, como en lo personal.

A la Universidad Peruana Los Andes, nuestra Alma Mater, por la oportunidad que nos brindó para convertirnos en profesionales competentes.

ÍNDICE

	Página
DEDICATORIA	
AGRADECIMIENTO	
ÍNDICE	
RESUMEN	
ABSTRACT	
CAPÍTULO I INTRODUCCIÓN	9
1.1 Planteamiento del problema	9
1.2 Descripción y delimitación del problema	12
1.3 Formulación del problema	13
1.4 Objetivos	13
1.5 Justificación	14
1.6 Marco teórico	15
1.6.1 Antecedentes de estudio	15
1.6.2 Bases teóricas	17
1.6.3 Definición de conceptos clave	58
CAPÍTULO II MÉTODO	60
2.1 Tipo, nivel y diseño de investigación	60
2.2 Población	61
2.3 Muestra y tipo de muestreo	61
2.4 Variable de investigación.	61

2.5	Técnicas de recolección de datos	63
2.6	Procesamiento de datos	66
2.7	Procedimientos a seguir para probar la hipótesis	67
2.8	Limitaciones	67
2.9	Consideraciones éticas	67
CAPÍTULO III RESULTADOS		68
CAPÍTULO IV ANÁLISIS Y DISCUSIÓN		78
CAPÍTULO V CONCLUSIONES		83
CAPITULO VI RECOMENDACIONES		84
CAPÍTULO VII BIBLIOGRAFÍA		86
ANEXOS		96

RESUMEN

“INTERVENCIÓN EDUCATIVA SOBRE FACTORES DE RIESGO EN LA GASTRITIS EN EDUCACIÓN SUPERIOR NO UNIVERSITARIA PALIAN 2016”

La gastritis es una enfermedad inflamatoria aguda o crónica que afecta la pared gástrica inducida por factores internos y externos. Se produce síntomas dispépticos atribuibles a la gastritis muy frecuente en los estudiantes y adultos que se manifiesta por la pirosis y/o regurgitación del contenido gástrico al menos una vez al día, semana o quizá una vez al mes. La presente investigación tuvo como **objetivo**: Evaluar el nivel de conocimiento sobre los factores de riesgo para adquirir la gastritis. La **metodología** estudio de tipo experimental, de un nivel descriptivo, según el tiempo de recolección de información es prospectivo, según el número de mediciones es longitudinal y según al diseño es pre experimental con mediciones del conocimiento del antes y después de la intervención educativa en la población no universitaria, la muestra de trabajo constituido por 31 estudiantes, se estudiaron variables generales, como las definiciones, las causas de la hipo e hipersecreción de ácido clorhídrico, los factores de riesgo para adquirir la gastritis, conocimientos de medidas preventivas y autocuidado, finalmente la forma de prevenir la infección por *Helicobacter pilory*. Los datos se obtuvieron a través de una prueba de conocimiento estructurado, con un valor de alfa de Crombach de 0,95 de fiabilidad. Se aplicó el instrumento al inicio y después de la intervención, se utilizó T estudent en el SPSS V22 para validar la hipótesis alterna, se elaboró un tríptico educativo del tema. **Resultados**: el 24% menciona tener presencia de la gastritis, a la pregunta sobre alimentos que aumentan o disminuyen la secreción gástrica de ácido clorhídrico respectivamente de un 13% incrementa al 29% y del 13% incrementa al 81%. **Conclusión** se logró identificar e incrementar los conocimientos sobre factores de riesgo en la gastritis en educación superior no universitaria Palian.

Palabras clave: intervención educativa, factores de riesgo, gastritis, estudiantes no universitarios.

ABSTRACT

"EDUCATIONAL INTERVENTION ON RISK FACTORS IN THE GASTRITIS IN HIGHER EDUCATION NOT UNIVERSITARIA PALIAN 2016"

Gastritis is an acute or chronic inflammatory disease that affects the gastric wall induced by internal and external factors. Dyspeptic symptoms attributable to gastritis very common in students and adults are manifested by heartburn and / or regurgitation of gastric contents at least once a day, week or perhaps once a month. **The objective** of the present investigation was to evaluate the level of knowledge about the risk factors for acquiring gastritis. **The methodology** of the experimental study, of a descriptive level, according to the time of data collection is prospective, according to the number of measurements is longitudinal and according to the design is quasi-experimental with measurements of knowledge before and after the educational intervention in The non-university population, the work sample of 31 students, studied general variables such as definitions, causes of hypo and hypersecretion of hydrochloric acid, risk factors for acquiring gastritis, knowledge of preventive measures and self-care, Finally how to prevent Helicobacter pilory infection. The data were obtained through a structured knowledge test, with a Cronbach alpha value of 0.95 of reliability. The instrument was applied at the beginning and after the intervention, T student was used in SPSS V22 to validate the alternative hypothesis, an educational triptych of the subject was elaborated. **Results:** 24% mentioned having gastritis, the question on foods of increased or decreased gastric secretion of hydrochloric acid, respectively, from 13% increased to 29% and from 13% increased to 81%. **Conclusion** we were able to identify and increase knowledge about risk factors in gastritis in non-university higher education Palian.

Passwords: Educational intervention, risk factors, gastritis, students not university students.

CAPÍTULO I

INTRODUCCIÓN

1.1 Planteamiento del problema

La gastritis era encontrada antes en pacientes adultos, mayores de 35 años, pero desde hace cinco años la incidencia redujo en este grupo etario y aumentó en jóvenes. Ahora tenemos pacientes entre 20 y 30 años con cuadros complicados: úlceras gástricas y hemorragias digestivas.

El alcohol y el excesivo consumo de alimentos dañinos son las principales causas de esta situación, actualmente los jóvenes ingieren bebidas alcohólicas

a partir de los 12 años, además del tabaco, bebidas carbonatadas, comida chatarra y picante, que aumentan la acidez en el estómago de la persona.

La gastritis es una enfermedad inflamatoria del estómago que puede producirse por dos factores: el tipo infeccioso es el más común, causado por la bacteria *Helicobacter pylori* (Hp) (Caballero-Suárez N, 2012)¹.

Las causas externas tenemos el consumo de alimentos nocivos para el estómago, como la comida grasosa y picante, consumo de comida chatarra por la falta de un comedor estudiantil, consumir bebidas carbonatadas, con cafeína y bebidas alcohólicas, medicamentos antiinflamatorios: diclofenaco, aspirina e ibuprofeno por dolores de alguna parte del cuerpo.

El ayuno por la programación de clases a horas muy tempranas, el vivir solos y la falta de tiempo para preparar sus alimentos. Dentro de las causas internas tenemos al estrés por la demasía carga académica, la baja del sistema inmunológico relacionado a una pobre alimentación, la influencia de la propaganda por cuestiones de moda. Aunque aún no está comprobado, estudios sostienen que el beso es otra fuente de transmisión del *Helicobacter pylori* y virus.

Las personas con gastritis pueden o no presentar síntomas. Los más comunes son la falta de apetito, náuseas, vómito, dolor en la parte superior del abdomen que comúnmente suele ser de tipo ardoroso. Si la gastritis es muy severa, puede haber sangrado en el estómago, lo que ocasionaría heces

negras o vómitos con sangre o en pozo de café. Para el diagnóstico muchas veces basta con la sintomatología, más sin embargo, una endoscopia, exámenes de descarte para *Helicobacter pylori*, así como una biometría hemática en busca de anemia, pueden ayudar a confirmar el diagnóstico.

Una vez que le han diagnosticado gastritis, debe hacer algunos cambios en su dieta. Para empezar deberá reducir al máximo el consumo de medicamentos como el ácido acetilsalicílico y el naproxeno sódico. En su dieta deberá consumir lo menos que se pueda de comida irritante o muy condimentada. Este punto es básico y fundamental en el tratamiento de la gastritis, muy difícil lograrlo y más si las comidas picantes forman parte de nuestra dieta diaria.

Además deberá eliminar el consumo de café y refrescos, principalmente los que contienen cafeína. Debe comer en horarios establecidos y con calma. Nuestro actual estilo de vida tan ajetreado y estresado, es en parte uno de los grandes factores de riesgo de la gastritis; cuando el estómago tiene un periodo de ayuno prolongado, suele secretar ácido gástrico por las glándulas paracrinas, por lo cual la sensación de hambre y el dolor de la gastritis se incrementan.

Reducir el estrés también es parte de las medidas preventivas para la gastritis, trate de relajarse, no permita que los problemas de la vida diaria lo agobien, tome la vida con más calma, gestione el tiempo. Una dieta saludable y

el relajarse son medidas sencillas y claves para una vida sana. El 80% de la población peruana sufre de gastritis².

1.2 Descripción y delimitación del problema

La gastritis es una inflamación de la mucosa gástrica, que es la capa de células que reviste el estómago por dentro protegiéndolo de la acidez de los jugos gástricos. Aunque no es correcto, es frecuente que el término gastritis sea utilizado como sinónimo de dispepsia (dolor o molestias en el abdomen superior, así como síntomas de quemazón, presión o plenitud relacionados muchas veces, aunque no necesariamente, con las comidas).

La gastritis puede estar producida por múltiples causas: alcohol, tabaco, alimentos, fármacos (antiinflamatorios no esteroideos), cirugías importantes, o infecciones (la bacteria *Helicobacter pylori* se relaciona con algunos tipos de gastritis). Desde finales del siglo XX se ha venido relacionando al *H. Pylori* con la patología gástrica de una u otra forma. Es decir, la implicación de esta bacteria en la úlcera gastroduodenal y como precursor de algún tipo de cáncer gástrico es indudable, pero también juega un papel importante como causa de gastritis. De hecho, cuando se ha estudiado su prevalencia, más de la mitad de la población presenta datos que confirman la presencia de este germen en el estómago.

La investigación se llevó a cabo en la ciudad de Huancayo, en el Instituto Superior Tecnológico Santiago Antúnez de Mayolo de Palián, se realizó una intervención educativa sobre los factores de riesgo para la prevención de la gastritis 2016.

1.3 Formulación del problema

¿Cuál es la efectividad de la intervención educativa en estudiantes no universitarios sobre factores de riesgo para prevenir la gastritis durante 2016?

1.4 Objetivos

1.4.1 Objetivo General

Aplicar y evaluar la efectividad de intervención educativa en estudiantes no universitarios del instituto superior Santiago Antúnez de Mayolo de Palián sobre factores de riesgo en la gastritis.

1.4.2 Objetivos Específicos

Realizar la intervención educativa a estudiantes no universitarios sobre factores de riesgo para prevenir la gastritis durante 2016.

Elaborar el material didáctico para la aplicación de la intervención educativa.

Evaluar los conocimientos antes y después a los estudiantes no universitarios sobre factores de riesgo para prevenir la gastritis durante 2016.

1.5 Justificación

1.5.1 Teórica (Científica)

Esta investigación determinó la intervención educativa, es pertinente en la prevención de la gastritis, la evidencia científica indica que la infección por el *Helicobacter pylori*, como problema de salud, dicha enfermedad se acrecienta al acumularse datos que indican que desempeña un papel patogénico esencial en la enfermedad ulcerosa péptica, ciertas formas de cáncer gástrico.

1.5.2 Social

Este estudio permitió que los estudiantes reflexionen y aprendan sobre la promoción y prevención de la gastritis; que más tarde el estudiante de farmacia informará y concientizará acerca de aquellas acciones o actitudes que negligentemente comete la población; además a que se consulte siempre a un farmacéutico o médico.

1.5.3 Metodológica

Se empleó procedimientos y técnicas pedagógicas, la evaluación del conocimiento de los factores de la gastritis y las medidas preventivas a la gastritis, se realizó con un pre test y pos test validado con alfa de Combrach ; que luego construimos la hipótesis alterna o nula.

1.5.4 Legal

En mérito a la ley del Trabajo del Químico Farmacéutico del Perú, que regula el trabajo de dicho profesional en todas las dependencias del sector

público y privado; y al DECRETO SUPREMO N° 008-2006-SA, donde se aprueba el reglamento de la ley N°28173 , que consta de 7 capítulos , 27 artículos y 4 disposiciones finales. Trabajo de investigación que cumple al artículo 4° sobre el acto farmacéutico como pilar en la promoción, prevención ,recuperación del paciente y la atención farmacéutica³.

1.6 Marco teórico

1.6.1 Antecedentes de estudio

En la ciudad de México en su investigación sobre las enfermedades gastrointestinales (EG) tienen alta prevalencia e implican un alto costo económico, social y personal, y se sabe que las emociones negativas desencadenan o exacerban los síntomas. El objetivo de este estudio fue evaluar el efecto de una intervención cognitivo-conductual sobre la adhesión terapéutica y la regulación emocional de pacientes con EG. Participaron tres mujeres, una con gastritis, otra con reflujo gastroesofágico y una con ambos padecimientos. Se utilizó un diseño de sujeto único para estudio de casos. Las pacientes mostraron cambios favorables en las conductas de adhesión y regulación emocional, lo que se tradujo en la disminución de sus síntomas. (Caballero-Suárez N y otros, 2012)

Peña (2007)⁴, Perú. En su trabajo indica que existen muchos factores que dan origen a la gastritis, la cual deteriora la calidad de vida relacionada a la salud de los pacientes que tienen esta enfermedad. Se llevó a cabo un estudio prospectivo en el año 2006, para determinar el nivel de conocimiento que tenían los pacientes en la ciudad de Huancayo. Se utilizó una encuesta con 26

preguntas cerradas, la cual fue entregada a 780 pacientes con gastritis entre 20 y 35 años de edad. El 68,32% manifestó un conocimiento sobre el concepto de calidad de vida relacionada la salud. El 71% desconocían los alimentos que le podían agravar los síntomas. El 71,1% refirió desconocimiento sobre las sustancias que pueden contribuir con el agravamiento de la enfermedad. El 64,7%, no tenían conocimiento que los medicamentos que utilizaban podrían estar provocando la gastritis.

