

**UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS**  
**FACULTAD DE MEDICINA**  
**UNIDAD DE POSGRADO**  
**PROGRAMA DE SEGUNDA ESPECIALIZACIÓN EN ENFERMERÍA**

**Factores emocionales que intervienen en la  
somatización de la enfermedad de los pacientes  
asmáticos que asisten al servicio de emergencia del  
Hospital 2 de Mayo 2016**

**TRABAJO DE INVESTIGACIÓN**

Para optar el Título de Especialista en Enfermería en Emergencias  
y Desastres

**AUTOR**

Lissett Ivonne REQUENA RAYGADA

**ASESOR**

Juana Elena DURAND BARRETO

Lima - Perú

2017

**FACTORES EMOCIONALES QUE INTERVIENEN EN LA  
SOMATIZACIÓN DE LA ENFERMEDAD DE LOS  
PACIENTES ASMÁTICOS QUE ASISTEN AL  
SERVICIO DE EMERGENCIA DEL  
HOSPITAL 2 DE MAYO 2016**

*A Dios Padre Celestial*

*Con amor y bendiciones, ilumíname; para cumplir mi más grande anhelo de ser Especialista, fortaleciendo mis conocimientos, mi mente, mi espíritu y para llevarte siempre conmigo. Que cada día guíes mis pasos, permitiéndome llevar un mensaje de amor y confianza a todos aquellos que estarán bajo mi cuidado.*

*Al Ángel más bello y puro que DIOS nos ha dado, mi hijo, mi madre, mi padre, mi esposo, quienes con su nobleza, amor incondicional, dedicación, esfuerzo, ternura; me sirvieron siempre de guía brindándome su apoyo en todo momento para el logro de mis objetivos.*

*Agradezco a todos los pacientes que asisten al servicio de Emergencia en el Hospital por su valiosa colaboración en la culminación del trabajo de investigación.*

## INDICE

	<b>Pág.</b>
Índice de Gráficos	5
Resumen	6
Presentación	8
<b>CAPITULO I. INTRODUCCION</b>	
1.1. Situación problemática	11
1.2. Formulación del Problema	12
1.3. Justificación e importancia	12
1.4. Objetivos	13
1.5. Propósito	14
<b>CAPITULO II. MARCO TEORICO</b>	
2.1. Antecedentes	15
2.2. Base Teórica	19
2.3. Definición operacional de términos	44
<b>CAPÍTULO III. METODOLOGIA</b>	
3.1. Tipo y diseño de la investigación	45
3.2. Lugar de estudio	45
3.3. Población de estudio	46
3.4. Muestra y Muestreo	46
3.5. Criterios de selección	46
3.6. Técnica e Instrumento de recolección de datos	47
3.7. Proceso de análisis e interpretación de la información	48
3.8. Consideraciones Éticas	49
<b>CAPÍTULO IV. RESULTADOS Y DISCUSIÓN</b>	
4.1. Resultados	50
4.2. Discusión	54
<b>CAPÍTULO V. CONCLUSIONES, RECOMENDACIONES Y LIMITACIONES</b>	
5.1. Conclusiones	58
5.2. Recomendaciones	59
5.3. Limitaciones	60
<b>REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS</b>	61
<b>ANEXOS</b>	

## INDICE DE GRAFICOS

GRÁFICO N°		Pág.
1	Factores Emocionales que intervienen en la somatización de la enfermedad de los pacientes asmáticos que asisten al servicio de emergencia en el Hospital 2 de Mayo. 2016 Lima – Perú. 2017	51
2	Factores Emocionales que intervienen en la somatización de la enfermedad según edad en pacientes asmáticos que asisten al servicio de emergencia en el Hospital 2 de Mayo. 2016 Lima – Perú. 2017	52
3	Factores Emocionales que intervienen en la somatización de la enfermedad según sexo en pacientes asmáticos que asisten al servicio de emergencia en el Hospital 2 de Mayo. 2016 Lima – Perú 2017	53

