

UNIVERSIDAD PERUANA UNIÓN

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

Escuela Profesional De Psicología



Una Institución Adventista

**Bienestar psicológico y síntomas digestivos funcionales en
pacientes que acuden al servicio de gastroenterología
del Hospital II-2-Tarapoto, 2018.**

Por:

Delgado Bustamante, Mirian

Ramírez Irene, Merly Aydee

Asesor:

Dra. Damaris Quinteros Zúñiga

Morales, marzo del 2019

DECLARACIÓN JURADA
DE AUTORÍA DEL INFORME DE TESIS


Dra. Dámaris Susana Quinteros Zúñiga, asesora de investigación de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Peruana Unión Filial Tarapoto.

DECLARO:

Que el presente informe de investigación titulada: "BIENESTAR PSICOLÓGICO Y SÍNTOMAS DIGESTIVOS FUNCIONALES EN PACIENTES QUE ACUDEN AL SERVICIO DE GASTROENTEROLOGÍA DEL HOSPITAL II-2-TARAPOTO, 2018" constituye a la memoria que presenta los Bachilleres Delgado Bustamante, Mirian Ramírez Irene, Merly Aydee, para aspirar al título Profesional de Psicólogo, cuya tesis ha sido realizado en la Universidad Peruana Unión Filial Tarapoto, bajo mi dirección.

Las opiniones y declaraciones en este informe son de entera responsabilidad de los autores, sin comprometer a la institución.

Y estando de acuerdo, firmo la presente declaración en Tarapoto, a los 19 días del mes de marzo del año 2019.



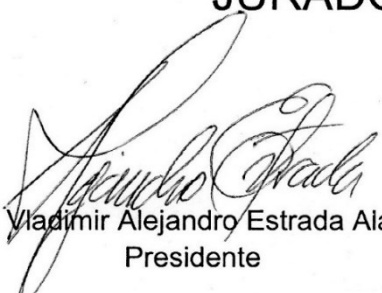
Dra. Dámaris Susana Quinteros Zúñiga
Asesora

Bienestar psicológico y síntomas digestivos funcionales en pacientes
que acuden al servicio de Gastroenterología del Hospital II-2-
Tarapoto, 2018


TESIS

Presentada para optar el título profesional de Psicólogo


JURADO CALIFICADOR




Psic. Vladimir Alejandro Estrada Alarcón
Presidente



Psic. Celina Ramírez Vega
Secretario



Psic. Jessenia/Elizabeth Huamán Ramos
Vocal



Dra. Damaris Susana Quinteros Zúñiga
Asesor

Tarapoto, 07 de marzo del 2019

Dedicatoria

Dedicamos esta tesis a Dios por su inmensurable amor y el esfuerzo otorgado, por la vida que nos concede puesto que a pesar de las dificultades siempre estuvo de nuestro lado.

A nuestros padres que pese a la distancia siempre nos mantuvieron motivados de manera afectuosa y económicamente ya que gracias a su apoyo incondicional se pudo hacer realidad esta meta que nos abrirá las puertas profesionalmente para el crecimiento personal y servicio hacia los demás.

Mirian Delgado y Merly Ramírez.

Agradecimiento

El presente trabajo es consecuencia de las bondades que Dios nos regala cada día para estar puestos en pie; sabemos que solo él nos da la vida y la salud, por lo tanto, tenemos tal convicción que nos guio durante este trayecto académico.

A nuestros amados padres: Por su abnegado apoyo en todo el sentido de la palabra, pero por sobre todo por su amor incondicional.

A nuestra estimada asesora Dr. Dámaris Quinteros Zúñiga, por su excelencia profesional y compromiso académico; por la ayuda brindada durante el proceso de este trabajo de investigación.

A todas nuestras amistades muchas gracias por sus palabras de ánimo y motivación.

Índice

Resumen	xi
Abstract.....	xii
Capítulo I.....	13
El problema.....	13
1.1. Planteamiento del problema	13
1.2. Pregunta de investigación.....	16
1.2.1. Pregunta general.....	16
1.2.2. Problemas específicos.....	16
1.3. Justificación.....	16
1.4. Objetivos de la investigación.....	17
1.4.1. Objetivo general.....	17
1.4.2. Objetivos específicos	17
Capítulo II.....	19
Marco teórico.....	19
2.1. Presuposición filosófica.....	19
2.2. Antecedentes de la investigación.....	20
2.2.1. Internacionales.....	20
2.3. Marco conceptual	25
2.3.1. Bienestar psicológico	25
2.3.2. Modelos teóricos sobre el bienestar psicológico.....	26
2.3.3. Trastornos o síntomas funcionales digestivos.....	30
2.3.4. Marco conceptual referente a la población de estudio.....	33
2.4. Definición de términos	34
2.5. Hipótesis de investigación.....	35
2.5.1. Hipótesis general.....	35
2.5.2. Hipótesis específicas.....	35

Capítulo III	37
Materiales y métodos.....	37
3.1. Diseño y tipo de investigación.....	37
3.2. Variables de investigación.....	37
3.2.1. Definición conceptual de la variable Bienestar Psicológico.....	37
3.2.2. Definición conceptual de la variable Síntomas digestivos funcionales	37
3.3. Operacionalización de las variables	38
3.3.1. Bienestar psicológico	38
3.3.2. Síntomas Digestivos Funcionales	39
3.4. Delimitación geográfica y temporal	40
3.5. Participantes.....	40
3.5.1. Características de los participantes	40
3.5.2. Criterios de inclusión y exclusión.....	41
3.6. Instrumentos	41
3.6.1. Escala de Bienestar Psicológico de Ryff	41
3.6.2. Cuestionario de Síntomas Digestivos Funcionales	42
3.7. Proceso de recolección de datos	43
3.8. Procesamiento y análisis de datos	43
Capítulo IV	44
Resultados y discusión.....	44
4.1. Resultados.....	44
4.1.1. Análisis descriptivo de bienestar psicológico y sus dimensiones	44
4.1.2. Análisis descriptivo de síntomas funcionales y sus dimensiones	53
4.1.3. Análisis de asociación entre variables bienestar psicológico y síntomas digestivos funcionales.....	58
4.1.4. Prueba de normalidad	62
4.1.5. Análisis de correlación de las variables	62

4.2. Discusión	63
Capítulo V.....	67
Conclusiones y recomendaciones	67
5.1. Conclusiones.....	67
5.2. Recomendaciones	69
Referencias	70

Índice de tablas

Tabla 1 Matriz operacionalización de la variable Bienestar Psicológico según Ryff (1995).	38
Tabla 2 Matriz de operacionalización de la Escala de síntomas Digestivos Funcionales ...	39
Tabla 3 Nivel de bienestar psicológico y sus dimensiones	45
Tabla 4 Niveles de bienestar psicológico, según la edad de los pacientes.	47
Tabla 5 Niveles de bienestar psicológico según género	49
Tabla 6 Niveles de bienestar psicológico según grado procedencia	51
Tabla 7 Niveles de bienestar psicológico según grado de instrucción	53
Tabla 8 Niveles de síntomas digestivos funcionales y sus dimensiones	54
Tabla 9 Niveles de síntomas digestivos funcionales según género	55
Tabla 10 Niveles de síntomas digestivos funcionales según edad	56
Tabla 11 Niveles de síntomas digestivos funcionales según procedencia.....	57
Tabla 12 Niveles de síntomas digestivos funcionales según grado de instrucción	58
Tabla 13 Resultados de la prueba de asociación a través de la Prueba Chi Cuadrado entre bienestar psicológico y síntomas digestivos funcionales.	59
Tabla 14 Análisis de asociación a través de la prueba χ^2 , entre la dimensión propósito de la vida y síntomas esofágicos.	60
Tabla 15 Resultados de la prueba χ^2 entre la asociación de la dimensión propósito de la vida y síntomas gastroduodenales.	60
Tabla 16 Resultados de la prueba χ^2 entre la asociación de la dimensión dominio de entorno y síntomas gastroduodenales.	61
Tabla 17 Resultados de la prueba χ^2 entre la asociación de la dimensión dominio de entorno y la variable síntomas digestivos funcionales.	61
Tabla 18 Prueba de normalidad de ajuste a la curva normal para las variables de estudio. 62	
Tabla 19 Resultados de la prueba de asociación a través de la prueba chi cuadrado entre bienestar psicológicos y síntomas digestivos funcionales.	63

Índice de anexos

Anexo 1 Propiedades psicométricas de la Escala Bienestar Psicológico	78
Anexo 2 Propiedades psicométricas del Cuestionario Síntomas Digestivos Funcionales ..	79
Anexo 3 Protocolo de la Escala de Bienestar Psicológico	80
Anexo 4 Protocolo del Cuestionario de Síntomas Digestivos Funcionales.....	82
Anexo 5 Calificación de Jueces para la Validación Acuerdo.....	84
Anexo 6 Carta de Autorización de la Institución	85
Anexo 7 Matriz de consistencia.....	86

Resumen

El presente trabajo tiene como objetivo determinar la relación entre bienestar psicológico y síntomas digestivos funcionales en pacientes que acuden al servicio de gastroenterología del hospital II-2 Tarapoto. El estudio corresponde a un diseño no experimental, de corte transversal, y es de tipo descriptivo correlacional. La muestra estuvo conformada por 65 pacientes, cuyas edades oscilaron entre 14 a 65 años. Los instrumentos que se utilizaron fueron la Escala de Bienestar Psicológico de Ryff (1995), de la versión propuesta van Dierendonck (2004) y adaptado al castellano por Díaz et al., (2006), lo cual está compuesta por 39 ítems que están distribuidos en seis dimensiones: autoaceptación, relaciones positivas, autonomía, dominio del entorno, crecimiento personal y propósito en la vida. Para medir la segunda variable se utilizó el cuestionario creado por las autoras de esta investigación, asimismo mediante jueces especialistas en gastroenterología, dando como título: Cuestionario de Síntomas Digestivos Funcionales, lo cual está compuesto por 32 ítems que están distribuidos en tres dimensiones: Esofágicos, gastroduodenales y problemas intestinales. Los resultados evidencian que no existe una asociación significativa entre bienestar psicológico y síntomas digestivos funcionales de manera global ($\chi^2=1,435$, $p= 838$). Sin embargo, al analizar la asociación entre las dimensiones, sí se observa asociación entre propósito de vida y síntomas esofágicos ($\chi^2=16,889$, $p= 002$), así mismo entre propósito de vida y síntomas gastroduodenales ($\chi^2=15,832$, $p= 003$), y a la vez dominio de entorno y síntomas gastroduodenales ($\chi^2=12,329$, $p= 002$), seguidamente también hay asociación entre dominio de entorno y la variable síntomas digestivos funcionales ($\chi^2=7,862$, $p= 020$).

Palabras clave: Bienestar psicológico, síntomas, Trastornos funcionales intestinales, Síndrome del intestino irritable, Estreñimiento funcional, Diarrea funcional.

Abstract

The objective of this work is to determine the relationship between psychological well-being and functional digestive symptoms in patients attending the Gastroenterology Service of Hospital II-2 Tarapoto. The study corresponds to a non-experimental design, cross-sectional and is descriptive correlational study. The sample consisted of 65 patients, whose ages ranged from 14 to 65 years. The instruments used were the Scale of Psychological Wellbeing of Ryff (1995), of the proposed version van Dierendonck (2004) and adapted into Spanish by Díaz et al., (2006), which is composed of 39 items that are distributed in six dimensions: self-acceptance, positive relations, autonomy, dominion of the surroundings, personal growth and purpose in life. To measure the second variable used the questionnaire created by the authors of this research, also by judges specialists in gastroenterology, giving as title: Functional Digestive Symptoms Questionnaire, which is composed of 32 items that are distributed in three dimensions: Esophageal, gastroduodenales and intestinal problems. The results show that there is a significant association between psychological well-being and functional digestive symptoms in a comprehensive manner ($\chi^2=1.435$, $p= .838$). However, when analyzing the association between dimensions, if it is observed association between life purpose and esophageal symptoms ($\chi^2=16.889$, $p= .002$), as well as between life purpose and gastroduodenal symptoms ($\chi^2=15.832$, $p= .003$), And at the same time domain of gastroduodenal environment and symptoms ($\chi^2=12.329$, $p= .002$), then there is also association between domain of environment and the variable functional digestive symptoms ($\chi^2=7.862$, $p= .020$).

Keywords: psychological well-being, symptoms, functional bowel disorders, irritable bowel syndrome, functional constipation, functional diarrhea.

Capítulo I

El problema

1.1. Planteamiento del problema

Los síntomas somáticos sin causa (SSO), o también llamados trastornos funcionales digestivos (TFD) son problemas frecuentes en la población; se estima una prevalencia de consultas en estados unidos y países occidentales mientras que en Perú a pesar que no existen datos exactos sobre su epidemiología sin embargo muestra una prevalencia de un 54% (Curioso, Donaires, Bacilio, Ganoza y León, 2002). Existen síntomas atribuibles prácticamente a todo el aparato digestivo, desde la faringe al ano de los cuales a menudo son crónicos, recurrentes y continuamente incapacitantes, que conlleva a un deterioro en la salud tanto física como mental; las consecuencias sería tales como la perturbación del sueño, bajo niveles de rendimiento y ausentismo escolar, asimismo incapacidad para el disfrute social, también se ha reportado que ocurren trastornos psicológicos como el trastorno de ansiedad y el trastorno depresivo, son comunes tanto en niños como en adultos (Valdivia, Chana, y del Barco, 2011 y Nelissen et al., 2018).

Epidemiológicamente los datos sobre esta problemática de TFD, se ha encontrado pocos estudios de los cuales muchos de ellos son indistintos y poco consistentes, ya que la sintomatología que presenta la población en general son muy parecidos, dónde la pericia profesional en muchas ocasiones se pone a duda por la complejidad de las mismas (Rodríguez, 2011).

Estudios realizados en México señalan que la gran mayoría de las personas que requieren del servicio de gastroenterología presentan problemas de aparato digestivo,

mientras que el 70% se debe a causas naturales o ambientales como también el 25% obedece a causas psicológicas y sólo el 5% lo hacen por otras enfermedades (González, Landero y García-Campayo, 2009).

En conclusión, se puede decir que los síntomas somáticos encontrados en los pacientes representan conflictos emocionales que resumen una inadecuada interacción psicológica, familiar y social.

Guzmán (2011) menciona las consecuencias sobre la insistencia en buscar el principio de la sintomatología y la imposibilidad de calzar con un molde diagnóstico, sumado a la escasez de reconocimiento del origen psicosocial, genera altos costos y obstáculos de cualquier condición física o mental adversa o desfavorable inducida en un individuo por efectos indeseables o lesivos del tratamiento (iatrogénicas). A su vez una sensación de ineffectividad en el profesional de la salud, frustración e inclusive antipatía, mientras los pacientes no alivian su sufrimiento ni mejoran su incapacidad. Los síntomas psicósomáticos y los trastornos de somatización son frecuentes.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) refiere al término bienestar psicológico a la salud mental completa, en el cual las personas puedan disfrutar de sus propias capacidades, para afrontar situaciones frustrantes de la vida, y en efecto trabajar de manera productiva y fructífera contribuyendo un aporte positivo para su comunidad, por lo tanto su reacción emocional, exprese el sentir positivo y el pensar constructivo en eventos importantes que realice (García & González, 2000), (Días & Sánchez, 2018).

Sumado a ello Ryff (1989) indica que el bienestar psicológico es la ausencia de enfermedad permitiendo disfrutar de manera placentera la vida aun en los momentos más difíciles.

En este sentido, según el ranking mundial de bienestar global, el continente americano, se ubica en el primer puesto con un 36% y resultados según países vecinos, revelan que:

Panamá ocupa el primer lugar, Chile, el sexto; Uruguay el undécimo; mientras que Perú se ubica en el puesto 91 (nonagésimo primero). Los datos presentados del bienestar global tuvieron como finalidad conocer y percibir cómo la gente se siente y experimenta su vida cotidiana en las áreas de propósito, social, comunidad, financiera, física entre otras (Mamani, 2018).

Rodríguez señala que diversos estudios realizados en torno a esta problemática siendo los problemas más comunes de los TDF son: dispepsia funcional, Síndrome de Intestino Irritable (SII), estreñimiento funcional (citado por Díaz-Rubio y Peña, 2011).

Díaz (2002) señala el problema de los trastornos funcionales digestivos se encuentra en el sentido personal y social de “bienestar” y “salud”. Esto quiere decir que existe una urgencia en asociar o vincular estos dos términos tanto los TFD como el bienestar psicológico de tal manera que se permita obtener más precisión tanto en su diagnóstico como en el tratamiento; de tal manera que se brinde una atención eficaz en los pacientes, y así lograr su mejoría. Porque más del 50% de los pacientes diagnosticados de SII, mencionan que coincide el inicio de la sintomatología cuando sufrían un mayor número e intensidad de situaciones estresantes en su vida (Díaz-Rubio, E. y Peña, 2011). Por lo tanto se ha visto conveniente realizar esta investigación en aporte a la sociedad sobre todo en la Región San Martín ya que existe numerosos casos de consultas de la misma índole sin embargo aún no existen estudios científicos que apelen esta problemática; en prevención a las consecuencias sobre la insistencia en buscar el inicio de la sintomatología y la imposibilidad de calzar con un molde diagnóstico, sumado a la escasez de creencia del origen psicosocial, que genera altos costos y obstáculos de cualquier condición física o mental adversa o desfavorable inducida en un paciente por efectos indeseables o lesivos del tratamiento (iatrogénicas) debido el escaso manejo del bienestar psicológico y su influencia en los TFD (Guzmán,2011).

1.2. Pregunta de investigación

1.2.1. Pregunta general

¿Existe relación significativa entre bienestar psicológico y síntomas digestivos funcionales en pacientes que acuden al servicio de gastroenterología del hospital II-2 Tarapoto, 2018?

1.2.2. Problemas específicos

¿Existe relación significativa entre autoaceptación y síntomas digestivos funcionales en pacientes que acuden al servicio de gastroenterología del hospital II-2 Tarapoto, 2018?

¿Existe relación significativa entre relaciones positivas y síntomas digestivos funcionales en pacientes que acuden al servicio de gastroenterología del hospital II-2 Tarapoto, 2018?

¿Existe relación significativa entre autonomía y síntomas digestivos funcionales en pacientes que acuden al servicio de gastroenterología del hospital II-2 Tarapoto, 2018?

¿Existe relación significativa entre dominio del entorno y síntomas digestivos funcionales en pacientes que acuden al servicio de gastroenterología del hospital II-2 Tarapoto, 2018?