Peña J, Tirado B (2009)⁵ Venezuela. La investigación sobre un plan de orientación dirigida a prevenir la gastritis en los adolescentes tiene por objetivo diseñar un plan de orientación a los adolescentes sobre la prevención de la gastritis en la unidad educativa “Santísima Trinidad” de puerto Ordaz, Edo. Bolívar, en el primer trimestre de 2009.

Los resultados evidenciaron que la mayoría de los adolescentes encuestados algunas veces y siempre presentan factores de riesgo de tipo psicológico para la gastritis y menos factores sociales para ello. Igualmente se estableció que la mayoría de los encuestados algunas veces y siempre mantienen hábitos nutricionales saludables que pueden ayudarlos a prevenir la gastritis en la adolescencia.

Rivas-Nieto (2009)⁶, en Perú, en su trabajo sobre participación estudiantil en proyectos de intervención rural en salud: La experiencia IRIS-X en Perú. El objetivo del presente trabajo es describir la participación estudiantil de una universidad peruana en un proyecto en salud de participación y colaboración en

espacios rurales o urbano-marginales denominado “Intervención Rural de Investigación y Saneamiento (IRIS)”. La décima versión (IRIS-X) tuvo lugar del 4 al 8 de enero de 2009 en el centro poblado de Huaripampa (Ancash, Perú). Se realizó campañas de salud, sesiones educativas y trabajos de investigación en este periodo. El IRIS-X permitió a los alumnos aplicar los conocimientos adquiridos durante la formación universitaria y llevar a cabo proyectos de investigación científica desde el pregrado, contribuyendo sanitariamente a la población más pobre y desatendida del país.

1.6.2 Bases teóricas

A.-La gastritis

El concepto gastritis puede ser definido de diversas maneras según los criterios que utilizemos, y estos pueden ser clínicos, endoscópicos, radiológicos, histológicos e incluso bioquímicos. El término médico gastritis se define como una inflamación microscópica del estómago con daño mucoso y requiere para su diagnóstico la realización de varias biopsias ⁷.

- **Agente etiológico**

Desde los primeros hallazgos de *H. pylori*, se le relacionó con la etiología de gastritis y úlceras pépticas. La estadística es su principal aliado, pues en general, cuando se compara su hallazgo en pacientes con gastritis e individuos sanos. ⁸

H. pylori afecta principalmente a los adultos y su prevalencia aumenta con la edad. Se ha encontrado que después de los 60 años aproximadamente el 50% de la población es seropositiva hacia esta bacteria ⁹⁻¹⁴; aunque, también se ha informado de algunos casos en niños ¹⁵⁻¹⁷. Esa distribución etaria podría deberse a los patrones de vida, al estrés, o bien a receptores condicionados por la edad ¹⁸.

Además, la bacteria hidroliza el moco, gracias a enzimas extracelulares similares a la pepsina, lo cual le permite desplazarse activamente a través de esa capa ¹⁹⁻²¹. Durante ese proceso de colonización, la superficie epitelial se expone a la acción del HCl gástrico y de la pepsina, lo que podría representar un efecto desencadenante en el proceso generador de la úlcera ²².

DESENCADENANTES DE LA GASTRITIS

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

- **Factores exógenos**
- *Helicobacter pylori* y otras infecciones
- AINES
- Irritantes gástricos
- Alcohol

- Tabaco
- Cáusticos
- **Factores endógenos**
- Acido gástrico y pepsina
- Bilis
- Jugo pancreático

El daño de la mucosa gástrica depende del tiempo de permanencia del factor o factores injuriantes, jugando un rol importante la capacidad que tiene la mucosa gástrica a través de la denominada barrera gástrica para resistir a estos. La barrera gástrica está constituida por componentes pre epiteliales, epiteliales y sub epiteliales.

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

En los componentes epiteliales se encuentran la capacidad de restitución del epitelio por las células existentes a nivel de la región lesionada, la resistencia celular con una gradiente eléctrica que previene la acidificación celular, los transportadores acido-básico que transportan el bicarbonato hacia el moco y a los tejidos sub epiteliales y extraen el ácido de estos sitios, los factores de crecimiento epitelial, las prostaglandinas.

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

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

CUADRO 1. POSIBLE GENESIS DE LA ULCERA PEPTICA ASOCIADA
CON *HELICOBACTER PYLORI*⁸

- 1.- Implantación de la bacteria en la mucosa gástrica.
Posibles factores predisponentes: tratamiento con drogas potencialmente ulcerógenas.
- 2.- Mucolisis gástrica debida a enzimas bacterianas.
- 3.-Acción citotóxica de la bacteria
- 4.-adhesividad de la bacteria a las células epiteliales gástricas.
- 5.-incremento del ph en el entorno de las células g, manteniendo un estímulo constante en la producción de gastrina y por ende de HCl
- 6.-en la ulcera duodenal podría ocurrir similar sobre los islotes previamente existente de epitelio gástrico, producto de una metaplasia.

Es posible que el primer paso en la génesis de las gastritis sea la colonización de la mucosa gástrica, que podría ser favorecida por factores predisponentes como drogas inductoras de erosión en la mucosa gástrica (Ej. aspirina), factores que afectan la integridad de la capa de muco, o bien su síntesis o secreción, como sería el estrés, el fumado y la ingesta de bebidas alcohólicas^{23,24}.

- **Signos y síntomas**

Los términos ardor, acidez, pirosis se refieren a una sensación de quemazón localizada en la parte superior del epigastrio que en ocasiones irradia al cuello y brazos²⁵. Esta sensación puede ir acompañada de regurgitación de líquido con sabor ácido y ardiente o agrio²⁶. Los síntomas aparecen esporádicamente en personas sanas y llegan a convertirse en un problema de salud cuando son frecuentes^{27,28}.

B.- Factores de riesgo

Medicamentos: Medicamentos que puede desencadenar la irritación gastroesofágica: aspirina y otros antiinflamatorios no esteroideos (AINEs), sales de potasio y hierro²⁹. Antimicrobianos (eritromicina, norfloxacino, rifampicina), sulfonilureas (glibenclamida, glimepirida), estatinas (lovastatina, pravastatina), benzodiazepinas (flurazepam, bentazepam), β -bloqueantes (metoprolol), calcio

antagonistas, anticolinérgicos, nitratos, vitamina C, teofilina, griseofulvina, metformina, meperidina , Bifosfonatos, corticosteroides y Warfarina.³⁰

Automedicación: Con el concepto de automedicación nos referimos al uso de medicamentos por iniciativa propia, sin que exista ningún tipo de intervención por parte del médico en el diagnóstico, prescripción o supervisión del tratamiento ³². La automedicación es un problema de Salud Pública en todo el mundo, ocasiona daños irreversibles en el organismo, pudiendo llegar hasta la muerte de la persona; por lo tanto es importante que se haga conciencia y que se deje de consumir medicinas que no hayan sido recetadas por un médico ³³.

C.- Exacerbaciones

El sitio anatómico más afectado es el estómago a nivel de antro; aunque el agente también se aísla de cuerpo y fondo, pero con menor frecuencia. También puede infectar el duodeno y el esófago, cuando presentan metaplasia gástrica ³⁵. Incluso hay un informe que describe el aislamiento de *H. pylori* en un divertículo de Meckel con mucosa gástrica ³⁶.

Existen entidades cuyas características endoscópicas corresponden a una gastritis por la presencia de eritema o edema de la mucosa, en las que histológicamente hay ausencia del componente inflamatorio pero si

cuentan con daño epitelial o endotelial, acuñándose para estas la denominación de gastropatías ³⁷

D.- DIAGNÓSTICO

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

- **Manifestaciones clínicas:** Las gastritis pueden ser totalmente asintomáticas y en caso de existir síntomas estos no son propios, sino atribuibles a ella, como es la presencia de ardor, dolorabilidad o molestias postprandiales en epigastrio, llenura precoz, vinagreras, náusea, distensión abdominal, síntomas que también pueden estar presentes en dispepsia no ulcerosa, úlceras o neoplasias gástricas o duodenales y aún en el colon irritable. Además pueden manifestarse con hemorragias crónicas o agudas que podrían llegar a ser masivas con hematemesis y melena.
- **Hallazgos endoscópicos:** Los signos endoscópicos asociados a esta entidad incluyen edema, eritema, mucosa hemorrágica, punteados hemorrágicos, friabilidad, exudados, erosiones, nodularidad, pliegues hiperplásicos, presencia de signos de atrofia de la mucosa dada por visualización de vasos

submucosos con aplanamiento o pérdida de los pliegues acompañados o no de placas blanquecinas que corresponden a áreas de metaplasma intestinal.

- **Hallazgos histológicos:** No se debe abusar del diagnóstico de gastritis, por lo que se requiere realizar la biopsia para confirmación histológica, establecer la presencia o ausencia de *Helicobacter pylori* o de otras formas de gastritis específicas.
- **Exámenes de laboratorio:** Las pruebas de laboratorio pueden usarse para determinar algunas causas de gastritis, como en el caso del *Helicobacter pylori* a través de métodos invasivos como la endoscopia y biopsias para el estudio histológico, realizar la técnica de la ureasa rápida, el cultivo y o el empleo de métodos no invasivos como la serológica para Ig G, la detección de antígeno en las deposición.
- **Diagnóstico diferencial:** Incluye principalmente úlcera gástrica, cáncer gástrico, parasitosis, litiasis vesicular, pancreatitis.

Tabla 4: Pruebas de detección de *helicobacter pylori*

Tabla 4. Pruebas de detección de <i>Helicobacter pylori</i> (18)			
Prueba	Sensib/ Especif	tipo	Características
Ureasa rápida	90/90	invasivo	Barato, rápido
Histología	90/90	invasivo	Cara, lenta, específica
Cultivo	50/100	invasivo	Difícil, útil en resistencias
Serología Ig G	80/80	No invasivo	No mide infección actual
Prueba de aliento	90/90	No invasivo	Para control erradicación
Antígeno deposición	90/90	No invasivo	Para control erradicación

FUENTE: Tomado de La Torre M, Ricardo; Gallo B. Gonzales N. *Helicobacter pylori*: Su importancia práctica en la gastroenterología.

TRATAMIENTO

Los grupos farmacológicos incluidos dentro de los medicamentos de venta libre (OTC) en Costa Rica para los síntomas ocasionales y leves de la acidez son los antiácidos y los antagonistas H₂⁴⁵.

Los antiácidos son los medicamentos más empleados para tratar la acidez. Son bases débiles que se disocian para formar sales alcalinas⁴⁶, las cuales neutralizan el ácido gástrico; no obstante, no reducen el volumen de ácido clorhídrico secretado⁴⁷.

Medidas terapéuticas generales⁷⁷

Ante la presunción clínica de gastritis y mientras se lleve a cabo la endoscopia y confirmación histológica se indican medidas terapéuticas que alivien los síntomas del paciente, prescribiéndose una dieta sin sustancias irritantes (café, tabaco, alcohol, ají) así como también drogas que contrarresten la agresión de la barrera gástrica indicando ya sea antiácidos orales, citoprotectores de la mucosa gástrica (sucralfato, bismuto, misoprostol), antagonistas de receptores H₂, Inhibidores de la bomba de protones, a los que se puede añadir gastrocinéticos (metoclopramida, domperidona, cisaprida, mosaprida, cinitaprida) si existe evidencias de trastornos de motilidad gastroesofágica o gastroduodenal.

Medidas de tratamiento específico

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

Gastritis alcohólica: Se prescriben antagonistas de receptores H2 o sucralfato por 2 a 4 semanas.

Gastritis por Estrés: Existe la profilaxis farmacológica para su prevención, con el uso endovenoso de antagonistas de receptores H2 o inhibidores de la bomba de protones o sucralfato por vía oral, evidenciándose una franca reducción de la incidencia de sangrado digestivo hasta de un 50%.

En la gastritis asociada a *Helicobacter pylori*: El tratamiento está dirigido a su erradicación, promoviendo la curación con disminución notoria en la recurrencia.

El tratamiento más empleado es el esquema triple, observando mejores resultados con el uso de un inhibidor de bomba de protones + amoxicilina +

claritromicina, no existiendo aún una terapia ideal. La causa más frecuente de falla del tratamiento es la resistencia a antibióticos y la no adherencia.

Debe confirmarse la erradicación luego de 4 semanas de completado el tratamiento sin estar recibiendo ya antibióticos ni bloqueadores de la bomba de protones.

Tabla 6: Tratamiento gastritis asociados a *Helicobacter pylori*

Tabla 6: Tratamiento Gastritis asociadas a Helicobacter pylori, esquemas de erradicación			
DROGA	DOSIS	DURACION	% DE ERRADICACIÓN
Primera línea (7-14 días)			
• En poblaciones con < 15 – 20% de resistencia a claritromicina y > de 40% a metronidazol			
PPI* Claritromicina Amoxicilina	dosis estándar bid 500 mg bid 1 gr bid	1 – 2 semanas	86 – 92 %
• En poblaciones con < 15 – 20% de resistencia a claritromicina y < de 40% a metronidazol			
PPI Claritromicina Metronidazol Tinidazol	dosis estándar bid 500 mg bid 500 mg bid o con 500 mg bid	1 – 2 semanas	87- 91%
• En áreas con resistencia alta a claritromicina y metronidazol, dar terapia cuádruple con bismuto			
PPI Bismuto Tetraciclina Metronidazol	dosis estándar bid 525 mg qid 500 mg qid 500 mg qid		86 – 90%
Segunda línea (10 – 14 días)			
• Bismuto en terapia cuádruple, cuando no se usó en primera línea • Terapia triple reemplazando la claritromicina por el metronidazol en poblaciones con resistencia al metronidazol < a 40% • En América Latina y China, se prefiere furazolidona en vez de metronidazol			
PPI Furazolidona Amoxicilina	dosis estándar bid 200 mg bid 1 gr bid		86 – 90% 77 – 83% 87 – 90%
Tercera línea o de rescate (10 – 14 días)			
PPI Amoxicilina Levofloxacina Rifabutina Furazolidona	dosis estándar bid 1 gr bid 250/500 bid o con 150 mg bid o con 200 mg bid		87 – 90%
Esquemas alternativos			
- Terapia triple secuencial de 5 más 5 días (15) PPI Amoxicilina Claritromicina Tinidazol	dosis estándar 10 días 1 gr bid 500 mg bid 500 mg bid	5 días, seguido por 5 días con 5 días	89 – 90%

*IBP: inhibidor de bomba de protones, en dosis habituales

Fuente: Tomado de Valdivia- Roldán M. Gastritis y Gastropatías. Rev. Gastro enterol. Perú; 2011; 31-1: 38-48

Las dosis de los diferentes esquemas son para pacientes con función renal normal.