## RESUMEN

**AUTOR : REQUENA RAYGADA LISSETT IVONNE**

**ASESOR : JUANA ELENA DURAND BARRETO**

El **Objetivo** fue determinar los factores emocionales que intervienen en la somatización de la enfermedad de los pacientes asmáticos que asisten al servicio de emergencia de un Hospital Nacional 2016. **Material y Método.** El estudio fue de nivel aplicativo, tipo cuantitativo, método descriptivo de corte transversal. La población estuvo conformada por 44 pacientes. La técnica utilizada fue la encuesta y el instrumento el Inventario de Síntomas SCL-90-R de L. Derogatis - María Martina Casullo. Marcelo Pérez.(2008) aplicado previo consentimiento informado. **Resultados.** Del 100% (44); en la dimensión somatización, 77% (34) está libre de síntomas, 18% (8) está en riesgo y 5% (2) están en riesgo; en la dimensión obsesiones y compulsiones, 82% (36) están libre de síntomas, 13% (6) en riesgo y 5% (2) están dramatizando; en la dimensión sensibilidad interpersonal, 82% (36) están libre de síntomas, 13% (6) están en riesgo y 5% (2) están dramatizando; en la dimensión depresión, 86% (38) están libre de síntomas, 9% (4) están en riesgo y 5% (2) están dramatizando; en la dimensión ansiedad, 84% (37) están libre de síntomas, 14% (6) están en riesgo y 2% (1) están dramatizando; en la dimensión hostilidad, el 86% (38) están libre de síntomas, 9% (4) están en riesgo y 5% (2) están dramatizando; en la dimensión ansiedad fóbica, 68% (30) están libre de síntomas, 27% (12) están en riesgo y 5% (2) están dramatizando; en la dimensión ideación paranoide, 84% (37) están libre de síntomas, 14% (6) están en riesgo y 2% (1) están dramatizando; en la dimensión psicoticismo, 84% (37) están libre de síntomas, 11% (5) están en riesgo y 5% (2) están dramatizando. **Conclusiones.** La mayoría de los pacientes está libre de síntomas en la dimensión obsesiones y compulsiones, sensibilidad interpersonal y depresión; seguido por un menor porcentaje que está en riesgo en la dimensión ansiedad fóbica, ideación paranoide y psicoticismo; y un mínimo porcentaje están dramatizando en las dimensiones: somatización, hostilidad e ideación paranoide. Los adultos maduros presentan un mayor porcentaje en dramatización, en riesgo y libre de síntomas; y en cuanto al sexo se indican mayores valores para las mujeres.

**PALABRAS CLAVES:** Factores emocionales, Somatización de la enfermedad, Pacientes asmáticos.

## SUMMARY

**AUTHOR : REQUENA RAYGADA LISSETT IVONNE**

**ADVISER: DURAND BARRETO JUANA ELENA**

The objective was to determine the emotional factors that intervene in the somatization of the disease of the asthmatic patients that attend the emergency service of a National Hospital 2016. Material and Method. The study was of application level, quantitative type, descriptive cross-sectional method. The population consisted of 44 patients. The technique used was the survey and the instrument the Inventory of Symptoms SCL-90-R from L. Derogatis - María Martina Casullo. Marcelo Pérez (2008) applied prior informed consent. Results. 100% (44); In the somatization dimension, 77% (34) is free of symptoms, 18% (8) is at risk and 5% (2) are at risk; In the dimension of obsessions and compulsions, 82% (36) are free of symptoms, 13% (6) are at risk and 5% (2) are dramatizing; In the interpersonal sensitivity dimension, 82% (36) are free of symptoms, 13% (6) are at risk and 5% (2) are dramatizing; In the depression dimension, 86% (38) are free of symptoms, 9% (4) are at risk and 5% (2) are dramatizing; In the anxiety dimension, 84% (37) are symptom free, 14% (6) are at risk and 2% (1) are dramatizing; In the hostility dimension, 86% (38) are free of symptoms, 9% (4) are at risk and 5% (2) are dramatizing; In the phobic anxiety dimension, 68% (30) are free of symptoms, 27% (12) are at risk and 5% (2) are dramatizing; In the paranoid ideation dimension, 84% (37) are free of symptoms, 14% (6) are at risk and 2% (1) are dramatizing; In the psychotic dimension, 84% (37) are free of symptoms, 11% (5) are at risk and 5% (2) are dramatizing. Conclusions. The majority of patients are symptom free in the dimension obsessions and compulsions, interpersonal sensitivity and depression; Followed by a lower percentage that is at risk in the dimension phobic anxiety, paranoid ideation and psychoticism; And a minimum percentage are dramatizing in the dimensions: somatization, hostility and paranoid ideation. Mature adults have a higher percentage in dramatization, at risk and free of symptoms; And in terms of sex, higher values are indicated for women.