¿Existe relación significativa entre crecimiento personal y síntomas digestivos funcionales en pacientes que acuden al servicio de gastroenterología del hospital II-2 Tarapoto, 2018?

¿Existe relación significativa entre propósito en la vida y síntomas digestivos funcionales en pacientes que acuden al servicio de gastroenterología del hospital II-2 Tarapoto I II-Tarapoto, 2018?

1.3. Justificación

El presente trabajo de investigación contribuirá al conocimiento científico, ya que hoy

en día no se dispone de numerosas investigaciones respecto a la relación de bienestar psicológico y trastornos digestivos funcionales.

En lo referente al aporte en el aspecto social, por medio de los resultados y conclusiones, el establecimiento participante se beneficiará de conocer el bajo nivel de bienestar psicológico, donde será útil para que profesionales de la salud mental y afines tengan la posibilidad de implementar estrategias que generen cambios beneficiarios para disminuir la tasa de trastornos digestivos funcionales.

1.4. Objetivos de la investigación

1.4.1. Objetivo general

Determinar si existe relación significativa entre bienestar psicológico y síntomas digestivos funcionales en pacientes que acuden al servicio de gastroenterología del hospital II-2 Tarapoto, 2018.

1.4.2. Objetivos específicos

Determinar si existe relación significativa entre autoaceptación y síntomas digestivos funcionales en pacientes que acuden al servicio de gastroenterología del hospital II-2 Tarapoto, 2018.

Determinar si existe relación significativa entre relaciones positivas y síntomas digestivos funcionales en pacientes que acuden al servicio de gastroenterología del hospital II-2 Tarapoto, 2018.

Determinar si existe relación significativa entre autonomía y síntomas digestivos funcionales en pacientes que acuden al servicio de gastroenterología del hospital II-2 Tarapoto, 2018.

Determinar si existe relación significativa entre dominio del entorno y síntomas digestivos funcionales en pacientes que acuden al servicio de gastroenterología del hospital

II-2 Tarapoto, 2018.

Determinar si existe relación significativa entre crecimiento personal y síntomas digestivos funcionales en pacientes que acuden al servicio de gastroenterología del hospital

II-2 Tarapoto, 2018.

Determinar si existe relación significativa entre propósito en la vida y síntomas digestivos funcionales en pacientes que acuden al servicio de gastroenterología del hospital

II-2 Tarapoto, 2018.

Capítulo II

Marco teórico

2.1. Presuposición filosófica

Se puede decir que el bienestar psicológico es un concepto amplio, el cual es elemental en nuestro ser para obtener un buen crecimiento personal; White (2007) señala que “la mente controla al ser humano en su totalidad” (p.67). Por tanto, las labores o acciones de superioridad y de inferioridad dependen bastante de la mente ya que nos ayuda a resolver entornos espinosos.

White (2007) menciona que “un estómago dispéptico siempre conduce a la irritabilidad” (p.79). Es decir el aparato digestivo de una u otra manera demuestra que está ligado a los procesos cognitivos y conductuales que el ser humano ejecuta como estímulos, por lo tanto de debe tener en cuenta que la salud física es vital para un bienestar integral en la salud mental.

También White (2007) afirma que “los principios de la reforma pro salud deben incorporarse a la de cada cristiano” (p.79). Ya que el cuerpo es templo del espíritu santo y se debe cuidarlo de tal manera cultivemos buenos hábitos saludables y así prevenir distintas enfermedades tanto físicas y mentales.

Así mismo la Biblia indica “el que busca primeramente el reino de Dios y su justicia, todas las demás cosas serán por añadidura” (Mateo 6:33). Es decir, os seres humanos deben estar sujetos a la dirección de Dios, para que las cosas del presente y del futuro sean por obra y gracia de su poder.

White (1875) también manifiesta que “entre la mente y el cuerpo hay una relación

misteriosa y maravillosa” (p.44). En efecto el cuerpo debe gozar de buena salud mental y física para que desarrolle diferentes habilidades y así pueda funcionar armoniosamente en su área laboral, familiar e otras.

Por otro lado, la Biblia refiere “Yo sé los pensamientos que tengo acerca de vosotros, dice Jehová, pensamientos de paz, y no de mal, para daros el fin que esperáis” (Jeremías 29:11). Es decir, Dios sabe de cada ser humano los sentimientos y los pensamientos que uno tiene, del cual deben pensar y hacer lo correcto ante los ojos de Dios para que sobresalgan de contextos mordaces.

Por último, White (2007) refiere “una gran cantidad de las enfermedades que afligen a la humanidad tienen su origen en la mente, y solo se pueden curar si se recupera la salud de esta” (p.67). En efecto se aclara que los humanos desde muy pequeños debemos tener una mente sana, libre de perturbaciones para soslayar las distintas enfermedades que suelen originar irritabilidad, tristeza, desesperación y dolor.

2.2. Antecedentes de la investigación

2.2.1. Internacionales.

En Buenos Aires Argentina, Nelissen et al. (2018) realizaron un estudio de la prevalencia de los Trastornos Funcionales Digestivos entre niños y adolescentes argentinos utilizando los criterios de diagnóstico de Roma III. La muestra fue de 483 niños y niñas, entre 12 y 18 años de edad, reclutados de 3 escuelas privadas y 3 escuelas públicas. El instrumento que emplearon fue Questionnaire on Pediatric Gastrointestinal Symptoms-Rome III (QPGS-III). Los resultados señalaron que los síntomas funcionales digestivos (SDF) fueron significativamente más frecuentes en niñas que en niños (22.4 vs. 12.2%, $p = 0.0032$)

Con relación al tipo de escuela, el porcentaje de los SDF fue mayor en los niños de

escuelas privadas que en los de escuelas públicas (20.5% vs. 13.8%, $p = 0.0499$), con diferencia estadísticamente significativa. Como también se encontró que los SDF son comunes entre los niños y adolescentes argentinos.

Por otro lado, Barra, Soto y Schmidt (2013) estudiaron la relación entre la personalidad y bienestar psicológico. Utilizaron la Escala de Bienestar Psicológico de Ryff (EBP; Díaz et al., 2006) y el Inventario de los Cinco Grandes (BFI; John & Srivastava, 1999). La muestra fue de 315 estudiantes de pregrado de la Universidad de Concepción (Chile), 183 mujeres y 132 hombres, con edades entre 18 y 36 años (edad promedio de 21.6 años). Los resultados mostraron que, en cuanto al bienestar psicológico general, su mayor relación se dio con los factores de neuroticismo y responsabilidad, mientras que la menor relación, aunque también significativa, fue con el factor de amabilidad. Respecto a las relaciones entre dimensiones del bienestar psicológico y factores de personalidad, las relaciones de mayor magnitud se observaron entre responsabilidad y propósito en la vida, neuroticismo y autoaceptación, responsabilidad y dominio del ambiente, y neuroticismo y autonomía. También se encontraron diferencias a favor de las mujeres en Neuroticismo, Amabilidad y Responsabilidad.

Así mismo Zablah, Velasco, Merlos, Bonilla y Saps (2015) realizaron una investigación que tuvo como objetivo determinar la prevalencia de trastornos funcionales gastrointestinales en niños en edad escolar en El Salvador. La muestra fue trescientos noventa y cinco niños, con la edad media $11.8 \text{ años} \pm 1.6$ (mediana 10, rango 8-15); el 58.6% fue de 12 años o más y el 59% fueron mujeres. Se utilizó el Cuestionario sobre síntomas gastrointestinales pediátricos -Rome III. Los resultados fueron que niños en una escuela privada y niños mayores de 12 años demostraron mayor porcentaje de trastornos funcionales gastrointestinales que niños en una escuela pública y niños menores de 12 años.

A continuación, Galeano (2017) realizó un estudio de bienestar psicológico y el tipo de estrategias de afrontamiento utilizada por los funcionarios de una institución educativa, en el contexto laboral. Emplearon la Escala de Bienestar Psicológico (BIEPS-A) Casullo y Castro, 2000) y el Inventario de Estrategias de Afrontamiento (IEA) de Tobin, Holroyd, Reynolds y Kigal, 1989. Adaptado por Cano, Rodríguez y García, (2007). La muestra fue de 105 funcionarios, lo cual los resultados indicaron que existe relación significativa entre el nivel de bienestar psicológico y el tipo de estrategias de afrontamiento, asimismo la correlación más alta fue entre nivel alto de bienestar psicológico con expresión emocional, resolución de problemas y reestructuración cognitiva.

Por consiguiente, Dhroove et al. (2017) ejecutaron un estudio con el objetivo de determinar la prevalencia de desórdenes funcionales gastrointestinales en escolares de México de acuerdo con los criterios de Roma III. Participaron 362 niños y adolescentes de ambos sexos de la edad de 12 a 18 años que eran escolares de escuelas privadas y públicas de Monterrey y Cuernavaca. Aplicaron el Questionnaire on Pediatric Gastrointestinal Symptoms-Rome III (QPGS-III). Los resultados señalaron que el síndrome de intestino irritable (6.4%) fue el desorden funcional gastrointestinal asociado con dolor más comúnmente diagnosticado. Por otro lado, no se encontró predominio de sexo en la prevalencia de desórdenes funcionales gastrointestinales ($p = 0.8$).

Por último, Vinaccia, Quiceno, Medina, Castañeda y Castelblanco (2014), realizaron una investigación con el objetivo de evaluar las relaciones entre resiliencia, percepción de enfermedad y conducta de enfermedad, y el efecto de éstas sobre la calidad de vida relacionada con la salud en pacientes con diagnóstico de Dispepsia Funcional de la ciudad de Bogotá, Colombia. La población fue de 49 pacientes, hombres y mujeres adultos entre los 18 y 65 años de edad de diferentes consultorios médicos de Bogotá. Utilizaron los instrumentos de la Escala de afrontamiento Resiliente The Brief-Resilient Coping Scale,

(BSRS). Por Sinclair y Wallston (2004); también utilizaron el Cuestionario de Percepción de Enfermedad (IPQ-B), Por Broadbent, Petrie, Main y Weinman, (2006) así mismo el Cuestionario de conducta de enfermedad The Illness Behavior Questionare (IBQ), Por Pilowsky y Spence (1983) y a la vez el Cuestionario de Calidad de Vida en relación con los problemas de estómago e intestinales Dyspepsia Related Health Scales (DRHS), en la versión española de Ruiz et al. (2001). En los resultados se encontró que la respuesta emocional del (IPQ-B) tuvo un peso negativo sobre la calidad de vida y que en cuanto a la conducta de enfermedad, se encontró que hay un alto nivel de convicción de la enfermedad.

En el país de Perú son pocas las publicaciones que se presentan de bienestar psicológico y trastornos digestivos Funcionales, a continuación, se presentan las siguientes investigaciones.

Mamani (2018) realizó un estudio de la relación entre Bienestar psicológico, satisfacción familiar y espiritualidad en estudiantes de una universidad privada de Lima Este, 2016. La muestra fue constituida por 384 estudiantes de ambos sexos con edades entre 17 y 18 años. Los instrumentos empleados fueron la Escala de Bienestar Psicológico para Jóvenes (BIEPS-J) de Casullo-2002, la Escala de Satisfacción Familiar (ESFA) de Barraca y López-Yarto-1996, y el Cuestionario de Espiritualidad de Parsian y Dunning-2009. Los resultados obtenidos fueron que ~~si~~ existe una correlación positiva y altamente significativa entre el bienestar psicológico, satisfacción familiar ($r = .280^{**}$, $p = .00$) y espiritualidad ($r = .315^{**}$, $p = .000$).

Así mismo Samanez y Alva (2016) estudiaron la relación entre bienestar psicológico y asertividad en estudiantes de secundaria de una institución educativa privada de Lima este, 2016. Las escalas para la medición fueron el Perfil de Bienestar Psicológico de Ryff (PBP), y el Autoinforme de Conducta Asertiva de García y Magaz. Los participantes fueron 221

estudiantes de nivel secundario de una institución educativa particular de Vitarte. Los resultados indicaron que existe relación altamente significativa y positiva entre la dimensión relaciones con otros y ambas dimensiones del asertividad, es decir con autoasertividad ($\rho=,206$; $p=,002$) y heteroasertividad ($\rho=,189$; $p=,001$). Además, se encontró relación altamente significativa, en sentido negativo entre las dimensiones dominio del entorno y crecimiento personal, y la heteroasertividad ($\rho=-,217$; $p=,001$; $\rho=-,191$; $p=,004$ respectivamente).

Por otro lado, Díaz y Sánchez (2017) realizaron un estudio con el objetivo de comparar el bienestar psicológico de los internos por el delito de Violación Sexual y Tráfico Ilícito de Drogas del Establecimiento Penitenciario Pampas de Sananguillo-Tarapoto ,2017. Participaron 168 internos de 18 años en adelante. El instrumento empleado fue la Escala adaptada de Bienestar Psicológico de Ryff de Díaz et al.2006. En los resultados no se encontró diferencias significativas, sino por el contrario se encontró semejanzas de bienestar psicológico en los internos por el delito de Violación Sexual (128.25) y los internos de Tráfico Ilícito de Drogas (125.47).

Así mismo Zúñiga (2018) realizó una investigación con el objetivo de determinar si existe relación significativa entre bienestar psicológico y las dimensiones de autoconcepto en estudiantes universitarios de diversas carreras profesionales de 1° a 5° año de estudios, de ambos sexos, cuyas edades oscilan entre los 18 y 24 años de una universidad privada de Lima Este. Utilizaron la escala de bienestar psicológico de Ryff, y el Cuestionario de Autoconcepto Forma 5 (AF5) de García y Musitu. La muestra fue por 260 estudiantes universitarios. Se encontró que existe relación positiva y altamente significativa entre bienestar psicológico global y las dimensiones de autoconcepto lo tanto, se concluye que, a mayor bienestar psicológico, mayor nivel de autoconcepto ($r=.449^{**}$, <0.01).

A continuación, Ticona y Flores (2017) realizaron un estudio que tuvo como objetivo

determinar si existe relación significativa entre el bienestar psicológico y la capacidad de perdonar en estudiantes de una universidad privada de Lima Este. Los instrumentos que utilizaron fue la Escala de Bienestar Psicológico Ryff, adaptada por Díaz et al, (2006) y la escala Heartland de Perdón (HFS) creada por Thompson et al. 1999. La muestra contó con la participación de 265 estudiantes universitarios entre 19 y 30 años de edad. Los resultados mostraron que existe relación altamente significativa entre bienestar psicológico y la capacidad de perdonar ($\rho = .776, p < 0.01$).

Por último, Betancourt y Cachay (2017) ejecutaron una investigación con el objetivo de determinar los diagnósticos más frecuentes y las características epidemiológicas de la población que acude al consultorio de gastroenterología de la Clínica Médica Cayetano Heredia entre 01 de junio 2014 al 31 de julio 2015. La muestra fue de ambos sexos de 345 pacientes mayores de 14 años. Los instrumentos que utilizaron, fueron las historias clínicas de la muestra, lo cual como resultados obtuvieron una alta demanda de pacientes que presentan diversos síntomas gastrointestinales.

2.3. Marco conceptual

2.3.1. Bienestar psicológico

2.3.1.1. Definiciones.

Ryff (1989) considera al bienestar psicológico como la “ausencia de enfermedad psicológica” dicho de otra manera, la persona va a dejar de lado las emociones negativas y va a exponer sentimientos de felicidad para el afrontamiento de los factores psicosociales.

Por su parte Horley y Little (citado por Zúñiga, 2018), indican que el bienestar psicológico es un concepto complejo que no se basa solo en un área de la vida, sino se debe considerar algunos componentes como el afecto y las cogniciones según los diferentes contextos tales como la familia y el trabajo; también diferentes autores como la

OMS 1948; Ryff y Singer 1998 (citado por Dierendonck et al. 2007), señalan que la concepción de la salud o el bienestar psicológico no solo como la ausencia de enfermedad sino la presencia de algo positivo. Asimismo Cuadra y Florenzano, (citado por Barrantes & Ureña 2015), añaden que el bienestar subjetivo se refiere a lo que las personas piensan y sienten acerca de sus vidas y a las conclusiones cognoscitivas y afectivas que alcanzan cuando evalúan su existencia, asimismo Ryff y Keyes (citado por Ticona y Flores, 2017), señalan que el bienestar psicológico es la realización de su propia fuerza, poder o voluntad sobre sus constantes progresos, donde se enfrenta a diferentes propósitos positivos o negativos de la vida, que son los desafíos y metas para que de esa busque formar el mejor desarrollo personal. En opinión de Diener (citado por Martin, 2016), el bienestar subjetivo contiene tres características importantes: su carácter subjetivo (que hace referencia a las experiencias vividas de la persona); su dimensión global (que se basa en la valoración global de las diferentes áreas de la vida del individuo) y, por último, la inclusión de medidas positivas.

2.3.2. Modelos teóricos sobre el bienestar psicológico

2.3.2.1. *Modelo multidimensional de Ryff (1989)*

Ryff y Singer (citado por Zúñiga, 2018) “reafirman el modelo multidimensional sobre el bienestar psicológico, el cual se desarrolla a través del ciclo de vida y se conceptualiza como una meta en el proceso de desarrollo dirigida al desarrollo del potencial verdadero de cada persona” (p.50).

Ryff (1989) indica que el bienestar psicológico o “la salud psicológica positiva” tienen seis dimensiones, incluyen “la autoaceptación, las relaciones positivas, autonomía, dominio del entorno, propósito en la vida y crecimiento personal” (p.1-9).

- Autoaceptación: esencia de la persona que busca sentirse independiente para dejar de

lado las cosas o los recuerdos negativos que vivió en su pasado para tener que vivir feliz el presente. Ryff, (1989) lo determina como “la característica básica y esencial de la salud mental”, por tanto una adecuada autoaceptación en la persona ayuda a poseer un desempeño sobresaliente en sus diferentes áreas de vida, donde trabajará de manera óptima y responsable. Alonso, Murcia, Murcia, Herrera, Gómez, Comas y Ariza (2007) la autoaceptación es “la sensación o reconocimiento relativamente objetivo de las propias capacidades y logros, junto con el reconocimiento y la aceptación de las limitaciones personales”.

- Relaciones positivas: refiere que en esta dimensión las personas creen que tienen la fuerte intención de comprender los sentimientos de tristeza y tener a la vez el afecto por todos los seres humanos, así mismo creen que son capaces de tener las cualidades de un mayor amor, de amistad y de una identificación completa con otros.

- Autonomía: define que la persona en su total funcionamiento de diferente actividad realiza según su propio criterio de confianza en sí mismo, en el que uno no mira a los demás para su aprobación, sino que se aprecia por su propia confianza de ser independiente, que es como una norma personal.