TRATAMIENTO DIETÉTICO NUTRICIONAL EN LA GASTRITIS⁷⁹

Características físicas

Volumen: Con respecto a este punto se aconseja que la dieta adecuada gástrica esté compuesta por alimentos y comidas de volumen reducido, para disminuir el trabajo del estómago. Esto se logra con el fraccionamiento de la dieta, en viarias raciones (habitualmente se indican 4 comidas y 2 colaciones), cuidando que existan períodos de reposo digestivo.

Temperatura: Sobre la actividad motora, las temperaturas extremas retardan la evacuación y con evacuación acelerada el riesgo está en las temperaturas frías, puesto que se corre peligro que pasen al duodeno que es más sensible al frío, lo que puede acarrear un aumento del peristaltismo y producir efecto laxante. Por lo tanto, la dieta blanda gástrica estará compuesta por alimentos de temperatura templada o cálida, nunca extremas.

Consistencia: Frente a un estómago enfermo, donde interesa ocasionar el mínimo trabajo digestivo, la consistencia apropiada de los alimentos será: líquida blanda o sólida pero de fácil disgregación.

Fibra: Se debe indicar poca fibra dietética y generalmente modificada por acción y subdivisión como por ejemplo la utilización de métodos de cocción.

Características químicas

Las proteínas amortiguan la secreción del ácido gástrico pero como deben degradarse a peptonas en el estómago, permanecen más tiempo en el mismo, con lo que aumentan la secreción. Estos varían de acuerdo al origen de la proteína y al método de acción. Los productos de la digestión proteica son importantes estimulante de la secreción ácida. No obstante, aquellos deben estar presentes en las dietas adecuadas gástricas.

Los carbohidratos no estimulan ni inhiben la secreción gástrica, se evacuan rápidamente y salvo que se trate de soluciones hipertónicas o productos con estructura celular compleja y/o de difícil disgregación, llegan a adquirir estado de quimo sin inconvenientes.

Las grasas disminuyen la secreción y la motilidad al permanecer mayor tiempo en el estómago.

Valor calórico total: El valor calórico total de la dieta recomendada para el tratamiento dietético de gastritis debe contener entre 1800 a 2200 Kcal.

Distribución de la molécula calórica: La distribución de proteínas, grasas y carbohidratos, recomendada para el tratamiento dietético de gastritis es la

siguiente:

- Porcentaje de proteínas: 10 - 15% de la dieta.
- Porcentaje de grasas: 25 - 30% de la dieta.
- Porcentaje de carbohidratos: 55 – 65% de la dieta.

D.- Prevención ³⁸⁻⁴

Establecer un horario regular en las comidas.}

Distribuir los alimentos en 4-5 tomas al día.

Evitar hacer comidas abundantes, masticar lentamente y tragar bien.

Evitar el sobrepeso.

Evitar el estrés.

No acostarse después de comer, dentro de las siguientes 3 horas si es posible.

Dormir con la cabecera de la cama levantada unos 15-20 cm.

Suprimir o limitar el consumo de tabaco.

Evitar la ropa ajustada y los cinturones apretados.

Evitar alimentos que tienen un efecto irritante directo sobre el estómago como: café, té, bebidas con cafeína, alcohol, tabaco, comidas con alto contenido en grasas o muy condimentadas, chocolate; bebidas gaseosas; productos derivados del tomate y cítricos.

Evitar el consumo prolongado de irritantes como la aspirina, los medicamentos antiinflamatorios.

En caso de no poder suspender el tratamiento con medicamentos que tienen un efecto irritante directo sobre la mucosa esofágica, administrar estos con bastante líquido.

Una vida saludable, con buenos hábitos e higiene en las preparaciones alimenticias.

Evitar comida rápida, grasosa y picante. No abusar de sal, azúcar, ni especias en sus comidas.

Evitar las comidas pesadas, especialmente a la hora de la cena. No comer exageradamente evitando tomar alimentos muy calientes o muy fríos y no acostarse inmediatamente después de comer.

Comer fibra, que se encuentra en cereales integrales, frutas con cascara, verduras, yogures.

Incluir en su dieta alimentos fuente de fibra, como medida preventiva para las enfermedades gastrointestinales y el cáncer de estómago y colon. Sin embargo, si está en fase de crisis, es preferible disminuir el consumo de fibra.

Fuentes de fibra:

Cereales integrales: pan, pastas, arroz, cereales de desayuno, galletas, avena

Frutas con cáscara, excepto los cítricos. Ejemplo: banano, ciruela, manzana, pera, melocotón, papaya, sandía.

Vegetales con cáscara y cocidos: zapallo, zanahoria, brócoli, coliflor, berenjena, etc.

Linaza. Puede tomar 2 cdtas linaza en polvo en medio vaso de agua en ayunas.

Mantener el peso ideal, ya que la obesidad le puede provocar complicaciones.

Practique medidas para el control de estrés.

Tabla 2: Alimentos permitidos en el tratamiento dietético de la gastritis⁴²

Alimentos	Recomendaciones de consumo
Lácteos:	No se recomienda la toma frecuente de leche, ya que crea acidez a las 2 ó 3 horas tras su ingesta. Es preferible consumir leche (total o parcialmente desnatada) u otros lácteos poco

	grasos (queso fresco, yogur desnatado).
Carnes:	Pollo y pavo sin piel, ternera y cerdo magro.
Cereales:	Refinados, pan blanco y tostado, pasta, arroz, patata, sémola y tapioca.
Dulces:	Bollería, galletas y bizcocho sencillos poco grasas.
Pescados:	Blancos y azules según tolerancia.
Huevos:	Pasados por agua, escalfados, a la plancha.
Patatas:	En puré, hervidas o cocidas.
Hortalizas:	Todas en general, excepto las flatulentas (alcachofas, col, coliflor, brócoli, coles de Bruselas, pimiento, pepino, rábanos, cebolla, repollo, y ajos).
Bebidas:	Agua, caldos desgrasados, infusiones suaves.
Grasas:	Aceite de oliva.

Fuente: Manual de dietoterapia, Cuba, 2001.

Tabla 3: Alimentos prohibidos en el tratamiento dietético de la gastritis⁴⁴

Alimentos	No recomendados
Lácteos:	Leche ácida, leche condensada. Quesos muy grasos y fermentados (gruyere, roquefort), yogures enriquecidos, nata, cremas.
Carnes:	Conejo, cerdo, cordero graso, vísceras y despojos.
Embutidos:	Grasas, patés, mortadelas, jamón, salchichas.
Pescados:	Conservas, salazones y ahumados.
Huevos:	Muy cocidos
Cereales:	Integrales según tolerancia.
Verduras flatulentas:	Cebolla, pimiento, alcachofas, coliflor.
Frutas:	Secas, verdes y frutos secos según tolerancia.
Bebidas:	Caldos concentrados, cacao y derivados, café, té concentrados, bebidas alcohólicas.
Condimentos:	Ácidos, fuertes y picantes

Fuente: Manual de dietoterapia, Cuba, 2001.

1.6.3 Definición de conceptos claves

Adherencia terapéutica.- Es el cumplimiento de instrucciones terapéuticas, ya sea de forma voluntaria o inadvertida; un ejemplo de ello son los problemas

relacionados con los medicamentos.

Intervención.- Intervención implica la acción y efecto de intervenir algo, una situación, una oficina, un estado, entre otros. f. Acción y resultado de intervenir.

Educación para la Salud.- Es un proceso multidimensional (de comunicación y de intervención social y educativa) que tiene por finalidad la capacitación y responsabilización de las personas en la toma de decisiones relacionadas con la salud.

Promoción De La Salud.- El proceso de capacitar a las personas para que aumenten el control sobre su salud y la mejoren. Es un concepto positivo que enfatiza los recursos sociales y personales, así como las capacidades físicas.

Estilos De Vida Y Conductas De Salud.- Los estilos de vida se refieren a comportamientos que actúan positiva o negativamente sobre la salud y que el hombre se adopta voluntariamente y sobre los que podría ejercer un mecanismo de control.

Jugo gástrico.- Es una mezcla de secreciones de varias células epiteliales especializadas tanto superficiales como de las glándulas gástricas. Su composición química consiste en: agua, ácido clorhídrico, cloruro de potasio, cloruro de sodio, bicarbonato, enzimas y mucus.

Inflamación.- La respuesta inflamatoria ocurre solo en tejidos conectivos vascularizados y surge con el fin defensivo de aislar y destruir al agente dañino.

CAPÍTULO II MÉTODO

2.1 Tipo, nivel y diseño de investigación ⁸⁰

Tipo.- Experimental

Nivel.- Descriptivo

Diseño.- Cuasi experimental⁸¹

GE: O₁ X O₂

GC: O₃ O₄

GE=Grupo de estudio

GC=Grupo control

O₁ y O₃= PRE TEST

O₂ y O₄= POST TETS

No aleatorizados

2.2 Población.-

La población está conformada por los estudiantes no universitarios del Instituto Superior tecnológico Publico Santiago Antúnez de Mayolo - Palián.

2.3 Muestra y tipo de muestreo.-

Se trabajó con 31 estudiantes, obtenidas a través de un muestreo no probabilístico del tipo intencionado⁸², según los siguientes criterios:

2.3.1 Criterios de inclusión.- Estudiante voluntarios da la Carrera técnica en farmacia. Estudiante que manifiestan su disposición para participar y cooperar con la investigación previo el consentimiento informado.

2.3.2 Criterios de exclusión.- Estudiante que no asistieron a las sesiones al 100% de las charlas didácticas durante la intervención.

2.4 Variable de investigación.-

2.4.1 Variable independiente.-

Intervención educativa sobre conocimiento de los factores de riesgo en la gastritis 2016.

2.4.2 Variable dependiente.-

Conocimientos del estudiante sobre los factores de riesgo en la gastritis 2016.

2.4.3 Operacionalización de la variable.-

VARIABLES (V.D / V.I)	DIMENSIONES	INDICADORES	ITEMS
VARIABLE INDEPENDIENTE Intervención educativa para prevenir la gastritis sobre conocimiento de los factores de riesgo.	1.Generalidades sobre la gastritis.	1.1 Definición de gastritis 1.2 Las causas y efectos 1.3 Signos y síntomas 1.4 Exámenes auxiliares para el diagnóstico.	1.4.1 Tienes gastritis 1.4.2 Que es la gastritis 1.4.3Cuál es la causa primordial de la gastritis. 1.4.4 Es un signo y un síntoma respectivamente 1.4.5 Es un examen auxiliar de apoyo al médico para realizar su diagnóstico de la gastritis
	2.Conocimientos sobre los factores de riesgo para adquirir gastritis	2.1 Medicamentos 2.2 Alimentos 2.3 Hábitos saludables 2.4 La insalubridad 2.5 Dietas 2.6 Estado emocional	2.6.1 Son medicamentos que inhiben la síntesis de prostaglandinas del estómago e intestino. 2.6.2 Son alimentos que no deben consumir con mucha frecuencia el paciente con Gastritis 2.6.3 Es un hábito saludable que conviene y mejora la salud del paciente con gastritis 2.6.4 Evitar el consumo de alimentos preparados en: 2.6.5 Es un grupo de alimentos que deben ser consumidos con mucha frecuencia en sus dietas de los pacientes con Gastritis 2.6.6 Es una manera de evitar y desaparecer el estrés.
	3.Conocimientos sobre prevención de la gastritis y el autocuidado.	3.1 Uso de antiácidos 3.2 Alimentos y fisiología digestiva 3.3 Posición anatómica 3.4 Adaptación hacia hábitos saludables 3.5 Fuentes de contaminación por microbios 3.6 Sobre carga laboral o académica	3.6.1 Es un medicamento que disminuye la síntesis de ácido clorhídrico 3.6.2 Son alimentos que inducen a poca secreción de ácido clorhídrico parietal 3.6.3 Como debemos tomar la siesta después de consumir los alimentos 3.6.4 El no fumar, no tomar alcohol, es o son: 3.6.5 Debemos tomar agua potable sin hervir 3.6.6 Que es gestión del tiempo.
VARIABLE DEPENDIENTE Conocimientos de los estudiantes sobre los factores de riesgo para prevenir la gastritis	1.Antes de adquirir la intervención educativa sobre los factores de riesgo en la gastritis	1.1 Cognitivo 1.2 Procedimental 1.3 Actitudinal	3.6.7 Bajo nivel
	2.Después de adquirir la intervención educativa sobre los factores de riesgo en la gastritis	2.1 Cognitivo 2.2 Procedimental 2.3 Actitudinal	3.6.8 Medio y alto nivel a comparación del pre test

Fuente: Elaboración propia, 2016

2.5 Técnicas de recolección de datos.-

La investigación se desarrolló en tres etapas: Selección, intervención y evaluación.

a) Selección de los grupos de investigación.-

- **Validación de los instrumentos.-** Diseño de instrumento de calificación del cuestionario con 14 preguntas cerradas. Se validó con 3 expertos en el tema: 1 docentes en lengua y literatura y 2 químicos farmacéuticos colegiados. Los expertos emitieron la constancia de la evaluación de los ítems. Una vez validados el cuestionario se procederá a poner a prueba en estudiantes técnicos en farmacia, para medir la confiabilidad y la validez.
- **Convocatoria.-** La primera semana se solicitó permiso para la aplicación de la prueba a los estudiantes de técnica en farmacia y los interesados se les explica en que consiste el trabajo de investigación previo consentimiento informado y para rendir la evaluación de pre test.
- **Información y el consentimiento informado.-** Una vez obtenida las autorizaciones por el estudiante. Se informó a los estudiantes todo lo relativo al estudio, y el fin de la investigación, se les solicito que la evaluación es anónima y voluntaria, se les indico también a que respondan con sinceridad con respecto a lo que saben y que no intenten adivinar la respuesta correcta. Así mismo se les informo que

las notas no influyen en sus notas académicas. Se utilizó el consentimiento informado para su firma correspondiente.