**KEY WORDS:** Emotional factors, Somatization of the disease, Asthmatic patients.

## **PRESENTACIÓN**

En países desarrollados, el asma es la enfermedad crónica más común en adultos y niños; en el mundo se reportan 200 millones de casos. Según los datos publicados por la Organización Mundial de la Salud (OMS), se estima que a escala mundial la enfermedad podría estar afectando entre 100 y 150 millones de personas y ocasionar una mortalidad directa anual a 2 millones de personas (1).

El Ministerio de Salud, a través de la Estrategia Sanitaria Nacional de Prevención y Control de Daños No Transmisibles, señala o reporta que Perú tiene la más alta incidencia de casos de asma en Latinoamérica. Por tal motivo una de sus principales prioridades en estos momentos es controlar y prevenir esta enfermedad (2.)

Algunos estudios realizados por la Comisión Europea de Salud Respiratoria demostraron que hay relación entre los síntomas respiratorios y el estado psicológico de los pacientes. En 1966 algunos investigadores afirmaban: “La influencia psicológica juega una parte importante en cada asmático y a menudo puede ser el principal responsable; aunque no inicia el asma, al menos la mantiene. Además la presencia de diversos grados de ansiedad, sensación de frustración, discordia frecuente y una atmósfera de tensión en el hogar, pueden ser la base de la tensión en el bronquio. El tratamiento no es probablemente satisfactorio a menos que esta influencia sea reconocida y al paciente se le maneje con comprensión, tacto, firmeza y tratar que desahogue las dificultades tanto como sea posible” A través de los años, el asma se ha considerado una enfermedad psicósomática clásica. En Perú existen estudios de niños asmáticos; sin embargo, hay escasa información de pacientes asmáticos adultos.



El asma es una de las principales enfermedades crónicas en el Perú, además es el motivo de consulta más frecuente en los servicios de emergencia, razón por la cual ha sido y es objeto de múltiples estudios. Existen estudios que sugieren que algunos factores juegan un papel preponderante en los pacientes con asma, siendo una de las principales, la ansiedad y la depresión. Los síntomas físicos y las quejas son comunes en pacientes, así también los trastornos de somatización representan el extremo más grave en donde los síntomas físicos, no se pueden explicar médicamente, se asocian con un estrés significativo y un deterioro funcional. El término somatización se ha utilizado descriptivamente para hacer referencia a la experiencia de síntomas físicos cuando la evaluación médica no revela una enfermedad explicativa o un proceso patofisiológico suficiente que explique los síntomas o el impacto en el individuo.

El presente estudio titulado “Factores emocionales que intervienen en la somatización de la enfermedad de los pacientes asmáticos que asisten al servicio de emergencia de un Hospital Nacional 2016”, tuvo como objetivo determinar los factores emocionales que intervienen en la somatización de la enfermedad de los pacientes asmáticos. Con el propósito de proporcionar información actualizada a las autoridades de la institución, jefe del servicio de emergencia y al personal de enfermería a fin de que a partir de la reflexión de los hallazgos le permita diseñar estrategias educativas destinados a orientar al paciente y familia sobre los signos y síntomas de complicación que puede presentar en forma repentina el paciente, contribuyendo a disminuir el riesgo a complicaciones y mejorar la calidad de vida del paciente que acude al servicio de emergencia.

El estudio consta de; Capítulo I. Introducción, que contiene la situación problemática, formulación del problema, justificación, objetivos y propósito. Capítulo II. Marco Teórico, que expone los antecedentes, base teórica, y definición operacional de términos. Capítulo III. Metodología, que incluye el tipo, nivel y diseño de la investigación, lugar del estudio, población de estudio, muestra y muestreo, criterios de selección, técnica e instrumento de recolección de datos, proceso de análisis e interpretación de la información y consideraciones éticas. Capítulo IV. Resultados y discusión. Capítulo V. Conclusiones, limitaciones y recomendaciones. Finalmente se presenta las referencias bibliográficas y anexos.