- Dominio del entorno: es la capacidad del individuo para elegir o crear entornos adecuados a sus condiciones psíquicas, también se describe como la capacidad para manipular y controlar entornos complejos

- Crecimiento personal: enfatiza que es el funcionamiento psicológico óptimo que pretende no solo que uno sea conformista con sus logros o metas alcanzadas, sino también que continúe desarrollando su potencial, creciendo y así siga trabajando perennemente con el entusiasmo de seguir cumpliendo más metas a largo y a corto plazo tal y cual como una persona.

- Propósito de vida: indica que el propósito de vida, es una clara comprensión, un camino que tiene una dirección sin límites, que lleva a distintas variedades de propósitos o

planes para ser productivos y tener un sentido de vida placentera, para tener que lograr una integración emocional en la vida posterior.

2.3.2.2. *Modelo de tres vías de Seligman*

En este modelo Seligman determina tres vías diferentes para lograr la felicidad, lo cual es la emoción positiva, el compromiso y el significado.

Según Seligman (2003) menciona que la primera vía son las emociones positivas, que dentro de ellas están la seguridad, la esperanza y la gran confianza que son como fructíferas en momentos arduos que cuando estás viviendo sin alguna preocupación, a la vez estas emociones positivas cuando hay momentos de color oscuro que causan desesperación, cólera y tristeza desarrollan integridad, valor, equidad y sobre todo lealtad (p.5).

Seligman (citado por Mamani, 2018) la segunda es la vida comprometida, “basada en la experimentación de emociones positivas”, es decir, donde la mayor felicidad surge cuando se disfruta de algo bueno que se siente orgulloso de sí mismo, por ello, esta vía emana de lo intelectual para ser conscientes de las fortalezas y habilidades en un labor específico.

Seligman (2002) añade que la vida significativa es cuando uno personalmente debe utilizar o hacer trabajar todos los días sus aspectos positivos para que día a día su estado de ánimo esté en abundante gratificación, para que de esa forma su estado emocional no se encuentre deprimido ante querer realizar los quehaceres. Por otro lado, señala que “La vida significativa es algo más que la vida”.

Seligman, (citado por Meneses et al. 2016) describe que la tercera vía es la vida significativa, donde consiste en servir a algo mayor que a uno mismo, para tener una vida con significado es también fundamental cultivar las fortalezas y virtudes personales, para ponerlas en función del algo superior.

2.3.2.3. Teoría de la Autodeterminación de Deci y Ryan

Deci y Ryan psicólogos que desde hace muchos años atrás desarrollaron la autodeterminación.

Ryan y Deci (2000) afirman que es “un enfoque hacia la motivación humana y la personalidad que usa métodos empíricos tradicionales mientras emplea una meta teoría organísmica que enfatiza la importancia de la evolución de los recursos humanos internos para el desarrollo de la personalidad y la autorregulación de la conducta” (p. 2).

Deci y Ryan (2000) señalan que “existe tres necesidades psicológicas innatas, que son competencia, autonomía, y relacionarse, las cuales son óptimas para las propensiones naturales hacia el crecimiento y la integración, así como para un desarrollo social constructivo y el bienestar personal” (p.2).

Deci y Ryan, la autonomía es “fuente de la propia conducta”, esto significa que la integración de los valores está presente y reflejan o muestran los diferentes tipos de conducta. En cuanto a la necesidad de competencia agregan que es mostrarse vigoroso en las interacciones con diferentes entornos sociales, asimismo pueden acceder a oportunidades para “manifestar sus capacidades” (citado por Meneses et al., 2016).

Por último, ellos añaden que “las necesidades psicológicas y todos los procesos dentro de dominios, son, el cuidado de la salud, la educación, el trabajo, el deporte, la religión, y la psicoterapia” (p.1).

2.3.2.4. Teoría de adaptación

Myers (citado por castro, 2009) “considera que la adaptación es la clave para entender la felicidad” (p.50). Castro (2009) esta teoría “se basa en un modelo automático de la habituación en el cual los sistemas reaccionan a las desviaciones del nivel de adaptación actual” (p.50). Esto significa que, en cierto tiempo los eventos recurrentes automáticamente se vuelven una costumbre logrando un impacto eficaz.

Además, Castro (citado por Huamán, 2017) hace referencia que es la “capacidad apropiada” para adecuarse de manera correcta ante las situaciones estresantes del entorno social que suelen presentarse en cada momento, lo cual estos factores les llegan a perturbar de forma mínima, que después “retornan a su bienestar original”.

2.3.2.5. Teoría situacional y psicológicos “Bottom up” y “Top Down”

Keyes y López (citado por Ticona y flores, 2016) el modelo bottom up “propone que el bienestar se crea debido a las experiencias pasadas que hayan sido placenteras. Por otra parte, los “aspectos positivos como las capacidades, hábitos saludables, recursos, entre otros” permiten adquirir estrategias de progreso para las metas a corto y a largo plazo de la existencia (p.42).

Por otro lado, Lyubomirsky (citado por Castro, 2009) manifiesta que las personas que estén expuestas a una mayor cantidad de “eventos felices estarán con más ganas de vivir” para seguir sintiéndose orgullosa de su historia de vida. “Esta teoría otorga alta importancia a las circunstancias que las personas tienen que vivir” (p.48).

Por lo tanto, se puede decir que este modelo situacional atestigua que las personas felices, son las que han pasado momentos más agradables del cual han tenido gran satisfacción en su familia, en sus amigos del trabajo, en la iglesia y entre otros.

2.3.3. Trastornos o síntomas funcionales digestivos

2.3.3.1. Definición

Los trastornos funcionales digestivos (TFD) son “una combinación variable de síntomas gastrointestinales persistentes o recidivantes, no explicables por anomalías estructurales o metabólicas presentes en prácticamente todo el aparato digestivo, desde la faringe al ano (Rodríguez, 2011).

Usualmente las enfermedades gástricas más frecuentes son:

- Dispepsia funcional.
- Síndrome de intestino irritable (SII).
- Estreñimiento funcional.

2.3.3.2. 3.1.2 Clasificación ROMA III de los trastornos gastrointestinales funcionales

Aun cuando las consultas sean numerosas frente a esta problemática existe inconvenientes en la estandarización y clasificación de los diferentes TDF, debido a que muchos de los síntomas no sólo corresponden a una determina enfermedad gástrica sino más bien se pueden encontrar en otras enfermedades ya que los síntomas suelen ser parecidos, por lo tanto se han ido realizando distintas clasificaciones, ROMA I, ROMA II, ROMA III y finalmente ROMA IV; donde se intentó ser más prácticos y diferenciar las enfermedades de índole gástrica por el tiempo y la intensidad que se presenta los síntomas teniendo en cuenta la esfera bio-psico-social como parte importante de la génesis de dichos síntomas.

Por lo tanto, para obtener una mejor visión y análisis de dichas enfermedades se realizó la agrupación donde se dividió en 6 grupos (dejando dos apartados para neonatos y lactantes y niños y adolescentes) en:

- A. Esofágicos.
- B. Gastroduodenales.
- C. Intestinales.
- D. Dolorosos abdominales.
- E. Vesícula biliar y esfínter de Oddi.
- F. Anorrectales.

Dentro del marco de las investigaciones se ha visto a individuos que realizan consultas presentando sintomatología de los TDF de las cuales se han incrementado valorándose en

una de las entidades de mayor prevalencia en las consultas de atención primaria en la población general en torno a un 25%.

Las características de los pacientes con trastornos funcionales digestivos generalmente se comprende que la prevalencia para grupos de edad es la misma, claro que teniendo en cuenta la edad adulta la sintomatología es más presente sin embargo no acuden directamente al servicio de gastroenterología sino más bien por medicina general, así mismo en el género existe una mayor proporción de síntomas funcionales digestivos en mujeres pero existe una posibilidad de que las cifras no sean necesariamente que el género masculino no presente esta problemática sino que las mujeres acuden más a consulta a comparación que los varones.

En una investigación realizada perfil de las enfermedades gastrointestinales de un centro de gastroenterología pediátrica en Colombia 15 años de seguimiento 2006 se encontró como resultado que los diagnósticos más consultados de 1.171 pacientes donde 51,8% (607) de ellos de sexo masculino, y 64% (753) menores de cinco años de edad, fue estreñimiento crónico funcional 33,9% alergia alimentaria 23,5% trastorno de la conducta alimentaria 5,5% enfermedad de reflujo gastroesofágico 41% enfermedad ácido péptica 4,1% diarrea persistente 3,8% y fibrosis quística 3,4%. Por otro lado, Altamimi en su estudio realizado en el sur de Jordania, señaló que cerca de 40% de los pacientes con estreñimiento presentaba dolor abdominal y que su permanencia aumentaba con la edad (citado por Daza, Dadán & Higuera, 2017).

En otra investigación de 71 adultos mayores con dispepsia funcional atendidos en el servicio de gastroenterología donde se encontró predominancia de la problemática en el sexo femenino 53,7%; el grupo etario de 60-69 años y como síntomas principales fueron la sensación de plenitud, saciedad precoz.

Sin embargo, en un estudio realizado por Gonzales, Montoya, Casullo y Bernabéu

(2002), relacionado con el afrontamiento y bienestar psicológico tuvo como propósito estudiar la incidencia de la edad, género y el nivel de bienestar sobre los estilos y estrategias de afrontamiento, donde como resultado se obtuvo que entre estas dos variables muestren una relación significativa intr.-género. Dado que el estilo y adecuadas estrategias para la resolución de problemas se relacionan con un alto bienestar, mientras que el estilo improductivo de las estrategias se relaciona con un bajo bienestar psicológico en ambos géneros (Romero, Brustad & García, 2007).

2.3.4. Marco conceptual referente a la población de estudio

2.3.4.1. Teoría según la edad de población

Las etapas del desarrollo del ser humano se basan en los cambios de pensamiento, vivencias y conductas durante todo el ciclo vital del individuo dentro de estas surge procesos que ofrecen características de una y otras edades, a pesar de que su desarrollo haya tenido causas comunes o su aprendizaje de desarrollo sea bajo un mismo enfoque o cultura. Sin embargo, en la edad adulta es más marcado los acontecimientos comunes, propios de la edad tales como: la jubilación, enfermedades crónicas, nuevos roles, pérdidas familiares o la proximidad de la muerte; por lo tanto, Monreal, Marco, y Amador (2001), explican las etapas del desarrollo basados en la teoría de Levinson mencionando que el ciclo vital de la edad adulta se divide en tres etapas.

- Preadulthood (hasta los 17 años). Esta etapa se caracteriza por la habilidad en el desarrollo biopsicosocial del individuo con la capacidad para vivir y comportarse como un adulto libre y responsable.
- Adulthood temprana (17-45). Consiste en un periodo donde el individuo se ve en la necesidad de fijar sus metas y hacer realidad sus deseos propuestos en la juventud, el formar una vida profesional, familia, una función laboral sostenible, y un estatus

socialmente valorado. Todos estos ideales son construidos bajo la demanda que genera las responsabilidades familiares, económicas, laborales que ocasionan muchas veces el estrés, tensiones preocupaciones que de una u otra manera repercuten en la toma de las decisiones importantes para el futuro.

- **Adulthood intermedia (40-65).** Durante este periodo comienza la disminución de los niveles tanto biológicos, destrezas físicas, como también la habilidad de adquirir responsabilidades que comprometan un desgaste biopsicosocial y esto se debe a la necesidad que tiene el individuo de querer la tranquilidad y la paz para disfrutar de manera adecuada y placentera los logros que tuvo en la etapa anterior. Sin embargo, también cabe resaltar que la habilidad social, psíquica alcanza liderazgo político, religioso, científico y artístico

- **Adulthood tardía (69 en adelante)**

2.4. Definición de términos

a) **Trastornos funcionales intestinales:** “Predominio de signos o síntomas de dolor abdominal, distensión y alteración de los hábitos intestinales” (estreñimiento, diarrea o alternancia de ambos) (Sebastián, 2017, p, 466).

b) **Síntomas:** “Manifestación reveladora de una enfermedad o Señal de algo que está sucediendo o va a suceder” (Real Academia Española, 2018).

c) **Bienestar:** “Estado vital de una persona caracterizada por estar satisfecho con la propia vida, experimentar con frecuencia emociones positivas y disfrutar de una salud física y psíquica ajustada a las propias expectativas” (Enciclopedia salud,2016).

d) **Síndrome del intestino irritable:** Mearin et al. (2017). Menciona que este síndrome “se caracteriza por la presencia de dolor abdominal recurrente asociado a alteraciones del ritmo deposicional, ya sea en forma de estreñimiento, de diarrea, o de ambas; la hinchazón y la distensión abdominal son muy frecuentes”.

e) Estreñimiento funcional: “El estreñimiento se caracteriza por la dificultad o la escasa frecuencia en relación con las deposiciones, a menudo acompañado por esfuerzo excesivo durante la defecación” Mearin et al., (2017).

f) Diarrea funcional: Sebastián (2017) menciona que es la presencia recurrente de heces sueltas dónde para dar un diagnóstico exacto se debe presenciar con anterioridad el tiempo de seis meses con presencia de síntomas con intensidad durante tres meses como mínimo”.

2.5. Hipótesis de investigación

2.5.1. Hipótesis general

Existe asociación significativa entre bienestar psicológico y síntomas digestivos funcionales en pacientes que acuden al servicio de gastroenterología del hospital II-2 Tarapoto, 2018.

2.5.2. Hipótesis específicas

Existe asociación significativa entre autoaceptación y síntomas digestivos funcionales en pacientes que acuden al servicio de gastroenterología del hospital II-2 Tarapoto, 2018.

Existe asociación significativa entre relaciones positivas y síntomas digestivos funcionales en pacientes que acuden al servicio de gastroenterología del hospital II-2 Tarapoto, 2018.

Existe asociación significativa entre autonomía y síntomas digestivos funcionales en pacientes que acuden al servicio de gastroenterología del hospital II-2 Tarapoto, 2018.

Existe asociación significativa entre dominio del entorno y síntomas digestivos funcionales en pacientes que acuden al servicio de gastroenterología del hospital II-2 Tarapoto, 2018.

Existe asociación significativa entre crecimiento personal y síntomas digestivos

funcionales en pacientes que acuden al servicio de gastroenterología del hospital II-2 Tarapoto, 2018.

Existe asociación significativa entre propósito en la vida y síntomas digestivos funcionales en pacientes que acuden al servicio de gastroenterología del hospital II-2 Tarapoto, 2018.

Capítulo III

Materiales y métodos

3.1. Diseño y tipo de investigación

La siguiente investigación es de diseño no experimental, ya que no hubo manipulación de las variables de estudio. Es de corte transversal y se recogieron los datos en un determinado momento. Asimismo, es de tipo correlacional, por lo que se busca conocer la relación entre las dos variables de estudio (Hernández, Fernández & Baptista, 2010).

3.2. Variables de investigación

3.2.1. Definición conceptual de la variable Bienestar Psicológico

Ryff (1989) considera al bienestar psicológico como la “ausencia de enfermedad psicológica donde se identifica con la emocionalidad positiva y la ausencia de emociones negativas”

3.2.2. Definición conceptual de la variable Síntomas digestivos funcionales

Gómez (2017) define que son un “Predominio de signos o síntomas de dolor abdominal, distensión y alteración de los hábitos intestinales (estreñimiento, diarrea o alternancia de ambos)” (p.5). Rodríguez, también lo especifica cómo, “una combinación variable de síntomas gastrointestinales persistentes o recidivantes, no explicables por anomalías estructurales o metabólicas” (citado por Díaz-Rubio y Peña, 2011).

3.3. Operacionalización de las variables

3.3.1. Bienestar psicológico

A continuación, se exhibe la tabla de operacionalización de la variable bienestar psicológico, donde se describe desde su definición, dimensión y sus indicadores de la misma.

Tabla 1

Matriz operacionalización de la variable Bienestar Psicológico según Ryff (1995).

Dimensiones	Definición conceptual	Indicadores	Categoría de respuesta
Autoaceptación	Hace referencia a la actitud positiva o apreciación positiva de uno mismo estando conscientes de las virtudes propias.	1. Repaso. 7. Seguro y Positivo. 13. Oportunidad. 19. Me gusta. 25. Decepcionado. 31. Orgullosa.	1= Estoy totalmente de acuerdo. 2= Estoy en desacuerdo.
Relaciones Positivas	Relaciones estables socialmente significativas, vínculos sociales, confianza en las personas.	2. Pocos amigos. 8. Escucharme. 14. Amistades. 20. Más amigos 26. Relaciones cercanas. 32. Confiar.	3= Estoy ni de acuerdo ni en desacuerdo.
Autonomía	Capacidad de sostener la propia individualidad en diferentes contextos con base en las propias convicciones.	4. Elecciones. 9. Preocuparme. 10. Me juzgo. 15. Influenciado. 21. Confianza. 27. Expresar opiniones. 33. Decisiones	4= Estoy de acuerdo. 5= Estoy totalmente de acuerdo.
Dominio del Entorno	Capacidad de manejar de forma efectiva el medio y la propia vida, haciendo referencia a la habilidad personal y crear entornos favorables.	5. Difícil 11. Capaz 16. Responsable 22. Deprimen. 28. Responsabilidades. 39. Infeliz	
Crecimiento Personal	A través de la búsqueda del desarrollo del propio potencial y el fortalecimiento de las capacidades personales.	24. Aprendiendo 30. Cambios 34. Intentar 35. Nuevas experiencias. 36. Mejorado. 37. Desarrollado. 38. Proceso	
Propósito en	Objetivos claros y metas	6. Planes.	

la vida	realistas que doten de significado a las experiencias pasadas y futuras.	12. Proyectos. 17. Sentirse bien. 18. Objetivos. 23. Dirección. 29. Intento.
---------	--	--

3.3.2. Síntomas Digestivos Funcionales

A continuación, se presenta la tabla de Operacionalización de la variable síntomas digestivos funcionales, donde se describe desde su definición, dimensión y sus indicadores de la misma.