- **Conformación de los grupos de investigación.-** A la primera semana se formó los grupos de estudiantes y previo consentimiento afirmativo se tomó un pre test, la calificación obtenida fue la primera observación de medida.
- **Evaluación del pre test.-** Se aplicó un examen y se formuló en ella preguntas cerradas relacionadas a los temas sobre factores de riesgo en la gastritis.

b) Aplicación de la intervención educativa.-

- **La intervención educativa.-** se realizó en el aula del instituto superior fuera del horario de clases, exclusivamente con el grupo experimental, con elementos como:
 - a. -Los objetivos ya fijados.
 - b. -Los medios y recursos disponibles para lograrlos como instalaciones, inmuebles, personal, y mantenimiento, condiciones de uso de esos medios.
 - c. -Las estrategias de acción establecidas, en función de los elementos anteriores: actuaciones en clases, en talleres, número de sesiones, método de trabajo.
 - d. -Una temporalización de las actuaciones: calendario, horarios, número de actuaciones por grupo o taller.

La fase de valoración consiste en evaluar el programa y su aplicación, tanto sus componentes como los resultados de la aplicación del mismo, para llegar a unas conclusiones finales que deberán ser reflejadas en el correspondiente informe de evaluación.

Una ventaja de las intervenciones educativas es que estas se desarrollan en escenarios donde se han identificado las necesidades sentidas de grupos vulnerables. Pueden ser individuales o grupales. Las grupales suponen un programa educativo que responde a las necesidades del grupo objeto.

- **Materiales de apoyo.-** las charlas y conversatorios fue con apoyo de diapositivas, papelotes, pizarra, videos, elaboración de trípticos, folletos resumen.
- **Producto del taller de trabajo.-** Los talleres se realizó en paralelo a las charlas y/o conversatorios que fue llevado a cargo por los investigadores se tomó más énfasis en la parte de los factores de riesgo en la gastritis. Por ultimo entregaron una tarea académica (se desarrolló la extensión según matriz nelabe17 según análisis del pre test)

c) Evaluación final y de resultados.-

La evaluación post test se ejecutó a un mes de la intervención educativa al mismo tiempo a los dos grupos de investigación: al

experimental y al control, durante el día regular de las sesiones acordadas fuera de clases.

- **Primer post test.**- fue el mismo día de la intervención
- **Segundo post test.**- fue al terminar la intervención.

2.6 Procesamiento de datos.-

Para la tabulación de los datos recolectados se utilizó el programa estadístico SPSS versión 21 y Excel 2013, los datos fueron tabulados para ser representados en gráficos y tablas para cada variable evaluada, y obtener el número y porcentaje respectivo para los grupos de estudiantes evaluados.

Técnica De Procesamiento Y Análisis De La Información

La información recopilada de los cuestionarios, se procesó de forma computarizada, para ello se elaboró una base de datos en SPSS V21, luego se realizó el análisis de T de student que nos permitió la confección de tablas estadísticas como frecuencias absolutas, proporciones y porcentajes; en las que se presentaran los resultados.

2.7 Procedimientos a seguir para probar la hipótesis

Para probar la hipótesis se utilizó la T de student para muestras relacionadas.

INTERVENCIÓN	ACCIÓN	MIDIENDO EL CAMBIO
TIPO DE DISEÑO Cuasi experimental Selección de dos grupos específicos para la intervención y el control al inicio de la investigación	El grupo de investigación recibe la intervención educativa sobre factores de riesgo en la gastritis El grupo control no recibe la intervención educativa sobre factores de riesgo en la gastritis	Medir el cambio antes y después de la intervención educativa. Medir el cambio al mes después de la intervención

2.8 Limitaciones

Se desarrolló en los espacios del Instituto superior tecnológico publica Santiago Antúnez de Mayolo - Palian, el proyecto sobre la Intervención educativa sobre factores de riesgo en la gastritis en estudiantes no universitarios de farmacia 2016

2.9 Consideraciones éticas.-

Se trabajó con estudiantes del Instituto Superior Tecnológico; en todo momento se guarda la reserva y confidencialidad de los resultados, así como se evitará la divulgación de la información con otros fines que no sean los estrictamente científicos.

CAPÍTULO III RESULTADOS

El propósito del siguiente estudio fue evaluar los conocimientos antes y después de la intervención sobre factores de riesgo en la gastritis en ambos géneros. Se evaluó una muestra de 31 estudiantes mediante muestreo no aleatorio disponible, a quienes se les aplicó el cuestionario.

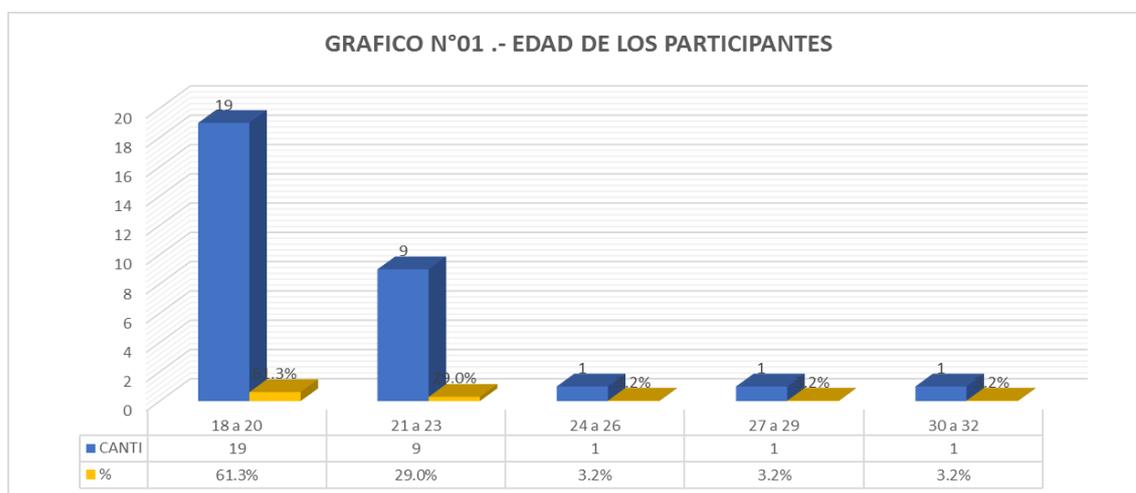
Los gráficos fueron hechos en tipo torta con las covariables y en barras verticales las variables y las tablas con divisiones del pre test y post test acompañado con los valores porcentuales para poder tener una visualización más exacta de los resultados buscados en la investigación. En la interpretación primero indicamos la pregunta con mayor porcentaje de incremento de aprendizaje.

A continuación el análisis:

Tabla7. Distribución de grupos etáreos

EDAD	CANTI	%
18 a 20	19	61.3%
21 a 23	9	29.0%
24 a 26	1	3.2%
27 a 29	1	3.2%
30 a 32	1	3.2%
	31	100.0%

FUENTE: Elaboración fuente propia, 2016



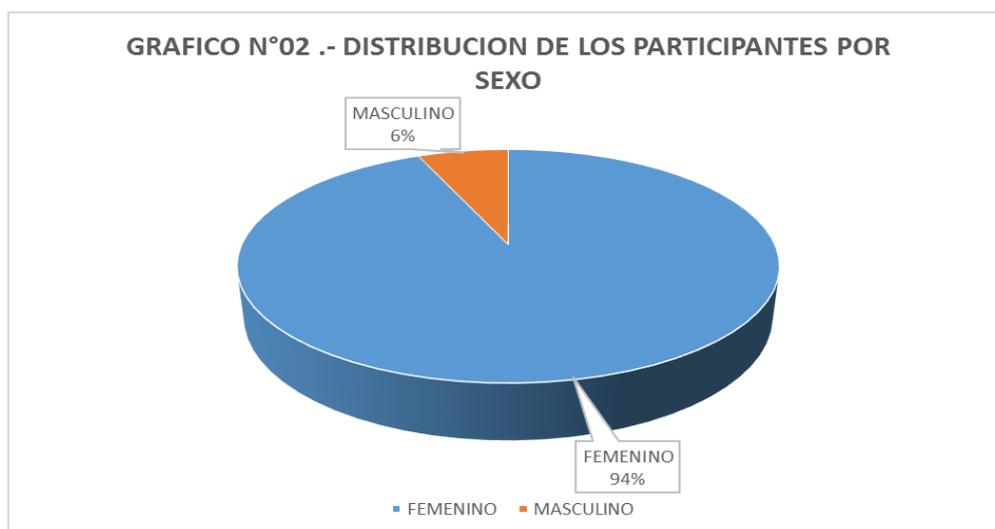
Fuente: Propia, 2016

En la intervención educativa sobre factores de riesgo en la gastritis fue la mayor participación por estudiantes cuyas edades están entre los 18 a 20 años de edad (61.3%), seguido de 21 a 23 años con (29%).

Tabla 8. Distribución por sexo de la muestra

SEXO	N° ESTUDIANTES	%
FEMENINO	29	94%
MASCULINO	2	6%
TOTAL	31	100%

FUENTE: Elaboración fuente propia, 2016



FUENTE: Elaboración fuente propia, 2016

En la intervención educativa sobre factores de riesgo en la gastritis fue la mayor participación por estudiantes del sexo femenino (94%), y con una menor participación del sexo masculino con (6%).

Tabla 9. Distribución de la presencia de la gastritis en los participantes

PREVALENCIA	N° ESTUDIANTES	%
SI	13	42%
NO	18	58%
TOTAL	31	100%

FUENTE: Elaboración fuente propia, 2016



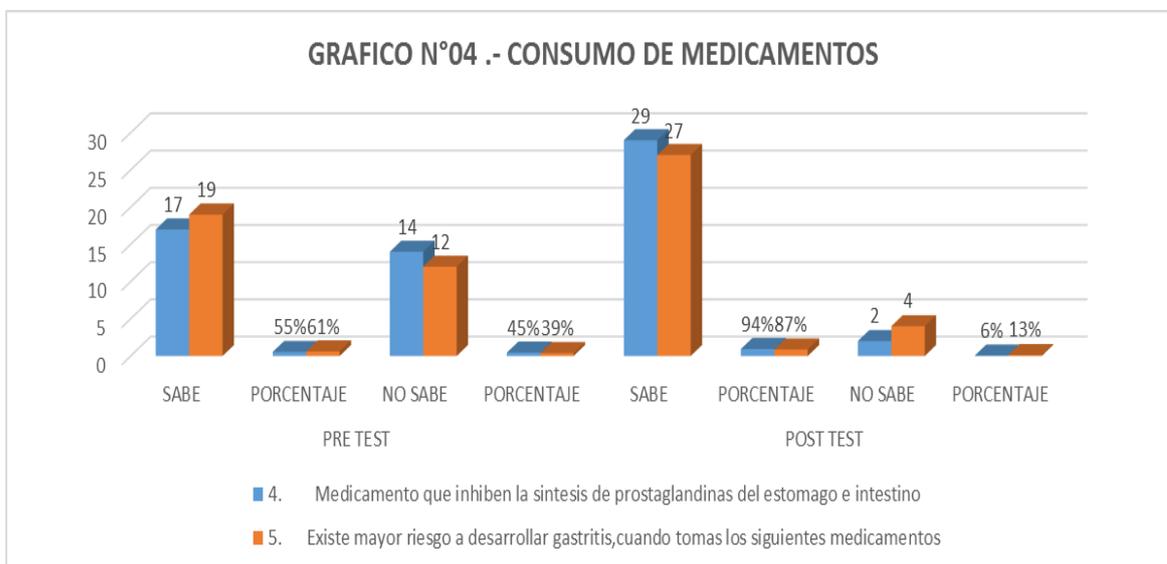
FUENTE: Elaboración fuente propia, 2016

En la intervención educativa sobre factores de riesgo en la gastritis el 42% de estudiantes mencionan tener gastritis y el 58% de estudiantes no universitarios mencionan no tener gastritis.