## **CAPÍTULO I**

### **INTRODUCCION**

#### **1.1 SITUACIÓN PROBLEMÁTICA**

Al Servicio de Emergencias a menudo acuden pacientes con afecciones somáticas que no obedecen a una causa orgánica definida, denominada comúnmente como enfermedades psicosomáticas que aparecen con diversas reacciones emocionales tales como ansiedad, ira o angustia. Al respecto Josep María Farré, explica que: "las emociones positivas nos generan sensación de alegría y de refuerzo, nos hacen fuertes. Las negativas nos debilitan", es decir existe una somática positiva, con una respuesta orgánica que mejora nuestra salud general (3), similar a la sensación que se siente cuando un individuo se encuentra motivado por un trabajo o disfruta de una buena comida lo que hace que se estimule la zona del cerebro, el circuito placer-recompensa, haciendo que se libere un neurotransmisor, la dopamina, que genera esa sensación positiva que se traduce en un bienestar general, similar al que se produce cuando somos amables, aunque cuando la situación que vivimos sea en principio negativo y estresante. Por lo que ante la adversidad, si mostramos una actitud positiva también se obtiene una respuesta social positiva (4).

Sin embargo cuando en el entorno se provoca emociones negativas, la activación de nuestro cerebro cambia, se libera en exceso otro tipo de neurotransmisores, como la noradrenalina o la serotonina que pueden acabar alterando el equilibrio de nuestro cuerpo y provocar respuestas

negativas ya que "si no se resuelve la situación de emergencia o se afronta, la dolencia se cronifica" (5).

La forma en que se viven las emociones depende, en buena parte, de la personalidad. Las personas extremadamente competitivas, con poca empatía, los hipocondríacos o quienes no exteriorizan sus sentimientos tienen más posibilidades de acabar dando salida a su malestar a través de alguna dolencia, aun cuando niegan que el origen de su dolencia sea psicológico, constituyendo eso es un problema" (6).

En el servicio de emergencias de un Hospital Nacional se ha observado gran afluencia de pacientes asmáticos, que al interactuar manifestaban: "No sé qué me pasa..... tengo miedo de ahogarme y morir, me da mucha angustia y me preocupa que no me pueda aliviar, me desespera no poder respirar bien,....."de un momento a otro me da la crisis y no sé porque....a veces estoy preocupada y otros estoy tranquilo...y me da...no sé qué pensar..", entre otras expresiones.

## **1.2 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA**

Por lo expuesto se creyó conveniente realizar un estudio sobre:

¿Cuáles son los factores emocionales que intervienen en la somatización de la enfermedad de los pacientes asmáticos que ingresan al servicio de emergencia del Hospital 2 de Mayo 2016?

## **1.3 JUSTIFICACIÓN**

Dado el incremento de los casos de crisis asmáticas en estos últimos años es importante tener en cuenta como los factores emocionales

constituyen un obstáculo en el diagnóstico y tratamiento del asma siendo necesario que el profesional considere tres posibles patrones: el impacto de las emociones negativas en pacientes asmáticos relativamente normales, la existencia de síntomas respiratorios funcionales o bien la presencia de asma asociada a un problema somático. Por lo que la enfermera que labora en los servicios de emergencia debe identificar las reacciones emocionales que experimenta el paciente a fin de que pueda intervenir en el control de complicaciones y contribuir a mejorar la calidad de vida del paciente.

## **1.4 OBJETIVOS**

### **1.4.1 Objetivo General**

- Determinar los factores emocionales que intervienen en la somatización de la enfermedad de los pacientes asmáticos que asisten al servicio de emergencia del Hospital 2 de Mayo 2016.

### **1.4.2 Objetivos Específicos**

- Identificar los factores emocionales que intervienen en la somatización de la enfermedad según edad de los pacientes asmáticos que asisten al servicio de emergencia del Hospital 2 de Mayo 2016.
- Identificar los factores emocionales que intervienen en la somatización de la enfermedad según sexo de los pacientes asmáticos que asisten al servicio de emergencia del Hospital 2 de Mayo 2016.