Tabla 2

Matriz de operacionalización de la Escala de síntomas Digestivos Funcionales

Dimensiones	Definición conceptual	Indicadores	Categoría de respuesta
Grupo a esofágicos	Categoría de trastornos que se presentan con síntomas esofágicos (pirosis, dolor torácico, disfagia). Que no se explican por obstrucción mecánica (estenosis, tumores, esofagitis eosinofílica (eeo), ni por los principales trastornos esofágicos motores primarios (ptemp): acalasia, espasmo esofágico difuso, espasmo esofágico distal o esófago en martillo neumático) o por una enfermedad por reflujo gastroesofágico (erge)	1. Vinagreras y ardor 2. Reflujo ácido. 3. Regreso de alimentos 4. Dificultad de ingerir 5. Sensación de atascamientos	1=no. 2= si.
Grupo b gastroduodenales	Patología que consiste en una lesión en la mucosa que protege el estómago y el duodeno (primera parte del intestino delgado). Esta lesión está provocada por un aumento de las secreciones ácidas que alteran las paredes de estas zonas.	6. Sensación de pesadez 7. Ardor de estómago. 8. Dolor que calma al comer. 9. Dolor de estómago. 10 y 11 : eructos 12. Náuseas 13. Vómitos	

Grupo c intestinales	Los trastornos funcionales intestinales (tfi) se caracterizan por el predominio de signos o síntomas de dolor abdominal ,hinchazón, distensión y/o alteración de los hábitos intestinales (estreñimiento, diarrea o alternancia de ambos)	14. Movimientos intestinales. 15. Hinchazón de estomago 16. Ventosidades/ gases 17. Sensación de vientre hinchado 18. Dolor abdominal. 19. Insatisfacción en defecar 20. Sensación agradable al defecar 21. Variación 22 y 23. Malestar 24.Retortijojos 25. Textura 26. Disminución 27. Esfuerzo 28. Diarrea 29. Deposiciones 30. Heces blandas 31. Heces pastosas 32. Heces líquidas
-------------------------	--	---

3.4. Delimitación geográfica y temporal

La presente investigación se llevó a cabo desde el mes de septiembre hasta el mes de diciembre del 2018, el cual se realizó en el Hospital II-2 de Tarapoto, ubicado en el Jr. Ángel Delgado Morey, N°503. Así mismo el distrito de Tarapoto colinda al Norte con la provincia de Lamas, al sur con la ciudad de Juanjui, al este Yurimaguas y al oeste la ciudad de San José de Sisa.

3.5. Participantes

3.5.1. Características de los participantes

Los participantes fueron 65 pacientes que acudieron al servicio de gastroenterología, de 14 años a 65 años de edad y de ambos sexos; se realiza una muestra no aleatoria.

3.5.2. Criterios de inclusión y exclusión

3.5.2.1. Criterios de inclusión

- Pacientes deben ser de 14 a 65 años de edad. Pacientes deben ser de ambos géneros.
- Pacientes atendidos en el área de gastroenterología del hospital II-2 Tarapoto.
- Pacientes deben dar su consentimiento de participación.
- Pacientes atendidos en el periodo de septiembre a octubre de 2018.
- Pacientes que no presenten una causa orgánica tal como gastritis, cáncer al colon, hemorroides, etc.

3.5.2.2. Criterios de exclusión

- Pacientes menores de 14 años de edad.
- Pacientes mayores de 65 años de edad.
- Pacientes atendidos fuera de la época del 2018.
- Pacientes que no pertenezcan al hospital II-2 Tarapoto.
- Pacientes que presenten una causa orgánica
- Pacientes que no desean completar los cuestionarios Instrumentos

3.6. Instrumentos

3.6.1. Escala de Bienestar Psicológico de Ryff

Para la evaluación de la variable bienestar psicológico, se aplicó la Escala de bienestar psicológico de Ryff (1995), de la versión propuesta van Dierendonck (2004) y adaptado al castellano por Díaz et al., (2006). Esta escala consta de 39 ítems, los cuales se puntúan de 1 a 5 (totalmente de acuerdo, de acuerdo, ni de acuerdo ni en desacuerdo, en desacuerdo y totalmente en desacuerdo, por lo tanto, la puntuación obtenida oscila entre los 39 a 195

puntos. Está constituido por 6 dimensiones, donde autoaceptación constituye los ítems 1,7,13,19,25 y 31, la segunda dimensión relaciones positivas está constituida por los ítems 2,8,14,20,26 y 32, la tercera dimensión es autonomía, que consigna de los ítems 3,4,9,10,15,21,27 y 33, la cuarta dimensión es dominio del entorno, lo conforman los ítems 5,11,16,22,28 y 39, la quinta dimensión es crecimiento personal, consta con los siguientes ítems 24,30,34,35,36,37 y 38; la última y sexta dimensión es el propósito en la vida, el cual sus pertenecientes ítems son el 6,12,17,18,23 y 9. Por otro lado, según (Díaz et al., 2006) este instrumento tiene una fiabilidad α de Cronbach a 683, y se comprobó la validez factorial y de contenido para ello se realizó análisis confirmatorios de modelos teóricos.

3.6.2. Cuestionario de Síntomas Digestivos Funcionales

El presente cuestionario fue elaborado por las investigadoras del presente estudio y asimismo mediante el criterio de jueces con el apoyo de cuatro especialistas en el área de gastroenterología, asimismo regidos por la guía de los trastornos funcionales digestivos como también los criterios de ROMA III y ROMA IV, dicha elaboración del cuestionario consistió en la agrupación de los síntomas más comunes en consulta y a que enfermedades pertenecían dichos síntomas igualmente se modificó palabras de términos profesionales por términos coloquiales para la mayor comprensión de los pacientes que se les va a encuestar con la finalidad de llegar al objetivo del estudio mediante un cuestionario fiable, claro y conciso.

Esta escala consta de 32 ítems, los cuales se puntúan de 1 a 2 (no / sí, por lo tanto, la puntuación obtenida oscila entre los 32 a 64 puntos. Está constituido por 3 dimensiones, donde esofágicos constituye los ítems 1,2,3,4 y 5 la segunda dimensión gastroduodenales está constituida por los ítems 6,7,8,9,10,11,12 y 13 la tercera dimensión es intestinales, que consigna de los ítems 14,15,16,17,18,19,20,21,22,23,24,25,26,27,28,29,30,31 y 32.

Igualmente este instrumento tiene una fiabilidad α de Cronbach a, 878, y se comprobó la validez factorial y de contenido para ello se realizó análisis confirmatorios de modelos teóricos. Este resultado se logró mediante 4 jueces especialistas en el área gastroenterología.

3.7. Proceso de recolección de datos

Para la recolección de datos, se realizó una carta por la coordinadora de la Escuela Profesional de psicología, dirigida hacia el director del Establecimiento hospital II-2 Tarapoto, solicitando autorización para el ingreso del área de gastroenterología para poder evaluar a los pacientes el primer instrumento de bienestar psicológico por las investigadoras del presente estudio y el segundo instrumento por los gastroenterólogos. Una vez aceptada la autorización se procedió realizar la evaluación para dicho estudio.

Para la variable de bienestar psicológico los resultados obtenidos fueron por las investigadoras de este estudio; y para la segunda variable del recojo de la información fue mediante las investigadoras del presente estudio acompañado de dos especialistas gastroenterólogos del turno mañana y tarde mediante el cuestionario de síntomas digestivos funcionales.

3.8. Procesamiento y análisis de datos

Primeramente, se realizó la recolección de información del bienestar psicológico y síntomas digestivos funcionales, que se procedió a vaciar los datos para su análisis, usando el software estadístico SPSS (*Statistical Package for the Social Sciences 22 para Windows*). Así mismo para la descripción de los resultados se utilizó tablas de frecuencias y porcentajes, pruebas estadísticas inferenciales: análisis de fiabilidad de los instrumentos, análisis correlativo, y la prueba de correlación propicia.

Capítulo IV

Resultados y discusión

4.1. Resultados

4.1.1. Análisis descriptivo de bienestar psicológico y sus dimensiones

4.1.1.1. *Nivel de bienestar psicológico y sus dimensiones*

En la tabla 3 se observa que el 38% de los participantes se ubican en un nivel medio de bienestar psicológico, esto indica que los pacientes evaluados disfrutaban pocos momentos placenteros de su vida y a la vez tienen poca identificación con sus emociones positivas presentando algunas veces actitudes negativas o positivas para enfrentar los factores psicosociales que causan dificultad para gozar de un alto bienestar psicológico.

De este modo se evidenció que el 70.0% de los participantes se ubican en el nivel medio de la dimensión dominio del entorno, seguidamente se puede observar que el 50.0% de los participantes se ubican en el nivel medio de la dimensión relaciones positivas, asimismo, el (61.7%) de los participantes que se ubican en el nivel medio de la dimensión propósito de vida, lo cual revela que estos participantes tienen pocas metas o propósitos en la vida.

Por otro lado, se reporta que el 46.3% de los participantes muestran nivel bajo en la dimensión autonomía, asimismo un 46.7% de los participantes tienen un nivel bajo en autoaceptación y por último un 46.3% de los participantes muestran un nivel bajo de la dimensión crecimiento personal, por lo tanto, se puede decir que los pacientes presentan pocos niveles de independencia y confianza en sí mismos para un adecuado funcionamiento de sus actividades o de sus actividades habituales.

Tabla 3

Nivel de bienestar psicológico y sus dimensiones

	Bajo		Medio		Alto	
	n	%	n	%	n	%
Bienestar psicológico	19	31.7%	23	38.0%	18	30%
Autoaceptación	28	46.7%	20	33.0%	12	20%
Relaciones positivas	15	25%	30	50.0%	15	25%
Autonomía	26	46.3%	17	28.30%	17	28.30%
Dominio del entorno	18	30%	42	70%	0	0.00%
Crecimiento personal	26	46.3%	17	28.30%	17	28.30%
Propósito de vida	18	30%	37	61.7%	5	8.30%

4.1.1.2. Nivel de bienestar psicológico y sus dimensiones según datos sociodemográficos.

En la tabla 4 se observa que el 50.0% de los pacientes adultos mayores tienen bienestar psicológico alto, esto indica el buen potencial de desarrollo personal de cada individuo, lo cual suelen disfrutar de sus experiencias personales, familiares y sociales. Asimismo, el 64.3% de los pacientes en la etapa adulto joven presentó nivel medio, lo cual evidencia que disfrutaban algunas veces los momentos de su vida y a la vez poseen pocos niveles de identificación con su emocionalidad positiva para enfrentar adecuadamente a los factores psicosociales.

Del mismo modo se sigue apreciando que el 50.0%, los de edad adulto intermedio tienen niveles bajos de bienestar psicológico, esto significa que los pacientes se identifican inadecuadamente con su emocionalidad positiva, que hace que tengan bajos niveles de placer en sus experiencias y en sus acciones cotidianas a realizar.

Seguidamente se aprecia que el 64.3% de los participantes de la etapa adulto joven presentan niveles medios de autoaceptación, respectivamente señala que los participantes gozan de manera regular momentos felices y tienen niveles bajos de identificación con su emocionalidad positiva para desarrollar apropiadamente sus habilidades. Seguidamente, el

70.0% de los participantes de adulto intermedio y el 38.9% de la etapa adulto mayor demuestran niveles bajos de autoaceptación. Por otro lado, el 57.1% de los evaluados de adulto joven evidencian un nivel alto en la dimensión relaciones positivas, sin embargo, el 70.0% de la etapa adulto intermedio y adulto mayor el 50.0% de los evaluados presentan niveles medios, esto indica que los evaluados tienen poca habilidad para mantener relaciones socialmente estables.

Mientras que el 50.0% de la etapa adulto joven y el 70.0% de la etapa adulto intermedio presentan niveles bajos de autonomía eso quiere decir que los participantes poseen escasa habilidad de independencia y confianza en sí mismos para realizar sus actividades diarias que les son placenteras, también la población adulto mayor no es ajeno a esta realidad ya que se encontró que el 33.3%, presentan niveles similares.

Por otro lado, el 78.6% de los participantes de adulto joven y el 69.4% de la etapa adulto intermedio presentan un nivel medio en la dimensión dominio del entorno esto quiere decir que los pacientes de estas edades tienen poca habilidad para crear o manejar entornos favorables.

Entre las etapas comprendidas el 57.1% de los pacientes de la edad adulta, 50.0% de la edad intermedia, y el 36.1% de los pacientes de adulto mayor presentaron niveles bajos de crecimiento personal, entonces se puede señalar que estos participantes tienen escasos niveles para la capacidad de análisis y compromiso para crear metas a largo plazo.

Finalmente se encontró que el 100.0% de la etapa adulto joven y el 55.6% de adulto mayor ostentan un nivel medio en la dimensión propósito de vida, mientras que el 60.0% de los pacientes adulto mayor se encontró niveles bajos indicando que presentan escasa habilidad para llegar alcanzar los propósitos de su vida.

Tabla 4

Niveles de bienestar psicológico, según la edad de los pacientes.

Variable	Niveles	Edad					
		Adulto Joven (18-39)		Adulto Intermedia (40-50)		Adulto Mayor (51-65)	
		n	%	n	%	n	%
Bienestar Psicológico	Bajo	2	14.3%	5	50%	12	33.3%
	Medio	9	64.3%	4	40%	10	27.8%
	Alto	3	21.4%	1	10%	14	38.9%
Autoaceptación	Bajo	5	35.7%	7	70%	16	44.4%
	Medio	7	50%	2	20%	11	30.6%
	Alto	2	14.3%	1	10%	9	25%
Relaciones positivas	Bajo	1	7.1%	2	20%	12	33.3%
	Medio	5	35.7%	7	70%	18	50%
	Alto	8	57.1%	1	10%	6	16.7%
Autonomía	Bajo	7	50%	7	70%	12	33.3%
	Medio	4	28.6%	1	10%	12	33.3%
	Alto	3	21.4%	2	20%	12	33.3%
Dominio del entorno	Bajo	3	21.4%	4	40%	11	30.6%
	Medio	11	78.6%	6	60%	25	69.4%
	Alto	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
Crecimiento personal	Bajo	8	57.1%	5	50%	13	36.1%
	Medio	2	14.3%	4	40%	11	30.6%
	Alto	4	28.6%	1	10%	12	33.3%
Propósito de Vida	Bajo	0	0.0%	6	60.0%	12	33.3%
	Medio	14	100%	3	30.0%	20	55.6%
	Alto	0	0.0%	1	10.0%	4	11.1%
	Total	14	100%	10	100%	36	100%

En la tabla 5 se aprecia que el 37.9% de la población de sexo femenino presentan un nivel alto de bienestar psicológico, mientras que el 45.2% de la población del género masculino muestran un nivel medio de bienestar psicológico. Esto indica que las mujeres manejan de una forma más adecuada las situaciones negativas que se les presenta en sus distintas áreas de vida.

Sin embargo, al hacer un análisis mediante dimensiones se observa que el 48.4% del

género masculino y el 44.8% de la población femenina presentan niveles bajos de autoaceptación, sin embargo, el 58.1% del género masculino y el 41.4% de las mujeres muestran un nivel medio respecto a la capacidad para crear y mantener relaciones positivas.

Por otro lado, se encontró que el 51.6% del género masculino y femenino 34.5% se encontró que poseen niveles bajos en la dimensión autonomía.

También se halló, que el 80.6% de los participantes de género masculino y el 58.6% del género femenino, demuestran un nivel medio en la dimensión dominio del entorno; mientras que el 61.3% de los participantes varones y el 62.1% de las mujeres se encontró niveles medios respecto a la dimensión propósito de la vida, por lo tanto se puede decir que existe escaso compromiso para crear y mantener entornos favorables y fijar metas a corto y largo plazo con la finalidad de obtener un desarrollo personal exitoso.

Finalmente se concluye que el 48.4% los evaluados del género masculino y el 37.9%, del género femenino revelan un nivel bajo en la dimensión crecimiento personal, por lo tanto, se puede decir que ambos géneros presentan escasez de habilidades de independencia al realizar sus actividades cotidianas que les son placenteras.

Tabla 5

Niveles de bienestar psicológico según género

Variable	Niveles	Género			
		Masculino		Femenino	
		n	%	n	%
Bienestar psicológico	Bajo	10	32.3%	9	31 %
	Medio	14	45.2%	9	31 %
	Alto	7	22.6%	11	37.9%
Autoaceptación	Bajo	15	48.4%	13	44.8%
	Medio	11	35.5%	9	31 %
	Alto	5	16.1%	7	24.1%
Relaciones positivas	Bajo	6	19.4%	9	31 %
	Medio	18	58.1%	12	41.4%
	Alto	7	22.6%	8	27.6%
Autonomía	Bajo	16	51.6%	10	34.5%
	Medio	7	22.6%	10	34.5%
	Alto	8	25.8%	9	31.0%
Dominio Entorno	Bajo	6	19.4%	12	41.4%
	Medio	25	80.6%	17	58.6%
	Alto	0	0.0%	0	0.0%
Crecimiento Personal	Bajo	15	48.4%	11	37.9%
	Medio	9	29 %	8	27.6%
	Alto	7	22.6%	10	34.5%
Propósito Vida	Bajo	10	32.3%	8	27.6%
	Medio	19	61.3%	18	62.1%
	Alto	2	6.5%	3	10.3%
	Total	31	100 %	29	100 %

En la tabla 6, se realizó un análisis respecto al bienestar psicológico mediante el lugar de procedencia dónde se encontró que el 40,0% de los pacientes procedentes de la costa señalan niveles bajos de bienestar psicológico; mientras que en los pacientes procedentes de la sierra se encontró que el 37.5% presentan un nivel medio y alto. Y en la población de la selva se encontró que el 38.3% obtienen un nivel medio; esto quiere decir que los pacientes procedentes de la costa tienen poca capacidad para el disfrute de sus actividades diarias que les son placenteras y uno de los factores puede ser por la presión y el estrés que se percibe en las grandes ciudades más aún si se tiene que convivir con alguna enfermedad, sin embargo se encontró que los pacientes procedentes tanto de la selva y la sierra si gozan

en un nivel medio el disfrute de su vida y las actividades que realizan, esto se puede explicar ya que tanto las dos regiones existe menos presión de trabajo laboral y muchos de ellos son independientes asimismo la alimentación es más balanceada.

Al realizar un análisis por cada dimensión se encontró que el 60.0% de los participantes de la costa y el 62.5% de la sierra exhiben niveles bajos de autoaceptación, del mismo modo el 42.6% de los participantes de selva. También se evidenció que el 60.0% de los participantes de la costa y el 62.5% provenientes de la sierra tienen niveles medios para crear y mantener relaciones positivas estos resultados no son ajenos para el 46.8% de los pacientes de la selva.

Por otro lado, el 60.0% de la población de la costa y el 42.6% de la selva presentan niveles bajos de autonomía. Sin embargo, el 62.5% de los pacientes provenientes de la sierra muestran un nivel alto de autonomía; esto indica que la población de la sierra son más independientes para enfrentar o manejar condiciones psicosociales a su favor.