Tabla 10. Consumo de medicamentos

Numero de pregunta	PRE				POST			
	SABE	%	NO SABE	%	SABE	%	NO SABE	%
4. Medicamento que inhiben la síntesis de prostaglandinas del estómago e intestino	17	55%	14	45%	29	94%	2	6%
5. Existe mayor riesgo a desarrollar gastritis, cuando tomas los siguientes medicamentos	19	61%	12	39%	27	87%	4	13%

FUENTE: Elaboración fuente propia, 2016



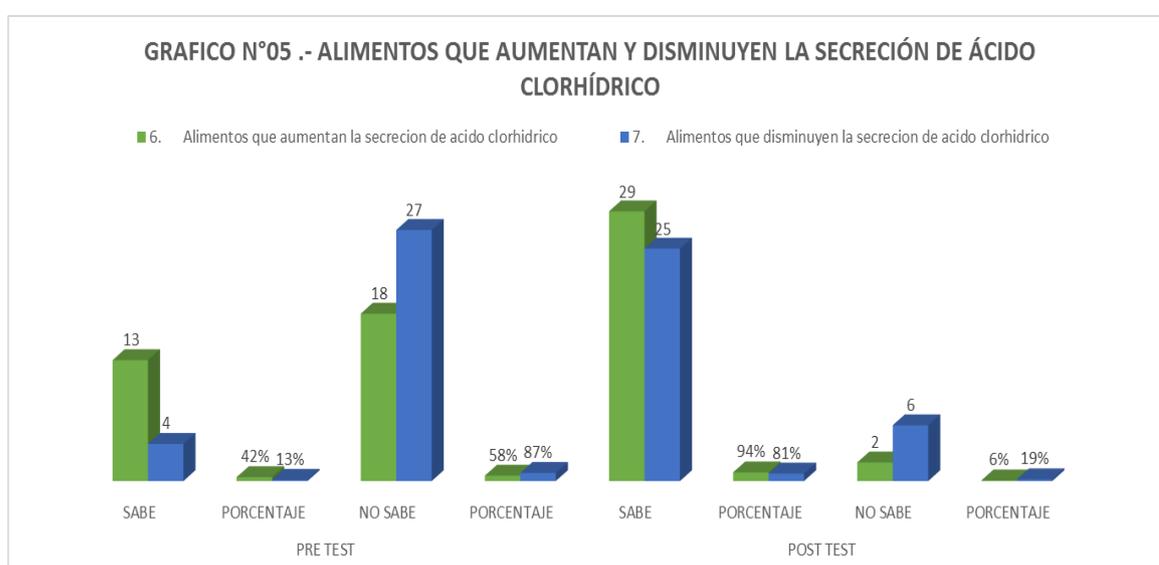
FUENTE: Elaboración fuente propia, 2016

En la intervención educativa sobre factores de riesgo en la gastritis por estudiantes no universitarios podemos afirmar que la población a la pregunta 4 tienen cierto conocimiento que medicamentos inhiben la síntesis de prostaglandinas, se logró un incremento de 55% a un 94%. y a la pregunta cinco sobre la existencia de riesgo a desarrollar gastritis llegando a aumentar el conocimiento de 39% a un 87%.

Tabla 11. Alimentos que aumentan y disminuyen la secreción de ácido clorhídrico

Numero de pregunta	PRE				POST			
	SABE	%	NO SABE	%	SABE	%	NO SABE	%
6. Alimentos que aumentan la secreción de ácido clorhídrico	13	42%	18	58%	29	94%	2	6%
7. Alimentos que disminuyen la secreción de ácido clorhídrico	4	13%	27	87%	25	81%	6	19%

FUENTE: Elaboración fuente propia, 2016



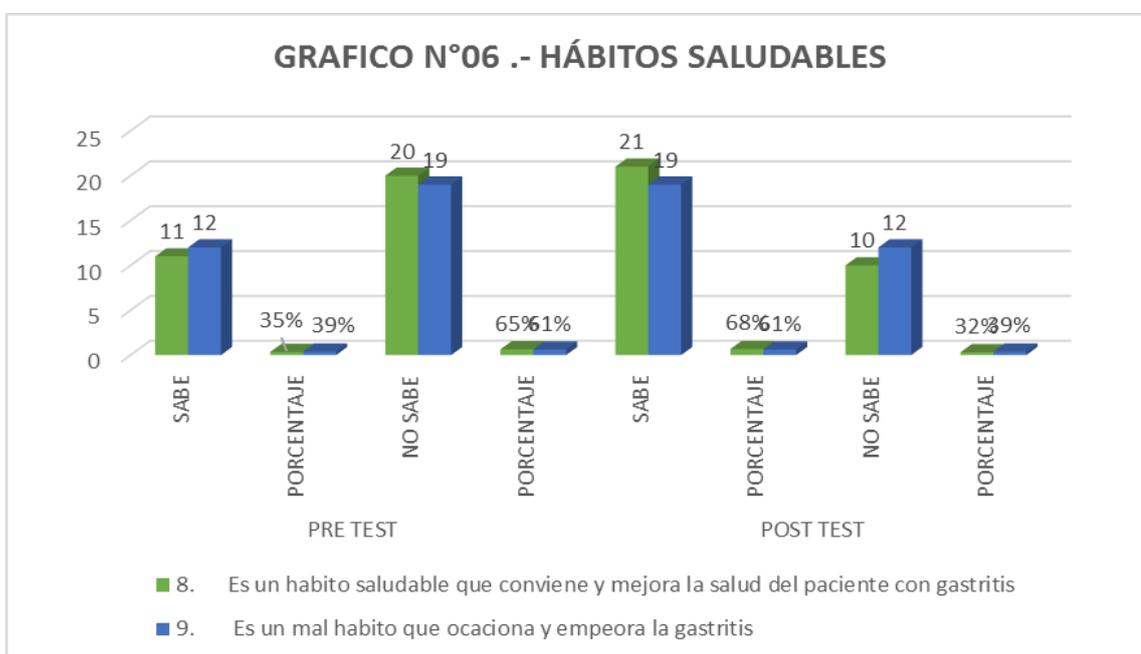
FUENTE: Elaboración fuente propia, 2016

En la intervención educativa sobre factores de riesgo en la gastritis por estudiantes no universitarios podemos afirmar que la población a la pregunta seis **sobre alimentos que aumentan la secreción de ácido clorhídrico**, se logró un incremento de 42% a un 94%; y a la pregunta siete **sobre alimentos que disminuyen la secreción de ácido clorhídrico** se logró aumentar el conocimiento de un 13% a un 81%.

Tabla 12. Hábitos saludables

Numero de pregunta	PRE				POST			
	SABE	%	NO SABE	%	SABE	%	NO SABE	%
8.Es un habito saludable que conviene y mejora la salud del paciente con gastritis	11	35%	20	65%	21	68%	10	32%
9.Es un mal habito que ocasiona y empeora la gastritis	12	39%	19	61%	19	61%	12	39%

FUENTE: Elaboración fuente propia, 2016



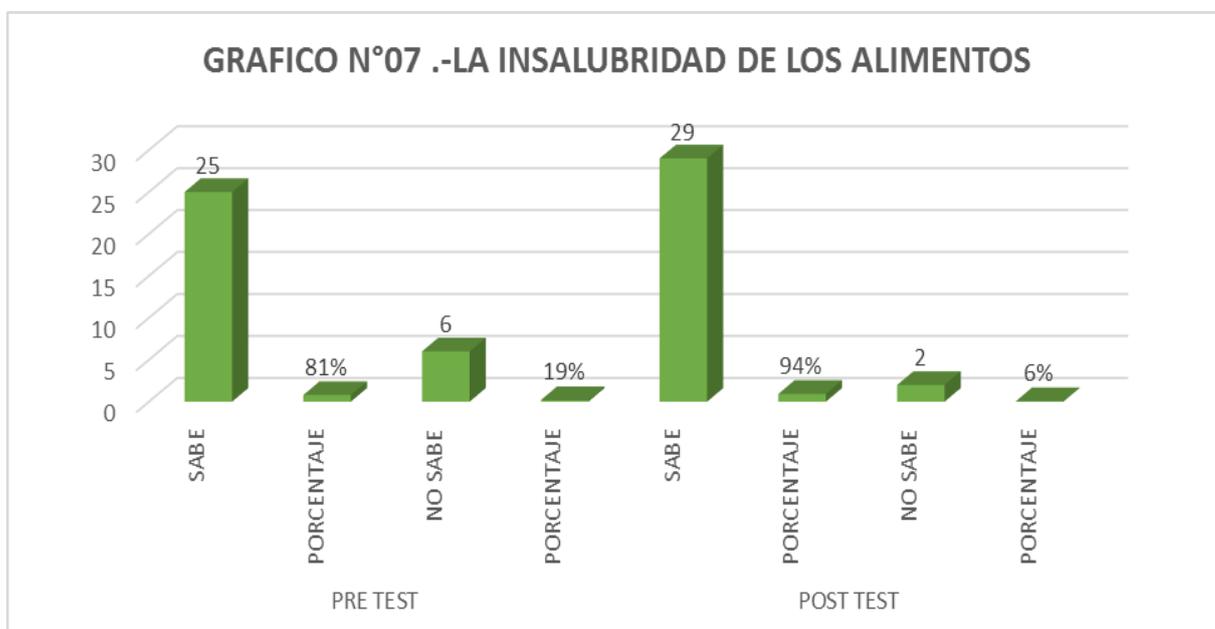
FUENTE: Elaboración fuente propia, 2016

Como podemos ver en la pregunta ocho y nueve; podemos afirmar que la población aumento su conocimiento en la pregunta ocho **sobre los hábitos saludables que convienen y mejoran la salud del paciente con gastritis**, se logró un incremento de 35% a un 68%; y a la pregunta nueve sobre **el mal habito que ocasiona y empeora la gastritis** se llegó incrementar el conocimiento de 39% a un 61%.

Tabla 13. La insalubridad de los alimentos

Numero de pregunta	PRE				POST			
	SABE	%	NO SABE	%	SABE	%	NO SABE	%
10. Forma de contaminarse con la bacteria <i>Helicobacter Pilory</i> es	25	81%	6	19%	29	94%	2	6%

FUENTE: Elaboración fuente propia, 2016



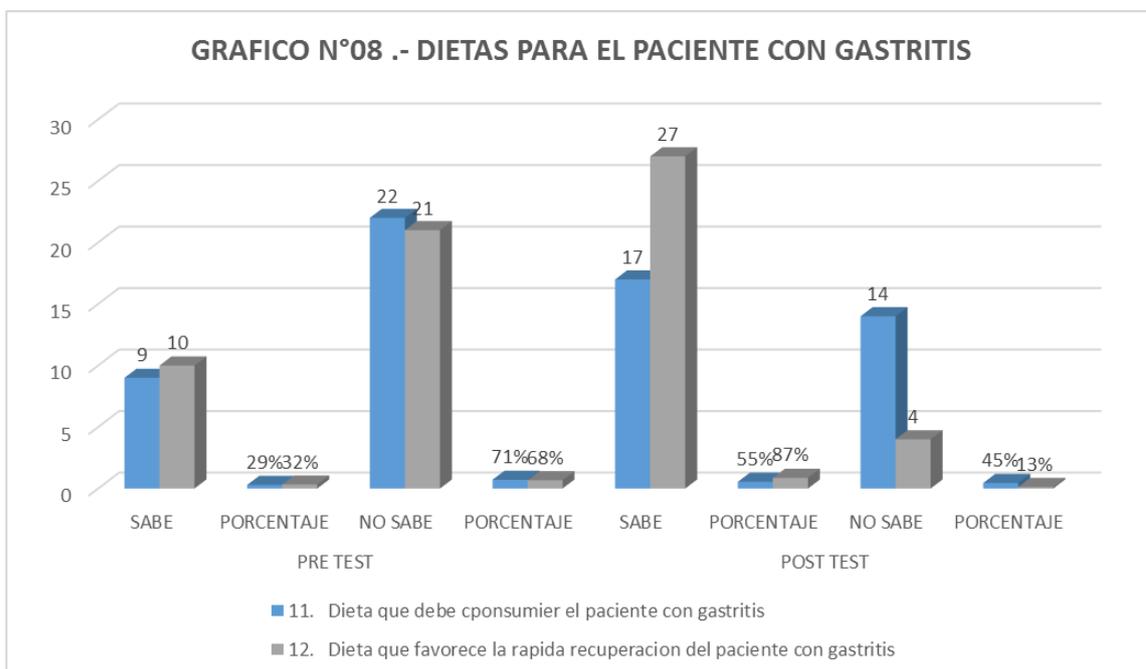
FUENTE: Elaboración fuente propia, 2016

El 81% de estudiantes encuestados en el pre test saben la forma de contaminarse con la bacteria *Helicobacter Pilory* y se incrementó al 94% de estudiantes que en el post test saben la forma de contaminarse con la bacteria *Helicobacter Pilory*.