## **1.5 PROPÓSITO**

Los resultados del estudio está orientado a proporcionar información actualizada a las autoridades de la institución, jefe del servicio de emergencia y al personal de enfermería a fin de que a partir de la reflexión de los hallazgos le permita diseñar estrategias educativas destinados a orientar al paciente y familia sobre los signos y síntomas de complicación que puede presentar en forma repentina el paciente, contribuyendo a disminuir el riesgo a complicaciones y mejorar la calidad de vida.

## **CAPÍTULO II**

### **MARCO TEÓRICO**

#### **2.1 ANTECEDENTES**

##### **A nivel internacional**

Benitez Henry y cols, en 1990, en España, realizaron un estudio sobre “Psicoterapia autógena del Asma Bronquial”, cuyo objetivo fue valorar la eficacia relativa de la psicoterapia autógena en contraposición a la psicoterapia grupal de apoyo en el tratamiento de pacientes asmáticos. El estudio fue de nivel aplicativo, tipo cuantitativo, método descriptivo de corte transversal, la población estuvo conformado por 12 pacientes, la técnica fue la encuesta y el instrumento estuvo conformado por el cuestionario de Reactividad al Estrés, diseñado por Gonzáles de Rivera (1983), escala de Zung para la depresión (1963), SCL-90-R diseñada por Derogatis, orientada al registro de sintomatología. La conclusión fue que la psicoterapia autógena es beneficiosa en el tratamiento del Asma Bronquial, incidiendo en una reducción de la psicopatología de estos pacientes, y por ende en una mejoría de la calidad de vida de los mismos (7).

Gonzáles Ramírez Mónica y cols, el 2009, en México, realizaron un estudio titulado “Relación entre la depresión, la ansiedad y los síntomas psicosomáticos en una muestra de estudiantes universitarios del norte de México”, cuyo objetivo fue determinar la relación existente entre la ansiedad, la depresión y los síntomas psicosomáticos en una muestra de estudiantes universitarios del norte de México. El método fue descriptivo, correlacional de corte transversal y exploratorio, la muestra

fue obtenida mediante el muestreo no probabilístico por conveniencia conformado por 506 estudiantes de psicología de las universidades de Monterrey, estado de Nuevo León, México. Para evaluar los síntomas psicosomáticos se utilizó el cuestionario sobre la salud del paciente, para la depresión se empleó el inventario de Beck y la ansiedad se evaluó mediante la escala social para adolescentes. Para establecer la correlación se utilizó el cuadro de Spearman y la prueba de Kruskal-Wallis para comparar los niveles de ansiedad y depresión en los grupos de estudiantes conformados según la intensidad de los síntomas psicosomáticos. Las conclusiones fueron que existe relación directa entre la intensidad de los síntomas somáticos, la depresión y la ansiedad. Se recomienda incluir en los programas de prevención o tratamiento de cualquiera de estos tres trastornos a los otros dos. Se deben implementar programas específicos para los jóvenes universitarios (8).

Espinoza Leal Fabiola y cols, en México, el 2006, realizaron un estudio titulado “Ansiedad y Depresión en asmáticos adultos en comparación con sujetos sanos”, cuyo objetivo fue conocer la frecuencia de la ansiedad y la depresión en pacientes asmáticos adultos, compararla con personas sanas y determinar su correlación con la gravedad de la enfermedad. La población estuvo conformada por pacientes adultos asmáticos (GINA 2002) y como grupo control a personas sanas. Se utilizó la escala HAD (Hospital Anxiety and Depression Scale), la cual se validó en México. La clasificación se hizo de acuerdo con los resultados en sanos, sospechosos y casos. Los métodos estadísticos fueron la prueba de la t de Student y la prueba de correlación de Pearson. Los resultados de la escala HAD en el grupo 1 mostraron que 30% de los pacientes tenía ansiedad y 8% depresión. En el grupo 2 18% tenía ansiedad y 3% depresión. Existió mayor ansiedad y depresión en



pacientes asmáticos al compararlos con personas sanas, con  $p < 0.05$  y correlación entre depresión y gravedad del asma, con  $r = 0.288$ . La conclusión fue que la ansiedad es frecuente en pacientes asmáticos y es menos común la depresión; sin embargo, tiene relación con la gravedad del asma. Estos resultados contrastan con lo referido en la bibliografía, en la cual hasta 54% de los pacientes asmáticos tienen ansiedad y 30% depresión, con la misma escala HAD. Es necesario identificar estos problemas con el propósito de administrar tratamiento integral y oportuno (9).