También se puede apreciar que el 60.0% de los pacientes procedentes de la costa y el 75% de la sierra como también el 70.2% de la selva se encontró un nivel medio para el manejo y dominio del entorno, resaltando que los de la sierra ostentan un porcentaje más elevado entre las tres regiones.

Respectivamente el 80% de los participantes de la costa, y el 62.5% de la sierra de igual manera el 36.2% los de la selva muestran niveles bajos de crecimiento personal, cabe resaltar que los pacientes provenientes de la costa presentan porcentajes más elevados.

Finalmente se encontró que el 40% de los evaluados de la costa, el 87.5% de la sierra y el 59.6% de la selva sostienen niveles bajos en obtener propósitos en su vida.

Tabla 6

Niveles de bienestar psicológico según grado procedencia

Variable	Niveles	Procedencia					
		Costa		Sierra		Selva	
		n	%	n	%	n	%
Bienestar Psicológico	Bajo	2	40%	2	25%	15	31.9%
	Medio	2	40%	3	37.5%	18	38.3%
	Alto	1	20%	3	37.5%	14	29.8%
Autoaceptación	Bajo	3	60%	5	62.5%	20	42.6%
	Medio	1	20%	3	37.5%	16	34%
	Alto	1	20%	0	0.0%	11	23.4%
Relaciones Positivas	Bajo	0	0.0%	1	12.5%	14	29.8%
	Medio	3	60%	5	62.5%	22	46.8%
	Alto	2	40%	2	25%	11	23.4%
Autonomía	Bajo	3	60%	3	37.5%	20	42.6%
	Medio	0	0.0%	0	0.0%	17	36.2%
	Alto	2	40%	5	62.5%	10	21.3%
Dominio del Entorno	Bajo	2	40%	2	25%	14	29.8%
	Medio	3	60%	6	75%	33	70.2%
	Alto	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
Crecimiento Personal	Bajo	4	80%	5	62.5%	17	36.2%
	Medio	1	20%	1	12.5%	15	31.9%
	Alto	0	0.0%	2	25%	15	31.9%
Propósito de Vida	Bajo	2	40%	1	12.5%	15	31.9%
	Medio	2	40%	7	87.5%	28	59.6%
	Alto	1	20%	0	0.0%	4	8.5%
	Total	5	100%	8	100%	47	100%

En la tabla 7 se evidencia que el 43.6% de los participantes con grado de instrucción primaria presentaron un nivel alto de bienestar psicológico; mientras que el 64.3% de los participantes con grado de instrucción secundaria y el 100% de los participantes con grado de instrucción técnico ostentan un nivel medio de bienestar psicológico, de igual manera el 50% de los participantes con grado de instrucción superior destacan un nivel medio de bienestar psicológico. Esto revela que los pacientes del grado de instrucción primaria presentan una vida con más sentido de placer y con un mejor equilibrio emocional para enfrentarse a los factores o contextos psicosociales.

Al analizar las dimensiones, el 48.7% de los evaluados con grado de instrucción primaria y el 42.9% de los evaluados con grado de instrucción secundaria señalan un nivel

bajo de autoaceptación. Sin embargo, el 100% de los evaluados con grado de instrucción técnico tiene un nivel alto, y por último los pacientes con grado superior se evidencia que el 50% presentan un nivel bajo.

Se señala que el 56.4% de los evaluados con grado de instrucción primaria, el 35.7% de los evaluados con instrucción secundaria y el 50% de los evaluados con grado de instrucción superior muestran un nivel medio en la dimensión relaciones positivas, mientras que el 100% de los evaluados con grado de instrucción técnico se exhiben en un nivel alto.

Por otro lado, el 38.5% de los pacientes con grado de instrucción primaria y el 100% de los pacientes con grado de instrucción técnico presentan altos niveles de autonomía. Mientras que el 64.3% de los evaluados con grado de instrucción secundaria y el 50% de los evaluados con grado de instrucción superior ostentan niveles bajos.

Con respecto al 79.5% de los evaluados con grado de instrucción primaria y el 66.7% con grado de instrucción secundaria, igualmente el 50% de los evaluados con grado de superior presentan un nivel medio en la dimensión dominio del entorno. Sin embargo, el 100%, de los pacientes con grado de instrucción técnico poseen niveles bajos.

Por otro lado, se encontró que el 38.5% de los evaluados con grado de instrucción primaria y el 57.1% con grado de instrucción secundaria, del mismo modo el 100 % de los participantes con grado de instrucción técnico indicaron niveles bajos de crecimiento personal, también se presenta tres resultados similares donde el 33.3% de los evaluados con grado de instrucción superior revelaron niveles bajos, medio y alto. Por último, se encontró que el 61.5% de los pacientes con grado de instrucción primaria y el 64.3% con grado de instrucción secundaria, al mismo tiempo el 100 % de los pacientes con grado de instrucción técnico y por último el 50% de la población con grado de instrucción superior mostraron niveles medios en obtener propósitos en la vida.

Tabla 7

Niveles de bienestar psicológico según grado de instrucción

Variable	Niveles	Grado de Instrucción							
		Primaria		Secundaria		Técnico		Superior	
		n	%	n	%	n	%	n	%
Bienestar Psicológico	Bajo	12	30.8%	5	35.7%	0	0.0%	2	33.3%
	Medio	10	25.6%	9	64.3%	1	100%	3	50%
	Alto	17	43.6%	0	0.0%	0	0.0%	1	16.7%
Autoaceptación	Bajo	19	48.7%	6	42.9%	0	0.0%	3	50%
	Medio	12	30.8%	5	35.7%	0	0.0%	3	50%
	Alto	8	20.5%	3	21.4%	1	100%	0	0.0%
Relaciones Positivas	Bajo	11	28.2%	4	28.6%	0	0.0%	0	0.0%
	Medio	22	56.4%	5	35.7%	0	0.0%	3	50%
	Alto	6	15.4%	5	35.7%	1	100%	3	50%
Autonomía	Bajo	14	35.9%	9	64.3%	0	0.0%	3	50%
	Medio	10	25.6%	5	35.7%	0	0.0%	2	33.3%
	Alto	15	38.5%	0	0.0%	1	100%	1	16.7%
Dominio del Entorno	Bajo	8	20.5%	7	50%	1	100%	2	33.3%
	Medio	31	79.5%	7	50%	0	0.0%	4	66.7%
	Alto	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
Crecimiento Personal	Bajo	15	38.5%	8	57.1%	1	100%	2	33.3%
	Medio	10	25.6%	5	35.7%	0	0.0%	2	33.3%
	Alto	14	35.9%	1	7.1%	0	0.0%	2	33.3%
Propósito de Vida	Bajo	11	28.2%	5	35.7%	0	0.0%	2	33.3%
	Medio	24	61.5%	9	64.3%	1	100%	3	50%
	Alto	4	10.3%	0	0.0%	0	0.0%	1	16.7%
	Total	39	100%	14	100%	1	100%	6	100%

4.1.2. Análisis descriptivo de síntomas funcionales y sus dimensiones

4.1.2.1. Nivel de síntomas digestivos funcionales y sus dimensiones.

En la tabla 8 se observa que el 36.70% de los pacientes se ubican en un nivel bajo de síntomas digestivos funcionales. Sin embargo, el 43.30% de ellos ostentan un nivel intenso, de problemas esofágicos eso quiere decir que los síntomas con mayor prevalencia fueron, vinagreras, ardor estomacal y dificultad para ingerir alimentos acompañado de sensaciones de atascamiento. Por otra parte se obtuvo que el 36.7% de

los pacientes demostraron problemas gastroduodenales ubicándose en un nivel moderado, indicando presencia de síntomas como sensación de pesadez, ardor estomacal, y en ocasiones presencia de vómitos y náuseas acompañado de movimientos intestinales; de igual forma el 40% de los pacientes exhiben un nivel moderado de complicaciones intestinales, donde se figura los síntomas de hinchazón de estómago, ventosidades, insatisfacción al defecar acompañado de estreñimiento o diarrea.

Tabla 8

Niveles de síntomas digestivos funcionales y sus dimensiones

	Leve		Moderado		Intenso	
	n	%	n	%	n	%
Síntomas Digestivos	22	36.70%	20	33.3%	18	30%
Esofágicos	6	10%	28	26.7%	26	43.30%
Gastroduodenales	21	35%	22	36.7%	17	28.30%
Intestinales	19	31.7%	24	40%	17	28.30%

4.1.2.2. Nivel de síntomas digestivos funcionales y sus dimensiones según datos sociodemográficos.

Al realizar un análisis descriptivo en la tabla 9 referente a los problemas presentados según género se encontró que el 41.9% de los varones presentan un nivel intenso de síntomas digestivos funcionales, sin embargo el 51.7% de las mujeres ostentan un nivel leve, esto quiere decir que los varones presentan con mayor prevalencia los síntomas digestivos funcionales, los cuales fueron, vinagreras, ardor estomacal y dificultad para ingerir alimentos acompañado de sensaciones de atascamiento; también se encontró resultados similares donde el 48.4% del género masculino y el 44.8% de las mujeres tienen un nivel moderado e intenso de síntomas esofágicos.

Seguidamente se muestra dos resultados equivalentes en el cual el 38.7% de los pacientes de género masculino obtienen niveles medio y alto de problemas

gastroduodenales, mientras que el 48.3% del género femenino se ubican en un nivel intenso; todo esto revela que la población masculina presenta malestares como sensación de pesadez, ardor estomacal, en ocasiones presencia de vómitos y náuseas acompañado de movimientos intestinales. Finalmente se encontró que el 41.4% de las mujeres y el 38.7% de los varones obtuvieron un nivel moderado de síntomas gastrointestinales, lo cual significa que estos pacientes de ambos géneros presentan los malestares de hinchazón de estómago, ventosidades, insatisfacción al defecar acompañado de estreñimiento o diarrea.

Tabla 9

Niveles de síntomas digestivos funcionales según género

		Género			
		Masculino		Femenino	
		n	%	n	%
Síntomas Digestivos Funcionales	Leve	7	22.6%	15	51.7%
	Moderado	11	35.5%	9	31%
	Intenso	13	41.9%	5	17.2%
Esofágicos	Leve	3	9.7%	3	10.3%
	Moderado	15	48.4%	13	44.8%
	Intenso	13	41.9%	13	44.8%
Gastroduodenales	Leve	7	22.6%	14	48.3%
	Moderado	12	38.7%	10	34.5%
	Intenso	12	38.7%	5	17.2%
Intestinales	Leve	8	25.8%	11	37.9%
	Moderado	12	38.7%	12	41.4%

Según los datos encontrados en la tabla 10 se observa, que el 57.1% de los pacientes adulto joven muestran un nivel leve de síntomas digestivos funcionales, mientras que el 60% de los pacientes adulto intermedio y el 36.1% de los pacientes adulto mayor se sitúan en un nivel moderado.

Por otro lado, se encontró que el 50% del adulto joven y el 70% del adulto intermedio muestran niveles moderados de problemas esofágicos, a diferencia de los pacientes de la etapa adulto mayor presentaron niveles intensos evidenciando síntomas esofágicos como vinagreras, ardor, reflujo ácido, regreso de alimentos, dificultad para ingerir y a la vez

sensación de atascamientos.

Asimismo, se halló que el 50% de adulto joven y el 50% de adulto intermedio se ubican en un nivel moderado de complicaciones gastroduodenales, mientras que el 47.2 % de los participantes de adulto mayor presentaron leve sintomatología. Finalmente se encontró que el 60% de los participantes de adulto joven y el 38.9 % de adulto mayor presentaron niveles moderados de problemas intestinales, sin embargo, el 50% de los pacientes con etapa adulto joven ostentaron Síntomas leves.

Tabla 10

Niveles de síntomas digestivos funcionales según edad

		Edad					
		Adulto Joven (18-39)		Adulto Intermedio (40-50)		Adulto Mayor (51-65)	
		n	%	n	%	n	%
Síntomas Digestivos	Leve	8	57.1%	2	20%	12	33.3%
	Moderado	1	7.1%	6	60%	13	36.1%
	Intenso	5	35.7%	2	20%	11	30.6%
Esofágicos	Leve	1	7.1%	0	0.0%	5	13.9%
	Moderado	7	50%	7	70%	14	38.9%
	Intenso	6	42.9%	3	30%	17	47.2%
Gastroduodenales	Leve	2	14.3%	2	20%	17	47.2%
	Moderado	7	50%	5	50%	10	27.8%
	Intenso	5	35.7%	3	30%	9	25%
Intestinales	Leve	7	50%	2	20%	10	27.8%
	Moderado	4	28.6%	6	60%	14	38.9%
	Intenso	3	21.4%	2	20%	12	33.3%
Total		14	100%	10	100%	36	100%

Al observar la tabla 11 según lugar de procedencia, se encontró que el 50% de los pacientes procedentes de la sierra y el 40.4% de la selva, y el 40% de la costa presentaron niveles leves de síntomas digestivos funcionales. Por otro lado, se observó que el 62.5 % de los pacientes de la sierra y el 44.7% de la selva presentaron moderados problemas esofágicos, mientras que el 60 % de los pacientes provenientes de la costa evidenciaron niveles intensos.

Asimismo, se encontró que el 40.4 % de los pacientes procedentes de la selva presentaron leves problemas gastroduodenales, mientras que el 60% de los participantes de la costa ostentaron niveles moderados, sin embargo, el 50% de los pacientes procedentes de la sierra presentaron intenso malestar.

Finalmente se encontró que el 75% de los pacientes procedentes de la sierra se encontraron niveles moderados de problemas intestinales, mientras que el 40.4% de los pacientes de la costa y el 34% de los participantes de la selva evidenciaron tantos niveles leves y moderados.

Tabla 11

Niveles de síntomas digestivos funcionales según procedencia

		Procedencia					
		Costa		Sierra		Selva	
		n	%	n	%	n	%
Síntomas Digestivos Funcionales	Leve	2	40%	1	12.50%	19	40.40%
	Moderado	1	20%	4	50%	15	31.90%
	Intenso	2	40%	3	37.50%	13	27.70%
Esofágicos	Leve	0	0.00%	0	0.00%	6	12.80%
	Moderado	2	40%	5	62.50%	21	44.70%
	Intenso	3	60%	3	37.50%	20	42.60%
Gastroduode nales	Leve	1	20%	1	12.50%	19	40.40%
	Moderado	3	60%	3	37.50%	16	34%
	Intenso	1	20%	4	50%	12	25.50%
Intestinales	Leve	2	40%	1	12.50%	16	34%
	Moderado	2	40%	6	75%	16	34%
	Intenso	1	20%	1	12.50%	15	31.90%
Total		5	100%	8	100%	47	100%

Al analizar la tabla 12, se obtuvo que el 38.5% de los participantes con grado de instrucción primaria presentan un nivel moderado de síntomas digestivos funcionales, mientras que el 50% de los pacientes con grado de instrucción secundaria y superior presentan síntomas leves, asimismo el 100% de los pacientes con grado de instrucción técnico.

Por otro lado, se evidenció que el 100% de los participantes con grado de instrucción

técnico y el 50% con grado de instrucción secundaria presentan niveles intensos de problemas esofágicos, sin embargo, el 50% de los participantes con grado de instrucción superior y el 42.2% de los pacientes con grado de instrucción primaria ostentaron niveles moderados.

Al mismo tiempo se observó que el 50% de los pacientes con grado de instrucción superior y el 41% de los participantes con grado de instrucción primario presentaron niveles intensos de problemas intestinales, mientras que el 100% de la población con grado de instrucción técnico y el 42.9% de los pacientes con grado de instrucción secundaria demostraron sintomatología intestinal leve.

Tabla 12

Niveles de síntomas digestivos funcionales según grado de instrucción

		Grado de Instrucción							
		Primaria		Secundaria		Técnico		Superior	
		n	%	n	%	n	%	n	%
Síntomas digestivos	Leve	11	28.2%	7	50%	1	100%	3	50%
	Moderado	15	38.5%	3	21.4%	0	0.0%	2	33.3%
	Intenso	13	33.3%	4	28.6%	0	0.0%	1	16.7%
Esofágicos	Leve	5	12.8%	0	0.0%	0	0.0%	1	16.7%
	Moderado	18	46.2%	7	50%	0	0.0%	3	50%
	Intenso	16	41%	7	50%	1	100%	2	33.3%
Gastroduodenales	Leve	15	38.5%	4	28.6%	0	0.0%	2	33.3%
	Moderado	12	30.8%	8	57.1%	1	100%	1	16.7%
	Intenso	12	30.8%	2	14.3%	0	0.0%	3	50%
Intestinales	Leve	10	25.6%	6	42.9%	1	100%	2	33.3%
	Moderado	16	41%	5	35.7%	0	0.0%	3	50%
	Intenso	13	33.3%	3	21.4%	0	0.0%	1	16.7%
Total		39	100%	14	100%	1	100%	6	100%

4.1.3. Análisis de asociación entre variables bienestar psicológico y síntomas digestivos funcionales

En la tabla 13 se presenta el análisis utilizado, no es paramétrico y corresponde a la prueba Chi cuadrado x² ya que uno de los instrumentos utilizados es un cuestionario

elaborado por las investigadoras mediante criterio de jueces, especialistas en el área de gastroenterología, cuyos puntajes nos permiten obtener en niveles, asimismo está en un nivel de medición ordinal ya sea leve, moderado o intenso, esto permite tener un mejor análisis más preciso de acuerdo al nivel de medición de las variables.

Por lo tanto, según los resultados obtenidos se evidenció que no existe asociación significativa entre el bienestar psicológico y los síntomas digestivos funcionales de manera global, en los pacientes evaluados. Sin embargo, al analizar la asociación entre las dimensiones sí se observa asociación entre propósito de vida y síntomas esofágicos ($x^2=16,889$, $p= 002$), así mismo entre propósito de vida y síntomas gastroduodenales ($x^2=15,832$, $p= 003$), y a la vez dominio de entorno y síntomas gastroduodenales ($x^2=12,329$, $p= 002$), seguidamente también hay asociación entre dominio de entorno y la variable síntomas digestivos funcionales ($x^2=7,862$, $p= 020$).

Tabla 13

Resultados de la prueba de asociación a través de la Prueba Chi Cuadrado entre bienestar psicológico y síntomas digestivos funcionales.