Tabla 14. Dietas para el paciente con gastritis

Numero de pregunta	PRE				POST			
	SABE	%	NO SABE	%	SABE	%	NO SABE	%
11. Dieta que debe consumir el paciente con gastritis	9	29%	22	71%	17	55%	14	45%
12. Dieta que favorece la rápida recuperación del paciente con gastritis	10	32%	21	68%	27	87%	4	13%

FUENTE: Elaboración fuente propia, 2016



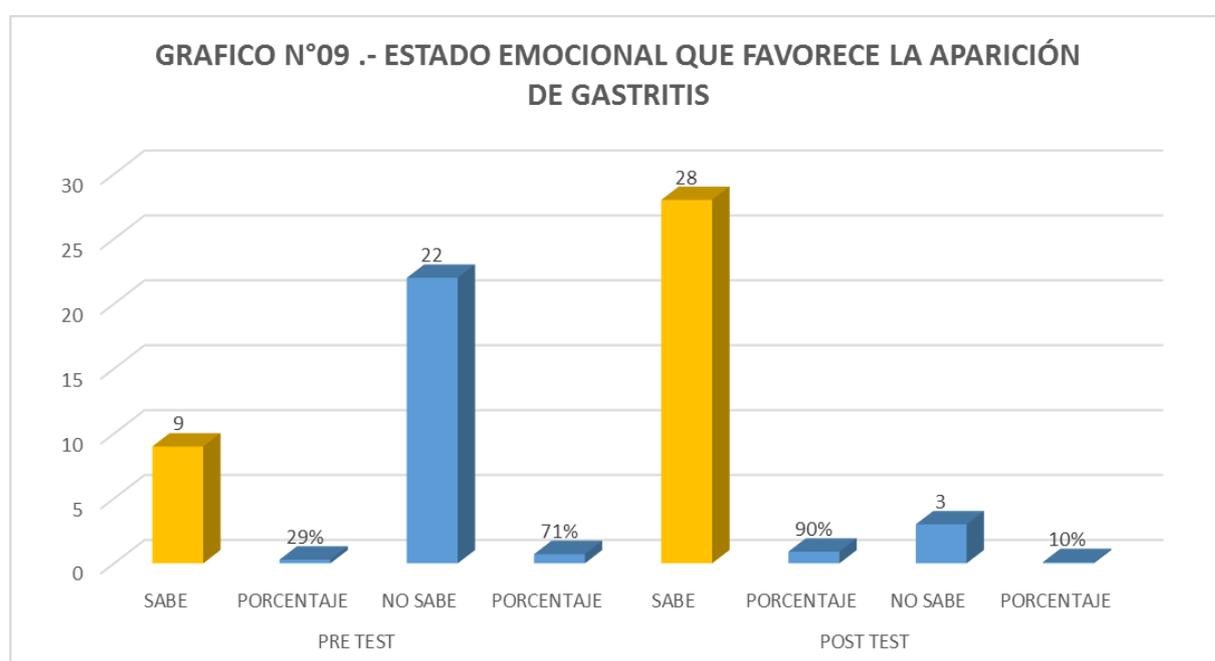
FUENTE: Elaboración fuente propia, 2016

Como podemos ver en la pregunta del once y doce; podemos afirmar que la población aumento su conocimiento en la pregunta once **sobre dieta que debe consumir el paciente con gastritis**, se logró un incremento de 29% a un 55%; y a la pregunta doce sobre la dieta que favorece la rápida recuperación del paciente con **gastritis** se llegó incrementar el conocimiento de 32% a un 87%.

Tabla 15. Estado emocional que favorece la aparición de gastritis

Numero de pregunta	PRE				POST			
	SABE	%	NO SABE	%	SABE	%	NO SABE	%
13.Es una manera de evitar y desaparecer el estrés	9	29%	22	71%	28	90%	3	10%

FUENTE: Elaboración fuente propia, 2016



FUENTE: Elaboración fuente propia, 2016

El 29% de estudiantes encuestados en el pre test saben que el estrés induce a tener gastritis y se incrementó al 90% de los estudiantes encuestados en el post test que saben que el estrés ocasiona la gastritis.

CAPÍTULO IV

ANÁLISIS Y DISCUSIÓN

De los 31 participantes en la investigación, las que participaron más son de sexo femenino que son en total de 29 mujeres y 2 varones. La mayoría de los estudiantes del instituto de ambos géneros, están entre los 18 y 20 años (61,3%) y de 21 a 23 años de edad (29%) (Ver tabla N°7)

De los participantes el 42% afirman tener gastritis, situación que en los de más trabajos no consideraron (Ver tabla N°9), En relación con el conocimiento que tenían los pacientes de los alimentos que le podían agravar los síntomas de la gastritis, el 71% mencionaron desconocerlos (Peña-Marín J y col el 2007) situación que fue planteada como alimentos que aumentan la secreción de ácido clorhídrico cuyo resultado encontramos en el pre test desconocen el 42%, mientras que en el post test el 6% desconocen (ver Tabla N°11)

En el trabajo de Peña-Marín J y col el 2007, no hace referencia al tema de la gastritis por *Helicobacter pylori*, situación que podemos afirmar que el pre test no sabían el 81% y en post test solo saben el 6%. (Ver tabla N°13); también no mencionan en cuanto a la dieta que debe consumir el paciente con gastritis, donde obtuvimos que en el antes solo el 29% saben sobre las dietas que deben consumir situación que en el post test saben solo el 45% (ver tabla N° 14), así mismo también no menciona sobre Estado emocional que favorece la aparición de gastritis, donde el resultado indica que el en el pre test dicen saber y en el post test dicen que es el stress en un 90%(ver tabla N°15)

CAPÍTULO V

CONCLUSIONES

1. Logramos aplicar y evaluar la efectividad de la intervención educativa dirigida a estudiantes no universitarios sobre los factores de riesgo para prevenir la gastritis. En el pre test se tomó un tiempo de 30 minutos, siendo el post test de 10 minutos en desarrollarse.
2. Realizamos la intervención educativa a estudiantes no universitarios sobre factores de riesgo para prevenir la gastritis.
3. Se elaboró el material didáctico para la aplicación de la intervención educativa sobre factores de riesgo para prevenir la gastritis, con la matriz nelabe17 a los estudiantes no universitarios.
4. Se evaluó y con buenos calificativos los conocimientos después de la intervención educativa a los estudiantes no universitarios sobre factores de riesgo para prevenir la gastritis, logrando un incremento de 55% a un 94% en conocimiento de que medicamentos inhiben la síntesis de prostaglandinas.

CAPITULO VI

RECOMENDACIONES

1. Al evaluar la efectividad de la intervención educativa en estudiantes no universitarios sobre los factores de riesgo en la gastritis, debe aplicarse el instrumento al mes de finalizado la presente investigación para verificar la efectividad en el desarrollo de la memoria a largo plazo de los estudiantes.
2. A los futuros tesisistas de farmacia y bioquímica desarrollar estudios cuasi experimentales sobre nivel de conocimiento en la selección de medicamento para la terapia farmacológica efectiva y seguimiento farmacológico a pacientes con gastritis y /o enfermedades gastrointestinales.
3. Se recomienda elaborar material didáctico para la aplicación de la intervención educativa como trípticos, dípticos así como resúmenes.

4. Evaluar los conocimientos antes y después a estudiantes de farmacia sobre nivel de conocimiento sobre factores de riesgo en la esofagitis y la constipación.

CAPÍTULO VII BIBLIOGRAFÍA

1. Caballero-Suárez N , Pérez-Sánchez I , Herrera-Cornejo M , Manrique M , Sánchez-Sosa J . Efectos de una intervención cognitivo conductual sobre la adhesión terapéutica y regulación emocional en pacientes con enfermedades gastrointestinales. *Psicología y Salud* [Internet]. 2012 [citado 14 agosto 2016];22(2): 257-273. Disponible en: http://www.uv.mx/psicysalud/psicysalud-22-2/22-2/Nancy%20Patricia%20Caballero%20Su%E1rez_2.pdf
2. Química Suiza. Blog el 80% de la población peruana sufre de gastritis [Internet]. San Borja / Lima – Perú. Sep 2013 [citado 21 agosto 2016]. Disponible en: <http://diariomedico.pe/?p=4965>
3. Ley N° 28173 [en línea]. Perú: digemid.minsa.gob.pe; 2004 [19 mayo 2016].URL disponible en: <http://files.servir.gob.pe/WWW/files/normas%20legales/DS%20008-2006-SA.pdf>
4. Peña-Marín J, Junchaya-Yllescas A, Cerrón-Siuce M, Alvarez-Risco A. Conocimiento de los factores relacionados con la gastritis en pacientes ambulatorios de la sierra de Perú. *Rev. O.F.I.L.* [Internet]. 2007 [citado 19

- abr 2016]; 17(4): 35-39. Disponible en: http://www.researchgate.net/profile/Aldo_Alvarez-Risco/publication/275410571_Conocimiento_de_los_factores_relacionados_con_la_gastritis_en_pacientes_ambulatorios_de_la_sierra_de_Peru/links/5629358908aef25a243d5976.pdf
5. Peña J, Tirado B. Plan de orientación dirigidos a prevenir la gastritis en los adolescentes de la unidad educativa “santísima trinidad” de puerto ordaz – estado bolívar, primer trimestre 2009. [tesis de pregrado]. Puerto ordaz (Venezuela) de la Universidad Central De Venezuela Facultad De Medicina Escuela De Enfermería. Puerto ordaz – estado bolívar; 2009. P.76.
 6. Rivas-Nieto AC, Curioso WH, Guillén C. Participación estudiantil en proyectos de intervención rural en salud: la experiencia iris-x en Perú. Rev Peru Med Exp Salud Pública. 2009; 26(3): 387-94. [Internet]. 2009 [citado 26 abr 2016]; 26(3): 387-94. Disponible en: <http://www.scielo.org.pe/pdf/rins/v26n3/a19v26n3.pdf>
 7. Carpenter HA, Talley NJ. Gastroscopy is incomplete without biopsy: clinical relevance of distinguishing gastropathy from gastritis. Gastroenterology.1995;108:917-24.
 8. Marshall, B. J. The Campylobacter pylori story. Scand. J. Gastroenterol. 1988; 23 (suppl. 146): 58-66.
 9. Evans, D.J., Evans, D.G., Graham, D.Y. y Klein, P.D. A sensitive and specific serologic test for detection of Campylobacter pylori infection. Gastroenterology. 1989; 96:1004-1008.
 10. Flejou, J. F., y Price, A.B. Campylobacter pylori. Utilité de sa recherche en “routine” Ann. Pathol. 1988; 8: 261-264.
 11. Graham, D.Y., Klein, P.D., Opekun, A.R. y Boutton, T. W. Effect of age on the frequency of active Campylobacter pylori infection diagnosed by the 13C urea breath test in normal subjects and patients with peptic ulcer disease. J. Infect. Dis. 1988; 157:777-780.
 12. Kaldor, J., Tee, W., McCarthy, P., Watson, J. y Dwyer, B. Immune response to Campylobacter pyloridis in patients with peptic ulceration. Lancet 1985; 1: 921.
 13. Pérez -Pérez, G. I., Dworkin, B.M., Chodos, J.E. y Blaser, M. J. Campylobacter pylori antibodies in humans. Ann. Internal. Med. 1988; 109:11-17.

14. Wulffen, H. V., Heesenzann, J., Butzow, G. H., Loning, T. y Laufs, A. Detection of *Campylobacter pyloridis* in patients with antrum gastritis and peptic ulcers by culture, complement fixation test, and immunoblot. *J. Clin. Microbiol.* 1986; 24: 720-726.
15. Drumm, B., Sherman, P., Cutz, E. y Karmali, M. Association of *Campylobacter pylori* on the gastric mucosa with antral gastritis in children. *N. Engl. J. Med.* 1987; 316:1557- 1561.
16. Drumm, B., Sherman, P., Chiasson, O., Karmali, M. y Cutz, E. Treatment of *Campylobacter pylori* associated antral gastritis in children with bismuth subsalicylate and ampicillin. *J. Pediatr.* 1988;113: 908-912.
17. Mitchell, H.M., Bohane, T.D., Berkowicz, J., Hazell, S. y Lee, A. Antibody to *Campylobacter pylori* in families of index children with gastrointestinal illness due to *C. pylori*. *Lancet* 1987; 2: 681-682.
18. Lingwood C. A., Pellizzari, A. Law, H., Sherman, P y Drumm, B. Gastric Glycerolipid as a receptor for *Campylobacter pylori*. *Lancet* 1989; 2: 238-241.
19. Eaton, K.A., Morgan, D.R. y Krakowka, S. *Campylobacter pylori* virulence factors in gnotobiotic piglets. *Infect Immun.* 1989; 57: 1119-1125.
20. Sarosiek, J., Slomiany, A. y Slomiany, B.L. Evidence for weakening of gastric mucus integrity by *Campylobacter pylori*. *Scand. J. Gastroenterol.* 1988; 23: 585-590.
21. Slomiany, B. L, Bilski, J., Sarosiek, J., Murty, V. L. N., Dworkin, B., VonHorn, K, Zielenski, J. y Slomiany, A. *Campylobacter pyloridis* degrades mucin and indermines gastric mucosal integrity. *Biochem. Biophys. Res. Commun.* 1987; 144: 307- 314.
22. Fauchere, J.L., Rosenau, A y Bonneville, F. Virulence factors of *Campylobacter pylori*. *Gastroenterol Clin Biol.* 1989, 13: 59-64.
23. Goodwin, C.T. Duodenal ulcer, *Campylobacter pylori*, and the "leaking roof" concept. *Lancet.* 1988; 2: 1467-1469
24. Graham, D. Y. *Campylobacter pylori* and peptic ulcer disease. *Gastroenterology.* 1989; 96: 615-625.
25. Naranjo A. Indicación Farmacéutica en síntomas menores digestivos. [Internet]. Actualizaciones Aula de la Farmacia. 2011. [citado 21 mayo 2016]. Disponible en:

[http://www.auladelafarmacia.com/resources/files/2011/8/22/1314000857240_revAulFarm_migr_AULA_delafarmacia_N75 - General 2.pdf](http://www.auladelafarmacia.com/resources/files/2011/8/22/1314000857240_revAulFarm_migr_AULA_delafarmacia_N75_-_General_2.pdf)