Fabré Ortiz Diana y cols, el 2005, en Cuba, realizaron un estudio titulado “Factores psicológicos que contribuyen al asma en niños y adolescentes asmáticos y sus padres” cuyo objetivo fue describir algunos estados psicológicos de los niños asmáticos y actitudes de los padres. El método que se utilizó fue descriptivo en 50 niños y en sus padres, los cuales participaron en el programa educativo del Hospital Pediátrico Universitario Juan Manuel Márquez, en el periodo comprendido entre 1997 y 1999. El instrumento fue el cuestionario y la técnica fue la encuesta. Los datos se expresaron en porcentajes. Se utilizó el método Crosstabs con el fin de cruzar las variables cualitativas. La conclusión entre otros fue que la gravedad de los síntomas en los niños se relacionó con emociones negativas y actitudes desfavorables de los padres (10).

Meneses Jacome Claudia; en Colombia, el 2009, realizó un estudio sobre “Relación entre la severidad del asma con el trastorno de ansiedad generalizada y el trastorno depresivo mayor?” tuvo como objetivo establecer si la severidad del asma se asocia a la presencia de trastorno depresivo mayor (TDM) y el TAG en adultos de la consulta externa de neumología de Bucaramanga, Colombia. El método fue

descriptivo y se utilizó casos y controles pareados edad, sexo y nivel socioeconómico. Los diagnósticos de TDM y TAG actual se realizaron con la entrevista clínica estructurada para los trastornos del eje I (SCID-I) según el DSM-IV-TR. La conclusión fue entre otros que no existe asociación entre TDM y TAG y el grado de severidad del asma en pacientes de Bucaramanga, Colombia (11).

### **A nivel nacional**

Wong Mayuri José Luis en Lima – Perú, el 2006, realizó un estudio titulado “Síntomas depresivos en niños con Asma persistente en el Hospital Nacional Luis N. Sáenz PNP”, cuyo objetivo fue establecer la comorbilidad entre el asma persistente moderada a severa y síntomas depresivos en niños, mediante un estudio analítico. El estudio fue de casos y controles. La población estuvo conformada por el Grupo 1 con 58 niños asmáticos persistentes moderados a severos y Grupo 2 con 210 niños de la población general de un colegio. La edad promedio fue de 8.2 vs 8.6 años, con mayor frecuencia de edad entre 7 – 8 años para ambos grupos y con predominancia significativa del sexo masculino en ambos grupos. Los síntomas depresivos en el Grupo 1, fue alta en ambos sexos y baja en el Grupo 2; esta misma proporción se observó cuando se comparó la depresión según el tipo de asma, en ambos grupos. El análisis de factor de riesgo de presencia de depresión en niños asmáticos fue significativo estadísticamente ( $p=0.00$ ). La conclusión fue que “existen diferencias estadísticamente significativas entre las distribución de síntomas depresivos en los niños asmáticos persistentes moderados a severos y la muestra de la población en general. La sintomatología depresiva es una comorbilidad importante en los niños asmáticos persistentes moderados. Existe una elevada prevalencia en la muestra de niños de la población general con síntomas depresivos, cuyas causas es imprescindible evaluar (12).

Nue Guerrero Nerónika y cols, el 2001, en Lima – Perú, realizaron un estudio sobre “Prevalencia y correlaciones de trastornos de ansiedad generalizada: depresivo mayor y de pánico en pacientes asmáticos adultos según grado de severidad”, cuyo objetivo fue comparar la prevalencia de trastornos de ansiedad generalizada, depresivo mayor y de pánico en pacientes adultos (> 18 años) asmáticos severos-moderados contra pacientes adultos asmáticos leves-intermitentes. La población estuvo conformada por 80 personas, 40 casos y 40 controles, apareados por edad y sexo. La técnica que se utilizó fue la entrevista que consta de cinco secciones para evaluar: datos demográficos, criterios de severidad de asma, diagnóstico de trastorno depresivo mayor (TDM), ataque y trastorno de pánico (TP) y trastorno de ansiedad generalizada (TAG). La conclusión fue que si encontramos una tendencia de una probable asociación entre trastornos mentales y grado de severidad de asma, particularmente con trastorno depresivo mayor y trastorno de pánico. (AU) (13).