Dimensiones	Esofágicos		Gastroduodenales		Intestinales		SDF	
	x^2	Sig.	x^2	Sig.	x^2	Sig.	x^2	Sig.
Bienestar general	9,089	,059	3,011	,556	4,757	,313	1,435	,838
Autoaceptación	9,372	,052	4,106	,392	1,562	,816	3,170	,530
Relaciones positivas	9,324	,053	5,905	,206	6,617	,158	7,736	,102
Autonomía	7,538	,110	6,583	1,60	1,369	,850	3,049	,550
Dominio entorno	1,061	,588	12,329	,002	,712	,700	7,862	,020
Crecimiento personal	5,131	,274	4,768	,312	6,201	,185	4,092	,394
Propósito vida	16,889	,002	15,832	,003	4,129	,389	9,219	,056

A continuación, se presenta las tablas cruzadas de la asociación significativa entre las dimensiones del bienestar psicológico con la variable síntomas digestivos funcionales y sus dimensiones.

En la tabla 14 se encontró que solo el 1.7% de los participantes presentaban niveles bajos en obtener propósitos en la vida, asimismo leves síntomas esofágicos, mientras que, el 31.7% de los evaluados indican un nivel medio, sin embargo, presentan intensos síntomas esofágicos, finalmente se encontró que el 5.0% de ellos se encuentran en niveles altos de tener propósitos en la vida, asimismo presentan leves problemas esofágicos.

Tabla 14

Análisis de asociación a través de la prueba χ^2 , entre la dimensión propósito de la vida y síntomas esofágicos.

	Nivel	Síntomas Esofágicos						Total	
		Leve		Moderado		Intenso		f	%
		f	%	F	%	F	%		
Propósito de vida	Bajo	1	1.7%	11	18.3%	6	10%	18	30%
	Medio	2	3.3%	16	26.7%	19	31.7%	37	61.7%
	Alto	3	5%	1	1.7%	1	1.7%	5	8.3%
	Total	6	10%	28	46.7%	26	43.3%	60	100%

En la tabla 15 se encontró que el 16.7% de los pacientes que refirieron bajos niveles en propósitos en la vida, evidenciaron leves síntomas gastroduodenales, mientras que el 26.7% de los pacientes se ubicaron en un nivel medio, manifestaron los mismos síntomas de manera intensa; finalmente se halló que el 6.7% de ellos se ubicaron en un nivel alto de propósitos en la vida presentaron leves problemas gastroduodenales.

Tabla 15

Resultados de la prueba χ^2 entre la asociación de la dimensión propósito de la vida y síntomas gastroduodenales.

	Nivel	Síntomas Gastroduodenales						Total	
		Leve		Moderado		Intenso		f	%
		F	%	f	%	f	%		
Propósito de Vida	Bajo	10	16.7%	7	11.7%	1	1.7%	18	30%
	Medio	7	11.7%	14	23.3%	16	26.7%	37	61.7%
	Alto	4	6.7%	1	1.7%	0	0.0%	5	8.3%
	Total	21	35%	22	36.7%	17	28.3%	60	100%

En la tabla 16 se halló que, el 18,3% de los participantes mostraron niveles bajos en obtener un buen dominio del entorno, evidenciando leves síntomas gastroduodenales, mientras que el 28.3% de ellos se ubicaron en un nivel medio, ostentando los mismos problemas gastroduodenales de manera intensa.

Tabla 16

Resultados de la prueba χ^2 entre la asociación de la dimensión dominio de entorno y síntomas gastroduodenales.

	Nivel	Síntomas Gastroduodenales							
		Leve		Moderado		Intenso		Total	
		F	%	f	%	f	%	f	%
Dominio	Bajo	11	18.3%	7	11.7%	0	0.0%	18	30%
Entorno	Medio	10	16.7%	15	25%	17	28.3%	42	70%
	Total	21	35%	22	36.7%	17	28.3%	60	100%

En la tabla 17 se encontró que, solo el 16.7% de los contribuyentes muestran niveles bajos en obtener un adecuado dominio del entorno, y asimismo síntomas digestivos funcionales leves, sin embargo, el 28.3% de los contribuyentes tienen un nivel medio, revelaron intensos síntomas digestivos funcionales.

Tabla 17

Resultados de la prueba χ^2 entre la asociación de la dimensión dominio de entorno y la variable síntomas digestivos funcionales.

	Nivel	Síntomas digestivos funcionales							
		Leve		Moderado		Intenso		Total	
		F	%	f	%	f	%	f	%
Dominio	Bajo	10	16.7%	7	11.7%	1	1.7%	18	30%
Entorno	Medio	12	20%	13	21.7%	17	28.3%	42	70%
	Total	22	36.7%	20	33.3%	18	30%	60	100%

4.1.4. Prueba de normalidad

Con el objetivo de realizar los análisis comparativos y discrepar las hipótesis planteadas, se procedió a realizar primero la prueba de normalidad de ajuste para determinar si las variables presentan una distribución normal. De esta manera la tabla 18 presenta los resultados de la prueba de normalidad de ajuste de Kolmogorov-Smirnov (K-S), evidenciándose que las variables dependencia emocional y estrategias de afrontamiento no presentan una distribución normal, puesto que el coeficiente alcanzado (K-S) es significativo ($p < 0.05$). Razón por la cual para los análisis estadísticos correspondientes se utilizará estadística no paramétrica (Chi Cuadrado χ^2).

Tabla 18

Prueba de normalidad de ajuste a la curva normal para las variables de estudio.

Instrumentos	Variabes	Media	D.E	K-S	P
Bienestar Psicológico	Autoaceptación	8,48	2,361	,202	,000 ^c
	Relaciones positivas	11,57	1,640	,146	,003 ^c
	Autonomía	14,03	3,003	,184	,000 ^c
	Dominio entorno	9,55	1,651	,207	,000 ^c
	Crecimiento personal	20,00	3,003	,181	,000 ^c
	Propósito vida	10,33	2,006	,134	,009 ^c
Síntomas funcionales digestivos	SDF global	52,82	6,657	,167	,000 ^c

4.1.5. Análisis de correlación de las variables

En la tabla 18 se presenta el análisis utilizado, no es paramétrico y corresponde a la prueba Chi Cuadrado χ^2 ya que uno de los instrumentos utilizados es un cuestionario elaborado por las investigadoras mediante jueces especialistas en el área de gastroenterología, cuyos puntajes nos permiten obtener en niveles, asimismo está en un nivel de medición ordinal ya sea leve, moderado o intenso, esto permite tener un mejor análisis más preciso de acuerdo al nivel de medición de las variables. Por lo tanto, según los resultados obtenidos se evidenció que no existe asociación significativa entre el

bienestar psicológico y los síntomas digestivos funcionales de manera global, en los pacientes evaluados. Sin embargo, al analizar la asociación entre las dimensiones sí se observa asociación entre propósito de vida y síntomas esofágicos ($\chi^2=16,889$, $p= 002$), así mismo entre propósito de vida y síntomas gastroduodenales ($\chi^2=15,832$, $p= 003$), y a la vez dominio de entorno y síntomas gastroduodenales ($\chi^2=12,329$, $p= 002$), seguidamente también hay asociación entre dominio de entorno y la variable síntomas digestivos funcionales ($\chi^2=7,862$, $p= 020$).

Tabla 19

Resultados de la prueba de asociación a través de la prueba chi cuadrado entre bienestar psicológicos y síntomas digestivos funcionales.

Dimensiones	Esofágicos		Gastroduodenales		Intestinales		SDF	
	χ^2	Sig.	χ^2	Sig.	χ^2	Sig.	χ^2	Sig.
Bienestar general	9,089	,059	3,011	,556	4,757	,313	1,435	,838
Autoaceptación	9,372	,052	4,106	,392	1,562	,816	3,170	,530
Relaciones positivas	9,324	,053	5,905	,206	6,617	,158	7,736	,102
Autonomía	7,538	,110	6,583	1,60	1,369	,850	3,049	,550
Dominio entorno	1,061	,588	12,329	,002	,712	,700	7,862	,020
Crecimiento personal	5,131	,274	4,768	,312	6,201	,185	4,092	,394
Propósito vida	16,889	,002	15,832	,003	4,129	,389	9,219	,056

4.2. Discusión

Los resultados indicaron que no existe asociación directa entre dichas variables de estudio, de manera general, sin embargo; si se halló asociación significativa entre algunas dimensiones de bienestar psicológico con la variable síntomas digestivos funcionales y sus dimensiones en los pacientes del hospital II-2 de Tarapoto 2018.

Al analizar los resultados específicos, no se encontró asociación significativa entre la dimensión autoaceptación y síntomas digestivos funcionales ($\chi^2 = 3,170$; $p = ,530$). Es posible, que a pesar de su complejidad, los mecanismos que usan en su defensa los

pacientes para contrastar los síntomas son aún más fuertes, por lo que diversos estudios tratan de explicar la relación entre factores moduladores entre ellos se encontraron la vulnerabilidad, afrontamiento, control, fortaleza personal, apoyo social y autoestima; por lo tanto se puede apreciar en este estudio que uno de los factores que intervino en la asociación es el autoestima ya que se refiere a la percepción positiva que tiene el sujeto de sí mismo, al nivel de aceptación o el sentimiento positivo de amor propio, de manera que puedan percibir los acontecimientos como menos estresantes aceptando la enfermedad encontrándose mucho más aptos para afrontarlos adecuadamente (Láigan y García, 2017).

Respecto a la segunda hipótesis específica, se evidenció que no existe asociación significativa entre relaciones positivas y síntomas digestivos funcionales ($\chi^2 = 7,736$; $p = ,102$); estos resultados demostraron que probablemente los pacientes de la presente investigación tomaron a la ligera los problemas que influyen de manera negativa en su ambiente cotidiano, de tal forma que su actitud y la capacidad de manejar dichas variables independientemente lograron que no exista asociación con los problemas digestivos funcionales.

Igualmente, al analizar la tercera hipótesis no se encontró asociación significativa entre autonomía y síntomas digestivos funcionales ($\chi^2 = 3,049$; $p = ,550$), se entiende que la autonomía personal implica poder tomar las decisiones que pueden o no afectar en la vida personal, por ende, se puede decir que posiblemente los integrantes de este estudio, mostraron la capacidad para el manejo de los mismos, puede ser que exista independencia en el manejo de ambas variables.

Sin embargo, en la cuarta hipótesis se demuestra asociación significativa entre dominio entorno y síntomas digestivos funcionales ($\chi^2 = 7,862$; $p = ,020$), es decir que los problemas que percibieron o vivenciaron del entorno no fueron favorables para los participantes de este estudio, porque demostraron malestar de síntomas digestivos

funcionales, como también de gastroduodenales ($\chi^2 = 12,329$; $p = ,002$), puede ser el caso por el que se halló asociación, ya que la población que se encontró con presencia de altos niveles de problemas gástricos fueron los procedentes de la costa; donde probablemente al intercambiar costumbres y al mismo tiempo estar lejos de su familia y seres queridos les fue complicado durante su adaptación en la región San Martín, especialmente en la ciudad de Tarapoto; otra de las razones que posiblemente influyeron para la asociación es que la mayoría de los participantes de este estudio fueron de edad adulta en este sentido se apoyó este resultado en criterios de otros autores (Mella et al. 2004; Molina y Meléndez, 2006; Prieto et al.2005), donde indican que uno de los desafíos más significativos en la vida del ser humano es el desafío de adaptarse a los diversos cambios que la sociedad constantemente ofrece y al aumento de expectativas sobre las comodidades que se desea vivir, por lo tanto esto puede ser bueno como sinónimo de aspiración pero no es el caso para la edad adulta, ya que el aumento en la expectativa de vida implica el desafío de adaptarse a los diversos cambios propios de la edad avanzada y enfrentar experiencias de pérdidas y amenazas al bienestar personal entre tales experiencias se encuentran la viudez, la jubilación, cambios de residencia, menor participación en la sociedad y mayor vulnerabilidad ante acontecimientos inesperados (Rioseco, Quezada, Ducci & Torres, 2008). Las experiencias que el individuo adquiere a lo largo de su vida pueden hacer que el adulto mayor se sienta realizado o en el otro extremo desesperanzado y marginado del resto. Si bien los estereotipos peyorativos de la vejez aún persisten, han ido disminuyendo en los últimos años para privilegiar una concepción más positiva del envejecimiento exitoso (citado por Vivaldi y Barra 2012).

Por otro lado, al observar los resultados de la quinta hipótesis no se encontró asociación entre crecimiento personal y síntomas digestivos funcionales ($\chi^2 = 4,092$; $p = ,394$), eso intenta explicar que probablemente, las complicaciones que los síntomas se presentaron en

los pacientes no perjudicaron el deseo de superación y de realizar sus actividades que les son placenteras como señala los autores (García y Navarro, 2017).

Finalmente, al observar la sexta hipótesis no se halló asociación significativa entre propósitos de vida y síntomas digestivos funcionales ($\chi^2 = 9,219$; $p = ,056$), es decir probablemente los pacientes de esta investigación manejaron sus emociones independientemente de dichas variables.

Sin embargo se halló asociación con la dimensión esofágicos ($\chi^2 = 16,889$; $p = ,002$), ya que posiblemente los problemas que mostraron los pacientes respecto a los pensamientos acerca de su futuro de una u otra manera pudieron influir para la presencia de problemas esofágicos y estos problemas esofágicos y estos problemas son los que comúnmente se escuchan en consulta gastroenterológica, como menciona el autor Arancibia et al. (2009) en su investigación análisis de calidad de vida en pacientes gastrectomizados por cáncer gástrico en la cual encontró que el cáncer gástrico en Chile es el cáncer más frecuente según los registros de defunción en el país, siendo en los varones, con una tasa de 25,3 por 100.000 habitantes, y el segundo lugar según los registros de defunción en el en la mujer, con una tasa de 13,8 por 100.000 país.

Capítulo V

Conclusiones y recomendaciones

5.1. Conclusiones

Respecto al objetivo general, se encontró que el bienestar psicológico no tiene asociación significativa con los síntomas digestivos funcionales en pacientes que acuden al servicio de gastroenterología del hospital II-2 Tarapoto, 2018. Esto explica que posiblemente los participantes de esta investigación manejaron de forma independiente.

Respecto a los objetivos específicos donde se halló asociación significativa, se encontró que el 28,3 % de los pacientes que se encuentran en un nivel medio respecto a la capacidad de manejar de forma efectiva el medio y la propia vida, haciendo referencia a la habilidad personal y crear entornos favorables (dominio entorno), mostraron intensos problemas gastroduodenales. Asimismo, se halló en el sexto objetivo específico, que el 31% de las personas que se encuentran en un nivel medio respecto a la visión que tienen de objetivos claros y metas realistas basadas en experiencias vitales pasadas y futuras (propósitos vida), presentaron intensos problemas esofágicos; y el 26,7% también evidenciaron intensos problemas gastroduodenales.

Según Tarraga (2004), hace mención en la revista Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia en un artículo titulado trastornos funcionales digestivos: una visión desde la atención primaria; dónde señala que los TFD son una combinación variable de síntomas gastrointestinales persistentes o recidivantes no explicables por anomalías estructurales o metabólicas; por lo que es difícil para muchos médicos de la salud brindar un diagnóstico exacto, quienes suelen confundirlo con otros trastornos y en cierta medida la

incomprensión se debe a que a lo largo de la historia los médicos han sido formados para que partir de síntomas clínicos observables y anomalías fisiológicas o anatómicas palpables se diagnostique enfermedades orgánicas; de tal manera que en el caso de los TFD esto resulta casi imposible ya que incluso usando el avance de la ciencia como es el uso de endoscopias viene s cierto facilita la visión de este fenómeno pero el 40% de los pacientes a los que se les practica esta exploración no se encuentra ningún hallazgo patológico, entonces es allí donde se genera frustración en los pacientes cuando s eles dice la típica frase fatídica “usted no tiene nada” y es complicado hacerle entender que los síntomas que presentan están en su mente, por lo tanto allí está el trabajo de los médicos en el área de salud mental o física saber o tener un paralelismo entre los conocimientos orgánicos y fisiológicos y todo esto pueden generar altos costes económicos en su tratamiento por lo que en un estudio sueco de reciente publicación cifraba en 48 millones de dólares para una población de 8 millones de habitantes.

En tal sentido es de gran importancia tener presente dicha aportación por este autor ya que es una realidad que se ve todos los días y los Trastornos Funcionales Digestivos son uno de los problemas que más se ve en las atenciones primarias.

Por lo tanto se concluye tomando en cuenta el aporte que hace Ryff en su teoría multidimensional y multidisciplinario que el bienestar psicológico del individuo es una parte eminentemente fundamental, en la que deber ser valorado desde la presencia de las condiciones materiales y espirituales de la vida imprescindibles para facilitar el desarrollo psicobiológico y socio-espiritual que los criterios determinan para cada lugar y época, hasta el grado de satisfacción personal de cada individuo con las condiciones de vida que ha alcanzado, y que por supuesto repercutan de manera positiva la salud física (Aponte, 2015).

5.2. Recomendaciones

Se propone seguir realizando investigaciones de síntomas digestivos funcionales con otras variables psicológicas, por ejemplo, importancia de la red de apoyo social como ayuda psicoterapéutica entre otras variables.

También se recomienda que se realice cuestionarios para medir los niveles de sintomatología de problemas gastrointestinales, de tal manera que al realizar investigaciones como tal no exista inconvenientes.

Se recomienda extender el tamaño de la muestra para que se obtenga una mayor comprensión y generalización de los resultados, ya que nuestra investigación de estudio fue con insuficiente población.

Asimismo, se recomienda seguir mejorando el cuestionario de síntomas digestivos funcionales.

Replicar la investigación en otras instituciones para obtener mayor variabilidad en los resultados, de tal manera que se tenga más información para investigaciones posteriores.

Se recomienda realizar investigaciones de este tipo con las variables autoestima, resiliencia o apoyo social y síntomas digestivos funcionales.

Se recomienda a la Institución incentivar a los pacientes a participar en programas de ayuda psicoterapéutica para mejorar los niveles de bienestar psicológico y prevenir presencia de altos niveles de síntomas digestivos funcionales, u otras enfermedades de tal forma que al momento de confrontar alguna enfermedad física no exista daños significativos ya que es muy importante obtener una salud integral.

En futuras investigaciones, realizar estudios comparativos con pacientes de diferentes hospitales o clínicas, o también variables sociodemográficas para observar las posibles diferencias, de tal forma se tenga mayor claridad y precisión en los resultados como beneficio para investigaciones siguientes.