26. Gomez Ayala A-E. Problemas Relacionados con la hipersecrecion. Ambito farmaceutico Educacion Sanitaria. 2010; 29(1):53–9.
27. Ocaña A, Baos V, Amariles P, Palop V, Sáez-Benito L, Sempere E, et al. Protocolos de síntomas menores digestivos. En: Bao V, Faus M, editores. Protocolos de Indicación Farmacéutica y Criterios de Derivación al Médico en Síntomas Menores. 2008.
28. Naranjo A. Indicación Farmacéutica en síntomas menores digestivos. [Internet]. Actualizaciones Aula de la Farmacia. 2011. [citado 21 mayo 2012]. Disponible en: [http://www.auladelafarmacia.com/resources/files/2011/8/22/1314000857240_revAulFarm_migr_AULA_delafarmacia_N75 - General 2.pdf](http://www.auladelafarmacia.com/resources/files/2011/8/22/1314000857240_revAulFarm_migr_AULA_delafarmacia_N75_-_General_2.pdf)
29. Naranjo A. Indicación Farmacéutica en síntomas menores digestivos. [Internet]. Actualizaciones Aula de la Farmacia. 2011. [citado 21 mayo 2012]. Disponible en: [http://www.auladelafarmacia.com/resources/files/2011/8/22/1314000857240_revAulFarm_migr_AULA_delafarmacia_N75 - General 2.pdf](http://www.auladelafarmacia.com/resources/files/2011/8/22/1314000857240_revAulFarm_migr_AULA_delafarmacia_N75_-_General_2.pdf)
30. Williams DB, Schade RR. Section 4. Gastrointestinal Disorders. En: Talbert RL, DiPiro JT, Matzke GR, Posey LM, Wells BG, Yee GC, editores. Pharmacotherapy: A Pathophysiologic Approach [Internet]. 8ª ed. New York: McGraw-Hill; 2011. [citado 7 junio 2016]. Disponible en: <http://www.accesspharmacy.com/content.aspx?aID=7977509>
31. Naranjo A. Indicación Farmacéutica en síntomas menores digestivos. [Internet]. Actualizaciones Aula de la Farmacia. 2011. [citado 21 mayo 2012]. Disponible en: [http://www.auladelafarmacia.com/resources/files/2011/8/22/1314000857240_revAulFarm_migr_AULA_delafarmacia_N75 - General 2.pdf](http://www.auladelafarmacia.com/resources/files/2011/8/22/1314000857240_revAulFarm_migr_AULA_delafarmacia_N75_-_General_2.pdf)
32. Williams DB, Schade RR. Section 4. Gastrointestinal Disorders. En: Talbert RL, DiPiro JT, Matzke GR, Posey LM, Wells BG, Yee GC, editores. Pharmacotherapy: A Pathophysiologic Approach [Internet]. 8ª ed. New York: McGraw-Hill; 2011. [citado 7 junio 2016]. Disponible en: <http://www.accesspharmacy.com/content.aspx?aID=7977509>.
33. Laureano L. Hoja Informativa para pacientes que utilizan Antiinflamatorios – Antirreumáticos (AINES). Área Sanitaria III de Asturias; 2010. [Sitio en internet]. [Acceso en marzo de 2013]. Disponible en: <http://www.hsa.es/index.php/usuarios/6-consejos-medicos/21-aines>.

34. Michel B. Antiinflamatorios No Esteroides: Efectos Cardiovasculares, Cerebrovasculares y Renales. Arq. Bras. Cardiol. [Revista en internet] 2010 [Acceso en marzo del 2016]; 94(4): 538-546. Disponible en: http://www.scielo.br/pdf/abc/v94n4/es_v94n4a19.pdf
35. Ana, F. La automedicación, un hábito peligroso. Hospital Universitario Austral. Argentina. [Sitio en internet]. [Acceso en marzo del 2016]. Disponible en: <http://hospitalaustral.edu.ar/novedad.asp?iNoticia=579>
36. La HORA. La automedicación no es recomendable. La Hora lo que necesita saber. [Sitio en internet]. . [Acceso en marzo del 2016]. Disponible en: http://www.lahora.com.ec/index.php/noticias/show/1101413294/-1/La_automedicaci%C3%B3n_no_es_recomendable.html#.UTZInsVLb1U
37. Organización Mundial de la Salud. Informe de Medicamentos: uso racional de los medicamentos (con base en datos del 2010). Nota descriptiva N.º 338. Mayo de 2010 Acceso en: Marzo 2016 [internet]. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs338/es/>
38. Paull, G. y Yardley, J. H. Gastric and esophageal Campylobacter pylori in patients with Barrett's esophagus. Gastroenterology 1988; 95: 216-218.
39. Morris, A., Nicholson, G., Zwi, J. y Vanderwee, M. Campylobacter pylori infections in Meckel's diverticula containing gastric mucosa. Gut 1989; 30: 1233-1235.
40. Correa, P y Ruiz. B. Campylobacter pylori and gastric cancer. En Campylobacter pylori and gastroduodenal diseases. Rathbone B (Ed.) Blackdell 1989; p139-145.
41. Ocana A, Baos V, Amariles P, Palop V, Saez-Benito L, Sempere E, et al. Protocolos de síntomas menores digestivos. En: Bao V, Faus M, editores. Protocolos de Indicación Farmacéutica y Criterios de Derivación al Médico en Síntomas Menores. 2008.
42. Naranjo A. Indicación Farmacéutica en síntomas menores digestivos. [Internet]. Actualizaciones Aula de la Farmacia. 2011. [citado 21 mayo 2016]. Disponible en: http://www.auladelafarmacia.com/resources/files/2011/8/22/1314000857240_revAulFarm_migr_AULA_delaFarmacia_N75_-_General_2.pdf
43. Nathan A. Managing Symptoms in the Pharmacy. Londres: Pharmaceutical Press. Londres: Pharmaceutical Press; 2008. p. 75–80.

44. Williams DB, Schade RR. Section 4. Gastrointestinal Disorders. En: Talbert RL, DiPiro JT, Matzke GR, Posey LM, Wells BG, Yee GC, editores. Pharmacotherapy: A Pathophysiologic Approach [Internet]. 8ª ed. New York: McGraw-Hill; 2011. [citado 7 junio 2016]. Disponible en: <http://www.accesspharmacy.com/content.aspx?aID=7977509>
45. Encabo B, Fernández J, Gaminde M, Gurrutxaga A, Rodríguez E, Sakona L, et al. Acidez gástrica. Farmacia Profesional. 2004; 18(3):48–51.
46. Bowman WC, Rand MJ. Hormonas locales y autocoides: aminas biógenas purinas, cininas y prostaglandinas. En: Farmacología: bases bioquímicas y patológicas. Aplicaciones clínicas. 2a. ed. T.1. La Habana: Ed. Pueblo y Educación; 1984. p.12.112.35. (Edición Revolucionaria.)
47. Valdivia Roldán Mario. Gastritis y Gastropatías. Rev. Gastroenterol. Perú;2011; 38-48.
48. Medicamentos de Venta Libre al Consumidor No 35595-S [Internet]. Ministerio de Salud de Costa Rica.2007 [citado 30 Marzo 2016]. Disponible en: http://www.pgr.go.cr/Scij/Busqueda/Normativa/Normas/nrm_repartidor.asp?param1=NRTC&nValor1=1&nValor2=66738&n-Valor3=83855&strTipM=TC
49. Gómez Ayala A-E. Problemas Relacionados con la hipersecreción. Ámbito farmacéutico Educación Sanitaria. 2010; 29(1):53–9.
50. Nathan A. Managing Symptoms in the Pharmacy.Londres: Pharmaceutical Press. Londres: Pharmaceutical Press; 2008. p. 75–80.
51. Nathan A. Managing Symptoms in the Pharmacy.Londres: Pharmaceutical Press. Londres: Pharmaceutical Press; 2008. p. 75–80.
52. Williams DB, Schade RR. Section 4. Gastrointestinal Disorders. En: Talbert RL, DiPiro JT, Matzke GR, Posey LM, Wells BG, Yee GC, editores. Pharmacotherapy: A Pathophysiologic Approach [Internet]. 8ª ed. New York: McGraw-Hill; 2011. [citado 7 junio 2016]. Disponible en: <http://www.accesspharmacy.com/content.aspx?aID=7977509>
53. Sweetman S. Martindale: The Complete Drug Reference.37a ed. Gran Bretaña: Pharmaceutical Press; 2011. pp.: 1817, 1822, 1825, 1860, 1888, 1889, 1893, 1896.
54. Mackowiak E. Chapter 3. Gastrointestinal system. Essentials of Nonprescription Medications and Devices. Londres: Pharmaceutical Press; 2010. p. 33–68.

55. Sweetman S. Martindale: The Complete Drug Reference.37a ed. Gran Bretaña: Pharmaceutical Press; 2011. pp.: 1817, 1822, 1825, 1860, 1888, 1889, 1893, 1896.
56. Perea Q. R, Bouche P. H. Educación para la salud: reto de nuestro tiempo. Díaz Santos, España, 2004.
57. Valadez I, Villaseñor M, Alfaro N. Educación para la Salud: la importancia del concepto. Rev Educ Des 2004; 33: 43-8.
58. Bonzi N S, Bravo M. Patrones de alimentación en escolares: Calidad versus cantidad. Rev Méd Rosario 2008; 74: 48-57.
59. Robles M. Prensa y educación para la salud en la escuela. Comunicar 1996; 6: 94-9.
60. Cuevas L, Mundo V, Shamah T, Ávila M. A. (2010). Programas de mejoramiento dentro de las escuelas. Instituto Nacional de Salud Pública, México, 2010.
61. Costa M, López E. Salud comunitaria. Barcelona: Martínez Roca, 1988:17-28.
62. Costa M, López E. Salud comunitaria. Barcelona: Martínez Roca, 1988:17-28.
63. Costa M, López E. Salud comunitaria. Barcelona: Martínez Roca, 1988:17-28.
64. Romera PF. Los grupos de autoayuda y la salud de la comunidad Salud. Salud 2000 1995;50: 6-10.
65. Davis F. La comunicación no verbal. Madrid: Alianza, 1981:54.
66. Haley J. Estrategias de psicoterapia. Barcelona: Toray, 1966:131-7.
67. Rodríguez M. Psicología de las relaciones humanas. México: Pax-México, 1988: 14-8.
68. Gil F, León JA, Jarana L. Habilidades sociales y salud. Madrid: Eudema, 1992:10-3.
69. Grau J. El entrenamiento en habilidades sociales y comunicativas en el equipo de cuidados paliativos. México: Universidad de Sinaloa, 1996:10-4.

70. Fernández R, Rodríguez M, Torres M. La comunicación, una herramienta imprescindible en el trabajo diario. La Habana: Pueblo y Educación, 1996:3-7.
71. Predvechni GP, Sherkovin YA. Psicología social. La Habana: Editora Política, 1986:43.
72. Petrovski AV. Psicología general. Moscú: Progreso, 1980:63-8.
73. Costa M, López E. Salud comunitaria. Barcelona: Martínez Roca, 1988:17-28.
74. OMS. Educación para la salud. Ginebra: OMS, 1989:23-34.
75. Flórez L. Análisis de un programa de autocontrol comportamental para la promoción de salud en población adulta. Rev Esp Psicol Salud (en prensa).
76. Weinstein ND. The precaution adoption process. Health Psychol 1982;2(4):355-86.
77. Valdivia- Roldán M. Gastritis y Gastropatías. Rev. Gastro enterol. Perú; 2011; 31-1: 38-48
78. Valdivia- Roldán M. Gastritis y Gastropatías. Rev. Gastro enterol. Perú; 2011; 31-1: 38-48
79. Valdivia- Roldán M. Gastritis y Gastropatías. Rev. Gastro enterol. Perú; 2011; 31-1: 38-48
80. Supo-Condori J A. Seminario de investigación científica [Bibliografía]. Arequipa Perú: Bioestadística EIRL; diciembre 2014.
81. Díaz-Lazo AV. Apuntes metodológicos para la investigación científica. [Bibliografía]. Huancayo: Universidad Peruana Los Andes; oct 2010.
82. Díaz-Lazo AV. Construcción de instrumentos de investigación y medición estadística. [Bibliografía]. Huancayo: Universidad Peruana Los Andes; jun 2010.
83. Rubín/Farber. Patología. Editorial Médica Panamericana SA. 1988 Gastritis pag. 579 -584.

84. La Torre M, Ricardo; Gallo B. Gonzales N. Helicobacter pylori: Su importancia práctica en la gastroenterología. Rev. Médica. Clínica las Condes, Vol 19 N°4/setiembre 2008 pag 323 – 329
85. Rodríguez RA. Infección por Helicobacter pylori en: Diagnóstico y tratamiento de las enfermedades digestivas. Sociedad Chilena de Gastroenterología 2008. Weitz V.J.C, Berger F Zoltan, pag 113 – 125.
86. Ramírez Ramos A, Sánchez Sánchez R. Helicobacter pylori: epidemiología, microbiología, diagnóstico y tratamiento. En: Bussalleu A, Ramírez A, Tagle M Editores. Avances en gastroenterología y hepatología. Primera Edición 2008 pag 359 -360.
87. Ramírez Ramos A, Sánchez Sánchez R. Helicobacter pylori: epidemiología, microbiología, diagnóstico y tratamiento. En: Bussalleu A, Ramírez A, Tagle M Editores. Avances en gastroenterología y hepatología. Primera Edición 2008 pag 360 -369.
88. Malfertheiner P, Francis KL, kennethelmccoll. Peptic ulcer disease. october 24,2009. Vol. 37- 40. Disponible en: WWW.thelancet.com
89. Sánchez-Franco J L. tratamiento dietético nutricional en gastritis [Internet]. 2013 [citado 29 ene 2016];p. 97. Disponible en: <https://www.dspace.espol.edu.ec/bitstream/123456789/25007/1/TesisSanchez.pdf>
90. Zamora-Rodríguez Z Reflujo gastroesofágico, características generales y modelos experimentales. Revista CENIC Ciencias Biológicas, Vol. 46, No. 1, pp. 27, enero-abril, 2015.
91. Zamora-Rodríguez Z Reflujo gastroesofágico, características generales y modelos experimentales. Revista CENIC Ciencias Biológicas, Vol. 46, No. 1, pp. 25-41, enero-abril, 2015.
92. Pardo, G. y Ccdeño, M. Investigación en salud. Factores sociales. Editorial Mc Graw-Hill Interamericana. Santa Fe de Bogotá- Colombia; 1997.
93. Pineda, E.; Alvarado, E. y Canales, F. Metodología de la investigación. Manual para el desarrollo de personal de salud. Segunda edición. OPS/OMS; 1994.
94. Polit, D. y Hungler, B. Investigación científica en ciencias de la salud. Editorial Mc Graw-Hill Interamericana. México D.F; 1997.