Por los antecedentes expuestos, podemos evidenciar que si bien es cierto existen algunas relaciones, es importante realizar el estudio ya que los hallazgos permitirán diseñar estrategias orientadas a disminuir el riesgo de complicaciones y fomentar la adopción de estilos de vida saludables contribuyendo a disminuir los costos y estancia hospitalaria prolongada.

## **2.2 BASE TEÓRICA**

### **GENERALIDADES SOBRE EL ASMA BRONQUIAL**

La prevalencia del Asma en Latinoamérica es muy alta en países como Perú 14.1%, Costa Rica 11.9% y Brasil 11.4% y muy baja en países

como México 3.3%. No obstante la incidencia total del asma en América Latina es de 10% (14).

Los episodios agudos de asma bronquial representan una de las más comunes emergencias respiratorias observadas en la práctica médica. La mortalidad ha sido obtenida por cada 100 mil asmáticos siendo esta mayor en países como China 36.7%, Rusia 28.6%, México 14.1% donde la prevalencia es baja a diferencia de Brasil 1.8% o Costa Rica 3.9% donde la prevalencia es alta (15).

El Asma es una enfermedad crónica caracterizada por un estrechamiento irregular del calibre del árbol traqueobronquial, espasmo del músculo liso de las vías aéreas secundarias, edema de la mucosa y submucosa, sobreproducción de mucus y falla en los mecanismos del transporte mucociliar (16).

**Factores predisponentes:**

- Herencia y atopía
- Sexo
- Raza

La incidencia familiar de la enfermedad sugiere que puede ser heredada con carácter poligénico o multifactorial. Estudios realizados en humanos y animales han demostrado que la hiperreactividad bronquial, característica fundamental del asma, tiene un componente hereditario, ya que se ha observado una mayor concordancia en los gemelos monocigóticos que en los heterocigóticos y estudios longitudinales realizado en niños han señalado que la hiperreactividad bronquial precede a la enfermedad y representa un factor de riesgo para su desarrollo (17).

A nivel clínico se ha podido observar que más de la mitad de los niños asmáticos tienen antecedentes familiares de la enfermedad y que los hijos de padres asmáticos tienen 2.7 veces más probabilidades de desarrollar el padecimiento en comparación con los hijos de padres de sanos (18).

**Factores Causales: (19)**

- Alérgenos ambientales intra domiciliarios y extra domiciliarios.
- Drogas y aditivos de los alimentos

**Factores Contribuyentes: (20)**

- Tabaquismo
- Contaminación Ambiental
- Contaminación intra y extra domiciliaria
- Infecciones virales

**Factores desencadenantes de crisis asmáticas: (21)**

- Alérgenos
- Infecciones virales
- Ejercicios e hiperventilación
- Irritantes ambientales
- Cambios climáticos
- Alimentos y aditivos
- Drogas
- Factores emocionales

**CLASIFICACIÓN DEL ASMA**

El asma se puede clasificar de acuerdo a su etiología (alérgica o extrínseca y no alérgica o intrínseca) y también se pueden subdividir en leve, moderadas y graves en relación a la intensidad de los signos y síntomas. Esta última clasificación permite al clínico tener un panorama

completo de la enfermedad para poder seleccionar la terapéutica más apropiada.

### **TRASTORNOS SOMATOMORFOS**

La característica común de los trastornos somatomorfos es la presencia de síntomas físicos que sugieren una enfermedad médica subyacente, pero que no pueden explicarse completamente por la presencia de un trastorno orgánico específico, ni por efecto directo de una sustancia tóxica o por la presencia de otro trastorno mental.