Referencias

- Alonso, L., Murcia, G., Murcia, J., Herrera, D., Gómez, D., Comas, M & Ariza, P. (2007). Autoestima y relaciones interpersonales en jóvenes estudiantes de primer semestre de la división Salud de la Universidad del Norte, Barraquilla – Colombia. *Revista Científica Salud Uninorte*, 23(1), 32-42. Recuperado de <http://www.redalyc.org/pdf/817/81723105.pdf>
- Aponte, V. (2015). Calidad de vida en la tercera edad. *Revista Ajayu*, 13(2), 152-182. Recuperado de: http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2077-21612015000200003&fbclid=IwAR0LODIWQDZZsfaCslu0aVPYHEzDiyYm9AEj1Vc24uVkVnKgf5PbdQtMdjI.
- Arancibia, H., Carvajal, C., Bustamante, M., Justiniano, J., Talhouk, O., Guler, K., López, I., Núñez, J., & Medina, S. (2009). Análisis de calidad de vida en pacientes gastrectomizados por cáncer gástrico. *Revista Médica de Chile*, 137(4), 481-486. Recuperado de: <http://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872009000400005>.
- Barra Almagiá, E., Soto Quevedo, O., & Schmidt Díaz, K. (2013) Personalidad y bienestar psicológico en universitarios chilenos. *Revista de Psicología*, 9(17), 7-18. Recuperado de: <http://bibliotecadigital.uca.edu.ar/greenstone/cgi-bin/library.cgi?a=d&c=Revistas&d=personalidad-bienestar-psicologico-estudio>.
- Barrantes, K., Ureña, P. (2015). Bienestar psicológico y bienestar subjetivo en estudiantes universitarios costarricenses. *Revista Intercontinental de Psicología y Educación*, 17(1), 101-123. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=80242935006>.
- Betancourt, Medina.A., & Cachay Mendez. J. (2017). *Caracterización epidemiológica de la población que acude a la consulta externa de gastroenterología en la Clínica Médica Cayetano Heredia entre el 01 de junio 2014 al 31 de julio 2015* (Tesis para optar por el grado académico de bachiller en medicina). Universidad Cayetano Heredia. Perú. Recuperado de: <http://repositorio.upch.edu.pe/handle/upch/820>.
- Blesa Baviera LC. (2017). Trastornos digestivos funcionales pediátricos. Criterios Roma IV. *Revista Curso de Actualización Pediatría* 3 (0), 99-114. Recuperado de https://www.aepap.org/sites/default/files/099-114_criterios_roma_iv.pdf

- Castro, A. (2009). El bienestar psicológico: cuatro décadas de progreso. *Revista Interuniversitaria de Formación del Profesorado*, 23(3), 43-72. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=27419066004>.
- Cortés, C., Cardona, D., Segura, A., & Garzón, M. (2012). Factores físicos y mentales asociados con la capacidad funcional del adulto mayor, Antioquia, Colombia. *Revista de salud pública*, 18(2), 179. Recuperado de: <http://dx.doi.org/10.15446/rsap.v18n2.49237>.
- Curioso, W; Donaires, N; Bacilio, C; Ganoza, C y León, R. (2002). Prevalencia y asociación de la dispepsia y el síndrome de intestino irritable en una comunidad de la Selva Peruana. *Revista Gastroenterol Perú*, 22(2),129-40. Recuperado de: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1022-51292002000200003
- Daza, W., Dadán, S., Higuera, M. (2017). Perfil de las enfermedades gastrointestinales en un centro de gastroenterología pediátrica en Colombia: 15 años de seguimiento. *Revista del Instituto Nacional de Salud* 37(3), 315-323. doi: [org/10.7705/biomédica.v34i2.3313](https://doi.org/10.7705/biomédica.v34i2.3313)
- Díaz, D., Rodríguez Carvajal, R., Blanco, A., Moreno Jiménez, B., Gallardo, I., Valle, C., & Van Dierendonck, D. (2006). Adaptación española de las escalas de bienestar psicológico de Ryff. *Psicothema* 18(03), 572-577. Recuperado de: <http://www.psicothema.com/psicothema.asp?id=3255>.
- Díaz-Rubio, E. y Peña, E. (2011). *Guía de manejo de los trastornos digestivos funcionales en atención primaria*. (10th ed.). Madrid: McGraw-Hill. Recuperado de: https://www.researchgate.net/publication/298067811_Guia_de_manejo_de_los_trastornos_funcionales_digestivos
- Díaz, R. (2002). Trastornos funcionales digestivos, ¿un problema exclusivo de sociedades occidentales?. *Revista Anales de Medicina Interna*, 19(1), 1-2. Recuperado de: <http://scielo.isciii.es/pdf/ami/v19n1/editorial.pdf>
- Díaz, Quispe, M., & Sánchez, Ceopa, M. (2017). *Bienestar psicológico en los internos por delito de Violación sexual y tráfico ilícito de drogas del Establecimiento Penitenciario Pampas de Sananguillo de Tarapoto* (Tesis Inédita de Licenciatura). Universidad Peruana Unión. Perú. Recuperado de: <http://repositorio.upeu.edu.pe/handle/UPEU/1309>.
- Dierendonck, V., Díaz, D., Rodríguez, R., Blanco, A., Moreno, B. (2007). *Ryff's six-factor*

- Model of Psychological Well-being, A Spanish Exploration*, (2008) 87:473–479. doi 10.1007/s11205-007-9174-7.
- Dhroove, G., Saps, M., García, C. Leyva, A., Rodríguez, L., Velasco, C. (2017). Prevalencia de trastornos gastrointestinales funcionales en escolares mexicanos. *Revista de Gastroenterología de México*, 82(1), 13-18. Recuperado de: <https://doi.org/10.1016/j.rgmx.2016.05.003>. Enciclopedia salud (2016). Recuperado de: <http://www.encyclopediasalud.com/definiciones/bienestar>.
- Escurra, L. (1998). Cuantificación de la validez de contenido por criterio de jueces. *Revista de Psicología de la Pontificia Universidad Católica del Perú*, 6 (2), 103-109.
- Galeano, R. (2017). Bienestar psicológico y estrategias de afrontamiento en funcionarios de una Institución Educativa. *Revista de Investigación en Ciencias Sociales y Humanidades*, 4(2), 31-38. Recuperado de: <http://scielo.iics.una.py/pdf/academo/v4n2/2414-8938-academo-4-02-00031.pdf>.
- García, V; & González, I. (2000). La categoría bienestar psicológico: Su relación con otras categorías sociales. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 16(6), 586-592. Recuperado de: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252000000600010&lng=es&tlng=es.
- García, L. & Navarro, V. (2017). Factores moduladores de resiliencia en pacientes diagnosticadas con cáncer de mama. *Revista Finlay*, 7(4). 250-29. Recuperado de: <http://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=77122>
- González, R., Montoya, I., Casullo, M., & Bernabeu, J. (2002). Relación entre estilos y estrategias de afrontamiento y bienestar psicológico en adolescentes. *Revista Psicothema*, 14(2), 363-368. Recuperado de: <http://www.psycothema.com/psycothema.asp?id=733>
- Gómez, P. (2017). *Trastornos funcionales digestivos. Criterios roma IV*. (Postgrado 1er año clínica médica). Recuperado de: <https://docplayer.es/76311301-Trastornos-funcionales-digestivos-criterios-roma-iv.html>
- Guzmán, R. (2011) Trastorno por somatización: su abordaje en Atención Primaria. *Revista clínica de medicina de familia*, 4 (3), 234-243. doi: [org/10.4321/S1699-695X2011000300009](https://doi.org/10.4321/S1699-695X2011000300009)
- Hernández, R., Fernández, C., & Baptista, P. (2010). *Metodología de la Investigación*. México: McGraw-Hill. Recuperado de: [https://www.esup.edu.pe/descargas/dep_investigacion/Metodologia%20de%20la%](https://www.esup.edu.pe/descargas/dep_investigacion/Metodologia%20de%20la%20)

20inve stigaci%C3%B3n%20ta%20Edici%C3%B3n.pdf.

- Huamán, A. (2017). *Bienestar psicológico y actividad física en docentes de una universidad privada de Lima Este*. (Tesis para licenciatura). Universidad Peruana Unión, Perú. Recuperado de: <http://repositorio.upeu.edu.pe/handle/UPEU/405>.
- Lánigan, M. & García, E. (2017). Niveles de autoestima en pacientes con diagnóstico de lupus eritematoso sistémico. *Revista Cuba Reumatol* 19(1). Recuperado de: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1817-59962017000100001
- Lemos, M; y Londoño, N. (2006). Construcción y validación del cuestionario de dependencia emocional en población Colombiana. *Acta Colombiana de Psicología*, 9(2), 127-140. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=79890212>
- Mamani Quispe, B. (2018). *Bienestar psicológico, satisfacción familiar y espiritualidad en estudiantes de una universidad privada de Lima Este* (tesis para licenciatura). Universidad Peruana Unión. Perú. Recuperado de: <http://repositorio.upeu.edu.pe/handle/UPEU/1013>.
- Martín, V.X. (2016). *Bienestar subjetivo, bienestar psicológico y significación vital en personas en situación de desempleo*. (10th ed.). España: McGraw-Hill. Recuperado de: <https://riull.ull.es/xmlui/bitstream/handle/915/3815/BIENESTAR%20SUBJETIVO%20Y%20BIENESTAR%20PSICOLOGICO%20Y%20SIGNIFICACION%20VITAL%20EN%20PERSONAS%20EN%20SITUACION%20DE%20DESEMPLEO.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Mearin, F., Ciriza, C., Mínguez, M., Rey, E., Mascort, J., Peña, E., Cañones, P., Júdez, J. (2017). Guía de práctica clínica: síndrome del intestino irritable con estreñimiento y estreñimiento funcional en adultos: concepto, diagnóstico y continuidad asistencial. *Revista Medicina de Familia - SEMERGEN*, 43(1), 1-76. doi: 10.1016/j.semerg.2016.06.009
- Mella, R., González, L., Appolonio, J., Maldonado, I., Fuenzalida, S., & Díaz, A. (2004) Factores Asociados al Bienestar Subjetivo en el Adulto Mayor. *Revista PSYKHE*, 13(1), 79-89. Recuperado de: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-22282004000100007&fbclid=IwAR3UF-b_s7k-Eebbz-mFKo35kEwAl3CitEYhQv4F7ceYQTMxQv125leCcQ.
- Meneses, M., Ruiz, S., & Sepúlveda, M. (2016). *Revisión de las principales teorías de*

- bienestar psicológico* (Tesis para obtener el título de psicólogo). Universidad de Antioquia, Colombia. Recuperado de: <https://es.scribd.com/document/367380632/TFG-Revision-Principales-Teorias-Bienestar-Psicologico-2016>.
- Molina, C., & Meléndez, J. (2006). Bienestar psicológico en envejecientes de la República Dominicana. *Revista Geriátrika*, 22(3), 97-105. Recuperado de: <https://www.uv.es/melendez/envejecimiento/bienestar.pdf>
- Monreal, C., Marco, M., & Amador, L. (2001). Etapas y consideraciones para el aprendizaje. *Revista Eúphoros*, 3(7), 97-112. Recuperado de: <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/1183063.pdf>
- González, M., Landero, R. y García-Campayo, J. (2009). Relación entre la depresión, la ansiedad y los síntomas psicósomáticos en una muestra de estudiantes universitarios del norte de México. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 25(2), 141-5. Recuperado de: <https://www.scielosp.org/pdf/rpsp/2009.v25n2/141-145/es>
- Nelissen, L., Koppen, I., Follett, F., Boggio, C., Saps, M., Garzon, K., Benninga, M. (2018). Prevalencia de los trastornos funcionales digestivos entre los adolescentes de Buenos Aires, Argentina. *Revista de Gastroenterología de México*, 83(4), 367-374. Recuperado de: <https://doi.10.1016/j.rgmxen.2018.06.011>.
- Prieto, M., Fernández, G., Rojo, F., Lardiés, R., Rodríguez, V., Ahmed, K., & Rojo, J. (2005). Factores sociodemográficos y de salud en el bienestar emocional como dominio de calidad de vida de las personas mayores en la Comunidad de Madrid. *Revista Española de Salud Pública*, 82(3), 301-313. Recuperado de: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-57272008000300006
- Real Academia Española. (2001). Diccionario de la lengua española (22.a ed.). Recuperado de: http://buscon.rae.es/draeI/SrvltConsulta?TIPO_BUS=3&LEMA=disquisici%F3n.
- Rioseco, R., Quezada, M., Ducci, M., & Torres, M. (2008). Cambio en las redes sociales de adultos mayores beneficiarios de programas de vivienda social en Chile. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 23(3) 147-153. Recuperado de: <http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/7727/a01v23n3.pdf?sequence=1>
- RomeIIDiagnosticcriteria, disponible en URL: http://www.romecriteria.org/assets/pdf/19_RomeIII_
- Romero, A., Brustad, R., & García, A. (2007). Bienestar psicológico y su uso en la psicología del ejercicio, la actividad física y el deporte. *Revista Iberoamericana de*

- Psicología del Ejercicio y el Deporte*, 2(2), 31-52. Recuperado de: https://www.researchgate.net/publication/277273351_Bienestar_psicologico_y_su_uso_e_n_la_psicologia_del_ejercicio_la_actividad_fisica_y_el_deporte
- Rodríguez, A. (2011). Guía de manejo de los trastornos funcionales digestivos. Guía de manejo de los trastornos digestivos funcionales en atención primaria. (10th ed.). Madrid: McGraw-Hill. Recuperado de: https://www.researchgate.net/publication/298067811_Guia_de_manejo_de_los_trastornos_funcionales_digestivos
- Ryan, R., y Deci, E. (2000). La Teoría de la Autodeterminación y la Facilitación de la Motivación Intrínseca, el Desarrollo Social, y el Bienestar. *American Psychological Association*, 55(1), 68-78. doi: 10.1037/110003-066X.55.1.68.
- Ryff, C. & Keyes, C. (1995). *The structure of psychological well-being revisited. Journal of personality and social psychology*, 69(4), 719 - 727. Recuperado de: <http://midus.wisc.edu/findings/pdfs/830.pdf>
- Ryff, C. (1989) Escala de bienestar psicológico. La estructura psicológica de bienestar. *Revisado en diario de la personalidad y la psicología social*, 5 (69), 769-727.
- Ryff, C. (1989). *Happiness is everything, or is it? Explorations on the meaning of psychological well-being. Journal of personality and social psychology*, 57(6), 1069 - 1081. Recuperado de: <http://dx.doi.org/10.1037/0022-3514.57.6.1069>
- Samanez Cabrera, A., & Alva Villavicencio, S. (2016). *Bienestar psicológico y asertividad en estudiantes de secundaria de una institución educativa privada de Lima este* (Tesis para licenciatura). Universidad Peruana Unión. Perú. Recuperado de: <http://repositorio.upeu.edu.pe/handle/UPEU/121>.
- Samanez Cabrera, A., & Alva Villavicencio, S. (2016). *Bienestar psicológico y asertividad en estudiantes de secundaria de una institución educativa privada de Lima este* (Tesis para licenciatura). Universidad Peruana Unión. Perú. Recuperado de: <http://repositorio.upeu.edu.pe/handle/UPEU/121>
- Sebastián Domingo, J.J. (2017). Los nuevos criterios de Roma (IV) de los trastornos funcionales digestivos en la práctica clínica. *Revista Medicina Clínica*, 148(10), 464-468. doi: 10.1016/j.medcli.2016.12.020
- Seligman, M. (2002). *Positive Psychology, positive prevention and positive therapy*. New York, NY. Oxford University Press.
- Seligman, M. (2002). Positive Psychology, positive prevention and positive therapy. En

- C.R. Snyder & S.J. López (Eds.). *Handbook of positive psychology* (pp.3-9). New York, NY: Oxford University Press.
- Seligman, M. (2003). Positive psychology: Fundamental assumptions. *American Psychologist*, 126-127. Recuperado de: [http://scholar.google.com.pe/scholar?q=Seligman,+M.+\(2003\).+%E2%80%9CPositive+psychology.pdf&hl=es&as_sdt=0&as_vis=1&oi=scholart](http://scholar.google.com.pe/scholar?q=Seligman,+M.+(2003).+%E2%80%9CPositive+psychology.pdf&hl=es&as_sdt=0&as_vis=1&oi=scholart).
- Seligman, M. (2003). *La auténtica felicidad*. Barcelona, España: Vergara. Recuperado de: https://books.google.com.pe/books?hl=es&lr=&id=wA4JDgAAQBAJ&oi=fnd&pg=PT4&ots=xYJZQhcd2&sig=jNR_jZkQ0JPAC0N72CRI6MDJfPw&redir_esc=y#v=onepage&q&f=false.
- Tarraga, P. (2004). Trastornos funcionales digestivos: una visión desde la Atención Primaria. *Revista Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia*, 5 (4), 78-83. Recuperado de: https://www.researchgate.net/publication/242691929_Trastornos_funcionales_digestivos_una_vision_desde_la_Atencion Primaria.
- Ticona, Mamani. L., & Flores Chipana. M. (2017). *Bienestar psicológico y capacidad de perdonar en estudiantes de una universidad privada de Lima Este* (Tesis para licenciatura). Universidad Peruana Unión. Perú. Recuperado de: <http://repositorio.upeu.edu.pe/handle/UPEU/418>.
- Torres, M., Quezada, M., Rioseco, R., Ducci, M. (2008). Calidad de vida de adultos mayores pobres de viviendas básicas: Estudio comparativo mediante uso de WHOQoL-BREF. *Revista Médica de Chile*, 136 (3), 325-333. doi: [org/10.4067/S0034-98872008000300007](https://doi.org/10.4067/S0034-98872008000300007)
- Valdivia, J; Chana, T; & del Barco, A. (2011). Calidad de vida en pacientes con trastornos funcionales intestinales. *Revista Médica la Paz*, 16(1), 26-31. Recuperado de: http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-89582010000100005
- Vega, O, & González, D. (2009). Apoyo social: elemento clave en el afrontamiento de la enfermedad crónica. *Revista Enfermería Global*, 6 (16). Recuperado de: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412009000200021
- Vinaccia, S., Quiceno, J.M., Medina, A., Castañeda, B. y Castelblanco, C. (2014). Calidad de vida, resiliencia, percepción y conducta de enfermedad en pacientes con

- diagnóstico de dispepsia funcional. *Acta Colombiana de Psicología*, 17(1), 61-70.
doi: 10.14718/ACP.2014.17.1.7
- Vivaldi, V., Barra, E. (2012). Bienestar Psicológico, Apoyo Social Percibido y Percepción de Salud en Adultos Mayores. *Revista Terapia psicológica*, 30(2), 23-29.
Recuperado de: <http://dx.doi.org/10.4067/S0718-48082012000200002>.
- White, E. (1875). *Mente, carácter y personalidad tomo II*. Argentina: Asociación Casa Editora Sudamericana.
- White, E. (2007). *Mente Carácter y Personalidad 2 (Vol. 2)*. Argentina: Editorial Asociación Casa Editora Sudamericana.
- Zablah, C., Velasco, B., Merlos, I., Bonilla, S., Saps, M. (2015). Prevalencia de trastornos funcionales gastrointestinales en niños en edad escolar en el Salvador. *Revista de Gastroenterología de México*, 80(3), 186-191. Recuperado de: <https://doi.org/10.1016/j.rgmx.2015.03.008>.
- Zolezzi A. (2007). Las enfermedades funcionales gastrointestinales y Roma III, *Revista Gastroenterol*, 27: 177-184. Recuperado de: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1022-51292007000200007
- Zuñiga, Padilla. M. (2018). *Autoconcepto y bienestar psicológico en estudiantes de una Universidad Privada de Lima-Este* (Tesis de título profesional). Universidad Peruana Unión. Perú. Recuperado de: <http://repositorio.upeu.edu.pe/handle/UPEU/1001>

ANEXOS

Anexo 1

Propiedades psicométricas de la Escala Bienestar Psicológico

La fiabilidad global de Escala Bienestar Psicológico y sus dimensiones se valoró calculando el índice de la consistencia interna mediante el coeficiente Alpha de Cronbach. En la tabla 1 se observa que la consistencia interna global de la Escala (39 ítems) en la muestra estudiada es de .683 que es valorado como indicador de que si existe fiabilidad. Asimismo, se puede percibir los puntajes de fiabilidad en las dimensiones las cuales son aceptables.