95. Puche, J. El libro de la transformación personal. Intermedio Editores, una división de Círculo de Lectores, S.A. Santa Fe de Bogotá-Colombia; 2004.
96. Ricaurte, O. y Gutiérrez, O. Gastritis crónica. En Alvarado, J. y col. Gastroenterología y hepatología. Segunda edición. Editorial Médica Celsus, Bogotá- Colombia; 2006.
97. Rodríguez, M. Aspectos Biopsicosociales de la Gastritis en los Adolescentes en Méndez, N. y Uribe, M. Gastroenterología. Editorial Mc Graw-Hill. Interamericana México; 2006.
98. Sánchez, A. La nutrición en la adolescencia. En Méndez, N. y Uribe, M. Gastroenterología. Editorial Mc Graw-Hill. Interamericana. México; 2005.
99. Sifonte, V. La conducta de los adolescentes. Factores de Riesgo. Editorial Grijalbo. Barcelona – España; 2006.
100. Silver, T. La Adolescencia, una realidad aparte. Editorial Paidós; 2002.
101. Tierno, B. Manual para lograr un mayor bienestar personal y familiar. Editorial Fin de Siglo. Biblioteca de Salud y Psicología. Colombia; 2003.

ANEXOS

ANEXO N°01
MATRIZ DE CONSISTENCIA

TITULO: "INTERVENCIÓN EDUCATIVA SOBRE FACTORES DE RIESGO EN LA GASTRITIS EN EDUCACIÓN SUPERIOR NO UNIVERSITARIA PALIAN 2016"							
PROBLEMA	OBJETIVOS	HIPOTESIS	VARIABLES	DIMENSIONES	INDICADORES	METODOLOGIA	POBLACION / MUESTRA
<p>GENERAL:</p> <p>¿Cuál es la efectividad de la intervención educativa a estudiantes no universitarios sobre factores de riesgo para prevenir la gastritis durante 2016?</p> <p>SECUNDARIO:</p> <p>¿Cómo realizar la intervención educativa a estudiantes no universitarios sobre factores de riesgo para prevenir la gastritis durante 2016?</p> <p>¿Cuál es el nivel de conocimiento sobre los factores de riesgo para prevenir gastritis durante el 2016?</p>	<p>GENERAL:</p> <p>Aplicar y evaluar la efectividad de intervención educativa en estudiantes no universitarios sobre factores de riesgo para prevenir la gastritis durante 2016</p> <p>ESPECIFICOS:</p> <p>Realizar la intervención educativa a estudiantes no universitarios sobre factores de riesgo para prevenir la gastritis durante 2016.</p> <p>Elaborar el material didáctico para la aplicación de la intervención educativa.</p> <p>Evaluar los conocimientos antes y después a los estudiantes no universitarios sobre factores de riesgo para prevenir la gastritis durante 2016</p>	<p>H1:</p> <p>La intervención educativa incrementa los conocimientos sobre los factores de riesgo para prevenir la gastritis</p> <p>Ho:</p> <p>La intervención educativa NO incrementa los conocimientos sobre los factores de riesgo para prevenir la gastritis</p>	<p>VARIABLE INDEPENDIENTE</p> <p>Intervención educativa para prevenir la gastritis sobre conocimiento de los factores de riesgo.</p> <p>VARIABLE DEPENDIENTE</p> <p>Conocimientos de los estudiantes sobre los factores de riesgo para prevenir la gastritis</p>	<p>Generalidades sobre la gastritis.</p> <p>Conocimientos sobre las factores de riesgo para adquirir gastritis</p> <p>Conocimientos sobre prevención de la gastritis y el autocuidado.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Definición de gastritis • Las causas y efectos • Signos y síntomas • Exámenes auxiliares para el diagnóstico. • Diagnóstico • Medicamentos • Alimentos • Hábitos saludables • La insalubridad • Dietas • Estado emocional • Uso de antiácidos • Alimentos y fisiología digestiva • Posición anatómica • Adaptación hacia hábitos saludables • Fuentes de contaminación por microbios • Sobre carga laboral o académica 	<p>TIPO:</p> <p>Según su finalidad: Aplicada</p> <p>Según la investigación del investigador: Cuasi experimental</p> <p>Según el número de mediciones de las variables de estudio: Longitudinales o diacrónicas</p> <p>Según el tiempo de ocurrencia de los hechos y registros de información: Prospectivo</p> <p>Según el número de variables de interés: Bivariadas</p> <p>NIVEL: Descriptivo</p> <p>METODO:</p> <p>Enfoque: Clásico o cuantitativo</p> <p>DISEÑO:</p> <p>(y gráfico con M, O, X)</p> <p>GE: O₁ X O₂</p> <p>GE=Grupo de estudio X= Intervención O₁ y O₃= PRE TEST O₂ y O₄= POST TETS</p>	<p>Universo/población:</p> <p>Población estudiantil del Instituto Superior Tecnológico Santiago Antúnez de Mayolo de Palian</p> <p>Muestra:</p> <p>La muestra de nuestro estudio será 31 estudiantes de la carrera profesional técnico en Farmacia del 2016</p> <p>Unidad de estudio:</p> <p>Estudiante de la carrera profesional técnico en Farmacia que interesa saber cómo prevenir la gastritis</p> <p>Tipo de muestreo</p> <p>No probabilístico; casual</p> <p>Técnica:</p> <p>Cuestionario estructurado</p> <p>Instrumento:</p> <p>Pre test y post tets</p> <p>Análisis estadístico:</p> <p>Con software SPSS versión 22 y Excel de Windows versión 2013 Alfa de Crombach Estadísticos descriptivos</p>

Fuente: Elaboración propia, 2016

ANEXO N°02

OPERACIONALIZACION Y ELABORACION DE CUESTIONARIO N°1

VARIABLES (V.D / V.I)	DIMENSIONES	INDICADORES	ITEMS
VARIABLE INDEPENDIENTE Intervención educativa para prevenir la gastritis sobre conocimiento de los factores de riesgo.	2.Generalidades sobre la gastritis.	3.7 Definición de gastritis 3.8 Las causas y efectos 3.9 Signos y síntomas 3.10Exámenes auxiliares para el diagnóstico.	3.10.1 Tienes gastritis 3.10.2 Que es la gastritis 3.10.3 Cuál es la causa primordial de la gastritis. 3.10.4 Es un signo y un síntoma respectivamente 3.10.5 Es un examen auxiliar de apoyo al médico para realizar su diagnóstico de la gastritis
	4.Conocimientos sobre los factores de riesgo para adquirir gastritis	4.1 Medicamentos 4.2 Alimentos 4.3 Hábitos saludables 4.4 La insalubridad 4.5 Dietas 4.6 Estado emocional	4.6.1 Son medicamentos que inhiben la síntesis de prostaglandinas del estómago e intestino. 4.6.2 Son alimentos que no deben consumir con mucha frecuencia el paciente con Gastritis 4.6.3 Es un hábito saludable que conviene y mejora la salud del paciente con gastritis 4.6.4 Evitar el consumo de alimentos preparados en: 4.6.5 Es un grupo de alimentos que deben ser consumidos con mucha frecuencia en sus dietas de los pacientes con Gastritis 4.6.6 Es una manera de evitar y desaparecer el estrés.
	5.Conocimientos sobre prevención de la gastritis y el autocuidado.	5.1 Uso de antiácidos 5.2 Alimentos y fisiología digestiva 5.3 Posición anatómica 5.4 Adaptación hacia hábitos saludables 5.5 Fuentes de contaminación por microbios 5.6 Sobre carga laboral o académica	5.6.1 Es un medicamento que disminuye la síntesis de ácido clorhídrico 5.6.2 Son alimentos que inducen a poca secreción de ácido clorhídrico parietal 5.6.3 Como debemos tomar la siesta después de consumir los alimentos 5.6.4 El no fumar, no tomar alcohol, es o son: 5.6.5 Debemos tomar agua potable sin hervir 5.6.6 Que es gestión del tiempo.
VARIABLE DEPENDIENTE Conocimientos de los estudiantes sobre los factores de riesgo para prevenir la gastritis	3.Antes de adquirir la intervención educativa sobre los factores de riesgo en la gastritis	3.1 Cognitivo 3.2 Procedimental 3.3 Actitudinal	5.6.7 Bajo nivel
	4.Después de adquirir la intervención educativa sobre los factores de riesgo en la gastritis	4.1 Cognitivo 4.2 Procedimental 4.3 Actitudinal	5.6.8 Medio y alto nivel a comparación del pre test

Fuente: Elaboración propia, enero 2016

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Datos del estudio para el que se otorga el consentimiento

Investigador principal: BACH. BERNAOLA VILLALOBOS KATERINE LIZ
BACH. VELARDE RAMOS MONICA FLOR

Título proyecto: **“INTERVENCIÓN EDUCATIVA SOBRE FACTORES DE RIESGO EN LA GASTRITIS EN EDUCACIÓN SUPERIOR NO UNIVERSITARIA PALIAN 2016”**

Centro: UNIVERSIDAD PERUANA LOS ANDES

Datos del participante/paciente

Persona que proporciona la información y la hoja de consentimiento

Nombre y apellidos:

1. Declaro que he leído la hoja de CONSENTIMIENTO INFORMADO sobre el estudio citado y acepto participar en él.
2. Se me ha entregado una copia de la hoja de CONSENTIMIENTO INFORMADO para participar y colaborar en la realización de la presente investigación, fechado y firmado. Se me ha explicado las características y el objetivo del estudio y los posibles beneficios y riesgos del mismo.
3. Se me ha dado tiempo y oportunidad para realizar preguntas. Todas las preguntas fueron respondidas a mi entera satisfacción.
4. Sé que se mantendrá la confidencialidad de mis datos.
5. El consentimiento lo otorgo de manera VOLUNTARIA y sé que soy libre de retirarme del estudio en cualquier momento, por cualquier razón y sin que tenga ningún efecto sobre mi tratamiento médico futuro. (A continuación marca con una aspa)

SI DOY

NO DOY

Mi consentimiento para la participaci el estudio propuesto.

Fecha:

Firma del participante/paciente

Hago constar que he explicado las características y el objetivo del estudio. Esta persona otorga su consentimiento por medio de su firma fechada en este documento Fecha Firma del Investigador o la persona que proporciona la información y la hoja de consentimiento:

Me comprometo en exponer el resultado de la investigación

Firma del investigador

ANEXO N°3.-POST TEST**PRUEBA SOBRE FACTORES DE RIESGO EN LA GASTRITIS EN PALIAN 2016****Instrucciones**

Lea usted con atención y conteste a las preguntas **marcando con "X"** en una sola alternativa o completando con palabras en las líneas punteadas.

Tu edad es:

Tu sexo es: Masculino () Femenino ()

Tienes gastritis SI () NO ()

Consumo de medicamentos**1. Medicamento que inhiben la síntesis de prostaglandinas del estómago e intestino.**

- a) Ácido acetil salicílico
- b) Naproxeno sódico
- c) La alternativa A y B
- d) No sabe

2. Existe mayor riesgo a desarrollar gastritis, cuando tomas los siguientes medicamentos:

- a) Capsulas de vitamina complejo B + agua
- b) Tableta de naproxeno sódico + vino
- c) Comprimido de Ibuprofeno + agua
- d) No sabe

Alimentos que aumentan y disminuyen la secreción de ácido clorhídrico**3. Alimentos que aumentan la secreción de ácido clorhídrico**

- a) Carnes fritas y Yogur natural
- b) Verduras y carnes magras cocidas al vapor
- c) Alternativa A+B
- d) No sabe

4. Alimentos que disminuyen la secreción de ácido clorhídrico

- a) Leche entera, cebolla, verduras crudas
- b) Verduras y carnes magras cocidas al vapor
- c) Alternativa A+B
- d) No sabe

Hábitos saludables**5. Es un hábito saludable que conviene y mejora la salud del paciente con gastritis**

- a) Masticar y triturar bien los alimentos para facilitar la digestión
- b) Fraccione las comidas en pequeños volúmenes: desayuno - almuerzo - comida - merienda - cena.
- c) La respuesta A+B
- d) No sabe

6. Es un mal hábito que ocasiona y empeora la gastritis

- a) Consumir alimentos nutritivos que estén en temperatura extrema (muy frío o muy caliente)
- b) Masticar chicle durante todo el día.
- c) La respuesta A+B
- d) No sabe

La insalubridad

7. Forma de contaminarse con la bacteria Helicobacter pilory, es:

- a) Beber agua potable directo del caño.
- b) Mantener relaciones sexuales sin condón
- c) A+B
- d) No sabe

Dietas para el paciente con gastritis

8. Dieta que debe consumir el paciente con Gastritis

- a) Carnes magras, frutas y verduras.
- b) Leche evaporada entera, yogur natural y frutas sin cascara.
- c) Carnes magras, pescados, clara de huevo cocidos al vapor.
- d) No sabe

9. Dieta que favorece la rápida recuperación del paciente con Gastritis

- a) Beber el Aloe vera en ayunas.
- b) Leche evaporada desnatada, yogur light y frutas sin cascara.
- c) Alternativa A y B.
- d) No sabe

Estado emocional que favorece la aparición de gastritis

10. Es una manera de evitar y desaparecer el estrés.

- a) Tomar bebidas con cafeína para “ponernos alas”
- b) Organizar tus tareas en función a un horario y aprender a decir no a tareas que no te benefician.
- c) A+B
- d) No sabe

11. Como lo calificas el trabajo realizado por los investigadores sobre conocimiento de los factores riesgosos para adquirir la gastritis.

MUY BUENA	BUENA	MALO	MUY MALO
------------------	--------------	-------------	-----------------

GRACIAS POR SU COLABORACION.