Tabla 1

Índice de consistencia interna mediante el Alpha de Cronbach

Dimensiones	Alfa de Crombach	Nº de ítems
Autoaceptación	.578	6
Relaciones Positivas	.427	6
Autonomía	.783	8
Dominio del Entorno	.625	6
Crecimiento Personal	.728	7
Propósito en la Vida	.704	6
Bienestar Psicológico	.683	39

Anexo 2

Propiedades psicométricas del Cuestionario Síntomas Digestivos Funcionales

La fiabilidad global del cuestionario y sus dimensiones se valoró calculando el índice de la consistencia interna mediante el coeficiente Alpha de Cronbach. En la tabla 2 se observa que la consistencia interna global del cuestionario (32 ítems) en la muestra estudiada es de .878 que es valorado como un alto indicador de que si existe fiabilidad. Asimismo, se puede percibir los puntajes de fiabilidad en las dimensiones las cuales son aceptables.

Tabla 2

Índice de consistencia interna mediante el Alpha de Cronbach

Dimensiones	Alfa de Cronbach	Nº de ítems
Esofágicos	.654	5
Gastroduodenales	.785	8
Intestinales	.908	19
SDF	.878	32

Anexo 3

Protocolo de la Escala de Bienestar Psicológico

ESCALA DE BIENESTAR PSICOLÓGICO

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

Religión: 1. Adventista () 2. Católico () 3. Testigo de Jehová () 4. Evangélico () 5. Otros_

Estado civil: 1. Soltero () 2. Conviviente () 3. Casado () 4. Divorciado () 5. Viudo ()

Vivo con: 1. Mamá () 2. Papá () 3. Ambos () 4. Esposa () 5. Esposo () 6. Hijos/as ()
7. Sólo () 8. Otros ()

Procedencia: _____ **Región:** 1. Costa () 2. Sierra () 3. Selva ()

Grado de Instrucción: 1. Primaria () 2. Secundaria () 3. Técnico () 4. Superior ()

Le pedimos que lea con atención las frases siguientes. Marque su respuesta en cada una de ellas sobre la base de lo que pensó y sintió durante el último mes. Las alternativas de respuesta son: **ESTOY TOTALMENTE EN DESACUERDO – ESTOY DE ACUERDO – ESTOY NI DE ACUERDO NI EN DESACUERDO – ESTOY EN DESACUERDO – ESTOY TOTALMENTE EN DESACUERDO.** No hay respuestas buenas o malas: todas sirven. No deje frases sin responder. Marque su respuesta con una cruz (X) en uno de los cinco espacios.

		1	2	3	4	5
N°	Pregunta	Estoy Totalmente en desacuerdo	Estoy en desacuerdo	Estoy ni de acuerdo ni en desacuerdo	Estoy de acuerdo	Estoy totalmente de acuerdo
01	Cuando repaso la historia de mi vida estoy contento de cómo han resultado las cosas.					
02	A menudo me siento solo porque tengo pocos amigos íntimos con quienes compartir mis preocupaciones.					
03	No tengo miedo de expresar mis opiniones, incluso cuando son opuestas a las opiniones de la mayoría de la gente.					
04	Me preocupa cómo otra gente evalúa las elecciones que he hecho en mi vida					
05	Me resulta difícil dirigir mi vida hacia un camino que me satisfaga.					
06	Disfruto haciendo planes para el futuro y trabajar para hacerlos realidad.					
07	En general, me siento seguro y positivo conmigo mismo.					
08	No tengo muchas personas que quieran escucharme cuando necesito hablar.					
09	Tiendo a preocuparme sobre lo que otra gente piensa de mí.					
10	Me juzgo por lo que yo creo que es importante, no por los valores que otros piensan que son importantes.					
11	He sido capaz de construir un hogar y un modo de vida a mi gusto.					
12	Soy una persona activa al realizar los proyectos que propuse para mí mismo.					
13	Si tuviera la oportunidad, hay muchas cosas de mí mismo que cambiaría.					

14	Siento que mis amistades me aportan muchas cosas.					
15	En general, siento que soy responsable de la situación en la que vivo.					
16	En general, siento que soy responsable de la situación en la que vivo.					
17	Me siento bien cuando pienso en lo que he hecho en el pasado y lo que espero hacer en el futuro.					
18	Mis objetivos en la vida han sido más una fuente de satisfacción que de frustración para mí.					
19	Me gusta la mayor parte de los aspectos de mi personalidad.					
20	Me parece que la mayor parte de las personas tienen más amigos que yo.					
21	Tengo confianza en mis opiniones incluso si son contrarias al consenso general.					
22	Las demandas de la vida diaria a menudo me deprimen.					
23	Tengo clara la dirección y el objetivo de mi vida.					
24	En general, con el tiempo siento que sigo aprendiendo más sobre mí mismo.					
25	En muchos aspectos, me siento decepcionado de mis logros en la vida.					
26	No he experimentado muchas relaciones cercanas y de confianza.					
27	Es difícil para mí expresar mis propias opiniones en asuntos polémicos.					
28	Soy bastante bueno manejando muchas de mis responsabilidades en la vida diaria.					
29	No tengo claro qué es lo que intento conseguir en la vida.					
30	Hace mucho tiempo que dejé de intentar hacer grandes mejoras o cambios en mi vida.					
31	En su mayor parte, me siento orgulloso de quien soy y la vida que llevo.					
32	Sé que puedo confiar en mis amigos, y ellos saben que pueden confiar en mí.					
33	A menudo cambio mis decisiones si mis amigos o mi familia están en desacuerdo.					
34	No quiero intentar nuevas formas de hacer las cosas; mi vida está bien como está.					
35	Pienso que es importante tener nuevas experiencias que desafíen lo que uno piensa sobre sí mismo y sobre el mundo.					
36	Cuando pienso en ello, realmente con los años no he mejorado mucho como persona.					
37	Tengo la sensación de que con el tiempo me he desarrollado mucho como persona.					
38	Para mí, la vida ha sido un proceso continuo de estudio, cambio y crecimiento.					
39	Si me sintiera infeliz con mi situación de vida daría los pasos más eficaces para cambiarla.					

Anexo 4

Protocolo del Cuestionario de Síntomas Digestivos Funcionales

CUESTIONARIO DE SINTOMAS DIGESTIVOS FUNCIONALES

Sexo: Masculino () Femenino () Edad : _____

Religión: Adventista () Católico () Evangélico () Otros: _____

Estado civil: Soltero () Casado () Viudo () Divorciado () Conviviente ()

Vive con: Mamá () Papá () Ambos () Cónyuge () Hijos/as ()
Sólo () Otros ()

Procedencia: Costa () Sierra () Selva ()

Grado de Instrucción: Primaria () Secundaria () Técnico () Superior ()

INSTRUCCIÓN:

Le pedimos que lea con atención las siguientes preguntas. Marque su respuesta en cada una de ellas sobre la base de lo que pensó y sintió durante los últimos 15 días. Las alternativas de respuesta son: SI / NO. No hay respuestas buenas o malas: todas sirven. No deje preguntas sin responder. Marque su respuesta con una cruz (x) en uno de los dos espacios.

Nº	ÍTEMS	SÍ	NO
1	¿Ha tenido vinagreras o sensación de ardor que sube de la boca del estómago hacia el pecho?		
2	¿Tuvo sensación de amargura desde el estómago hacia la garganta?		
3	¿Ha presentado molestias como el regreso de los alimentos desde el estómago hacia la garganta?		
4	¿Tiene dificultad para ingerir alimentos sólidos o líquidos?		
5	¿Con frecuencia tiene una sensación de atascamientos en la garganta al momento de ingerir alimentos sólidos o líquidos?		
6	¿Ha presentado sensación de llenura o pesadez en la boca del estómago después de comer?		
7	¿Ha tenido ardor de estómago o quemazón en el pecho?		
8	¿Ha presentado dolor o ardor cuando tiene el estómago vacío, y que calman al comer?		
9	¿Ha presentado dolor o malestar en la parte alta del abdomen o en la boca del estómago?		

10	¿Ha tenido tres o más eructos después de las comidas?		
11	¿Ha tenido tres o más eructos sin haber comido?		
12	¿Ha presentado náuseas o ganas de vomitar?		
13	¿Ha tenido vómitos de alimentos, jugo ácido o amargo?		
14	¿Ha sentido movimientos intestinales?		
15	¿Ha tenido hinchazón del estómago?		
16	¿Ha tenido la necesidad de "tirarse pedos" una sensación de alivio?		
17	¿Sufre con frecuencia sensación de vientre hinchado?		
18	¿Sufre habitualmente dolor abdominal?		
19	¿Ha tenido la sensación de no haber expulsado sus deposiciones completamente, a pesar de haberse esforzado?		
20	¿Su dolor o sus molestias desaparecen después de haber expulsados sus deposiciones?		
21	Cuando las molestias o el dolor empiezan, ¿Tiene algún cambio en su número habitual en la expulsión de sus deposiciones?		
22	¿Cuándo las molestias o el dolor empiezan, sus deposiciones son más blandas de lo habitual?		
23	¿Cuándo las molestias o el dolor empiezan, sus deposiciones son más duras de lo habitual?		
24	¿Ha sentido retortijones durante la expulsión de sus deposiciones?		
25	¿La textura de sus deposiciones es dura?		
26	¿Ha realizado menos de tres deposiciones por semana?		
27	¿Ha presentado necesidad de apretar alrededor del ano o de la vagina para tratar de sacar sus deposiciones completamente?		
28	¿Tuvo diarrea o aumento excesivo en la frecuencia de las deposiciones?		
29	¿Ha realizado más de tres deposiciones al día?		
30	¿Sus heces son blandas?		
31	¿Sus heces son pastosas?		
32	¿Sus heces son líquidas?		

Anexo 5

Calificación de Jueces para la Validación Acuerdo

La validez de contenido se consiguió mediante el criterio de expertos. El grupo de jueces estuvo conformado por: Especialistas de gastroenterología de diferentes centros hospitalares y clínicas de la ciudad de Tarapoto.

Según Escurra (1998) los reactivos cuyos valores sean mayores o iguales a 0.80 se consideran válidos para el test. Tomando en cuenta su estudio se procedió a calcular los coeficientes mediante el método de índice de acuerdo para la escala. En la tabla 4 se observa que los ítems no muestran coeficientes por debajo de 0.80, lo cual muestra el consenso que existe para la inclusión de los ítems, pues tienen relación con el constructo de síntomas digestivos funcionales, las palabras son usuales para nuestro contexto y evalúa las dimensiones del instrumento; por lo tanto, se considera que el cuestionario de síntomas digestivos funcionales cumple con los criterios de validez.

Tabla 4

Análisis de validez del Cuestionario de Síntomas Digestivos Funcionales

Cuestionario	IA
Relación entre ítems y constructo	1
Los ítems miden las variables de estudio	1
El instrumento persigue los fines del objetivo general	1
El instrumento persigue los fines de los objetivos específicos	1
Las ideas planteadas son representativas del tema	1
Hay claridad de los ítems	1
Las preguntas responden a un orden lógico	1
El número de ítems por dimensiones es el adecuado	1
El número de ítems por indicador es el adecuado	1
La secuencia planteada es adecuada	1
Las preguntas deben ser reformuladas	1
Debe considerar otros ítems	1
Jueces: 4	1

Anexo 6

Carta de Autorización de la Institución



DECENIO DE LA IGUALDAD Y OPORTUNIDAD PARA MUJERES Y HOMBRES
"Año del Diálogo y la Reconciliación Nacional"



AUTORIZACION PARA DESARROLLO DE PROYECTO DE TESIS

EL Director del Hospital II-2-Tarapoto; autoriza a:

**MERLY AYDEE RAMÍREZ IRENE
MIRIAN DELGADO BUSTAMANTE**

Estudiantes de la Universidad Peruana Unión Filial Tarapoto, Facultad de Ciencias de la Salud de la carrera de Psicología; para ejecutar su Proyecto de Tesis, denominado:

BIENESTAR PSICOLÓGICO Y SINTOMAS DIGESTIVOS FUNCIONALES, EN PACIENTES QUE ACUDEN AL SERVICIO DE GASTROENTEROLOGÍA DEL HOSPITAL II-2 TARAPOTO, 2018.



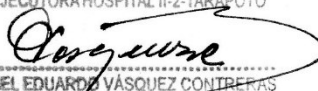
Este documento tendrá validez, por el plazo de tres (3) meses a partir de su expedición, debiendo brindarle las facilidades para el cumplimiento de su proyecto de tesis.

Asimismo, las estudiantes deberán presentar copia de su Tesis culminada y aprobada a la Oficina de Capacitación y Apoyo a la Docencia e Investigación; la cual pasará al archivo de la Biblioteca del Hospital.



Tarapoto, 02 de noviembre del 2018.

GOBIERNO REGIONAL SAN MARTIN
UNIDAD EJECUTORA HOSPITAL II-2-TARAPOTO


M.C. MANUEL EDUARDO VÁSQUEZ CONTRERAS
DIRECTOR

VºBº de RR.HH.
VºBº de Capacitación
Firma del Director

HOSPITAL TARAPOTO Jr. Angel Delgado Morey N°503
Tarapoto - San Martín
Telf: (042) - 520012

Anexo 7

Matriz de consistencia

Problema	Objetivos	Hipótesis	Variables Marco teórico	Metodología
<p>Problema general</p> <p>¿Existe relación significativa entre bienestar psicológico y trastornos digestivos funcionales en los pacientes del hospital II - Tarapoto, 2018?</p>	<p>Objetivo general</p> <p>Determinar si existe relación significativa entre bienestar psicológico y síntomas digestivos funcionales en los pacientes del hospital II -Tarapoto, 2018.</p>	<p>Hipótesis general</p> <p>Sí existe relación significativa entre bienestar psicológico y trastornos síntomas digestivos funcionales en los pacientes del hospital II- Tarapoto, 2018.</p>	<p>Variable criterio</p> <p>Bienestar psicológico</p> <p>Variable predictora</p> <p>Trastornos síntomas digestivos funcionales.</p>	<p>Diseño:</p> <p>No Experimental</p>
<p>Problemas específico</p> <p>¿Existe relación significativa entre la autoaceptación y síntomas digestivos funcionales en los pacientes del hospital II -Tarapoto, 2018?</p>	<p>Objetivos específico</p> <p>Determinar si existe relación significativa entre la autoaceptación y síntomas digestivos funcionales en los pacientes del hospital II - Tarapoto, 2018.</p>	<p>Hipótesis específicas</p> <p>Si existe relación significativa entre la autoaceptación y trastornos síntomas funcionales en los pacientes del hospital II - Tarapoto, 2018.</p>	<p>Dimensiones</p> <p>Autoaceptación.</p>	<p>Tipo:</p> <p>Correlacional</p>
<p>¿Existe relación significativa entre relaciones positivas y síntomas digestivos funcionales en los pacientes del hospital II -Tarapoto, 2018?</p>	<p>Determinar si existe relación significativa entre relaciones positivas y síntomas digestivos funcionales en los pacientes del hospital II -Tarapoto, 2018.</p>	<p>Si existe relación significativa entre relaciones positivas y síntomas digestivos funcionales en los pacientes del hospital II - Tarapoto, 2018.</p>	<p>Relaciones positivas.</p>	<p>Corte:</p> <p>Transversal</p>
<p>¿Existe relación significativa entre autonomía y síntomas digestivos funcionales en los pacientes del hospital II -Tarapoto, 2018?</p>	<p>Determinar si existe relación significativa entre la autonomía y trastornos síntomas funcionales en los pacientes del hospital II - Tarapoto, 2018.</p>	<p>Si existe relación significativa entre la autonomía y trastornos síntomas funcionales en los pacientes del hospital II - Tarapoto, 2018.</p>	<p>Autonomía.</p>	

¿Existe relación significativa entre el dominio del entorno y síntomas digestivos funcionales en los pacientes del hospital II - Tarapoto, 2018?

Determinar si existe relación significativa entre el dominio del entorno y síntomas digestivos funcionales en los pacientes del hospital II -Tarapoto, 2018.

Si existe relación significativa entre el dominio del entorno y síntomas digestivos funcionales en los pacientes del hospital II - Tarapoto, 2018.

Dominio del entorno.

¿Existe relación significativa entre el crecimiento personal y trastornos síntomas funcionales en los pacientes del hospital II - Tarapoto, 2018?

Determinar si existe relación significativa entre el crecimiento personal y síntomas digestivos funcionales en los pacientes del hospital II -Tarapoto, 2018.

Si existe relación significativa entre el crecimiento personal y síntomas digestivos funcionales en los pacientes del hospital II - Tarapoto, 2018.

Crecimiento personal.

¿Existe relación significativa entre el propósito en la vida y síntomas digestivos funcionales en los pacientes del hospital II - Tarapoto, 2018?

Determinar si existe relación significativa entre el propósito en la vida y síntomas digestivos funcionales en los pacientes del hospital II -Tarapoto, 2018.

Si existe relación significativa entre el propósito en la vida y síntomas digestivos funcionales en los pacientes del hospital II - Tarapoto, 2018.

Propósito en la vida.