Según Kellner y Lipowsky, el término somatización se ha utilizado descriptivamente para hacer referencia a la experiencia de síntomas físicos cuando la evaluación médica no revela una enfermedad explicativa o un proceso patofisiológico suficiente que explique los síntomas o el impacto en el individuo.

Los trastornos somatomorfos incluyen: Trastorno de somatización, Trastorno de Conversión, Trastorno por Dolor, Hipocondría, Trastorno Dismórfico Corporal.

### **TRASTORNO DE SOMATIZACIÓN**

El diagnóstico de trastorno de somatización se debe a un trastorno recurrente que se inicia antes de los 30 años y se caracteriza por múltiples y diversas quejas somáticas asociadas a una búsqueda de ayuda médica o a un deterioro significativo del funcionamiento. (22)

La somatización consiste en experimentar y comunicar unos síntomas inexplicables desde los hallazgos patológicos, que no son atribuibles a una enfermedad física, y para los que han fracasado los tratamientos médicos. Podríamos resumir, afirmando que, la somatización se refiere a un proceso que lleva al paciente a buscar ayuda médica por síntomas

físicos que son, erróneamente, atribuidos a una enfermedad orgánica. (23)

Esta definición requiere que se haya constatado que el síntoma referido es excesivo a lo que cabría esperar, de acuerdo con los datos de la historia clínica del paciente y con los datos de la exploración física y de las pruebas complementarias realizadas. La prudencia siempre obliga a una evaluación física adecuada, con el fin de descartar una patología orgánica que se oculte tras un posible trastorno psicossomático. Pero manteniendo un equilibrio, evitando la realización de pruebas diagnósticas excesivamente agresivas y que puedan perjudicar al paciente. (24)

Cuando una persona siente dolor o algún otro síntoma somático tiende a atribuirlo a alguna enfermedad, sin embargo, de las molestias que padecemos solo 5% se debe a enfermedades, mientras 70% está relacionada con causas naturales o ambientales y el 25% restante obedece a causas psicológicas (18). Farré y Fullana confirmaron que hasta 80% de las personas sanas pueden haber experimentado en su vida molestias de hasta una semana sin una causa clínica. Las molestias físicas sin explicación médica corresponden a los denominados trastornos de somatización (25).

Actualmente es frecuente que los trastornos de somatización y los psicossomáticos se consideren lo mismo. Sin embargo, ambos conceptos hacen referencia a la relación entre lo psíquico y lo físico desde diferentes puntos de vista: en los trastornos psicossomáticos (también llamados trastornos psicofisiológicos) existe una dolencia física real a la que factores psicológicos pueden vincularse ya sea en su aparición, mantenimiento o agravamiento, mientras en los

trastornos de somatización el diagnóstico médico no proporciona ninguna justificación de los síntomas (26). Para los efectos del presente trabajo, el término síntoma psicossomático se utiliza cuando existe una dolencia física -como dolor de estómago, espalda, brazos, piernas, cabeza o pecho, vértigo, falta de aire, estreñimiento, indigestión, entre otros- sin que se alcance un diagnóstico médico que explique suficientemente esos síntomas. (27)

Los síntomas psicossomáticos y los trastornos de somatización son frecuentes. En un estudio patrocinado por la Organización Mundial de la Salud (28) con el objetivo de examinar la prevalencia de estos síntomas en 5 438 personas de 14 países (Alemania, Brasil, Chile, China, Estados Unidos de América, Francia, Grecia, India, Italia, Japón, Nigeria, Países Bajos, Reino Unido y Turquía) se encontraron valores desde 7,6% (Nigeria) hasta 36,8% (Chile), con una media de 19,7%. En Alemania, en un estudio epidemiológico prospectivo con una muestra de 2 548 adolescentes y adultos jóvenes se encontró que la tasa de incidencia era de 25,7% (29).

El porcentaje de síntomas psicossomáticos de intensidad media o alta encontrado en una muestra de 234 estudiantes universitarios de México fue de 21,8%. (30)

El proceso diagnóstico puede llevar a la confrontación inevitable sobre si un síntoma es “verdadero” (explicado desde una patología orgánica) o solamente está “en su cabeza” (no explicado por una patología orgánica). Los pacientes y sus familias suelen recorrer un largo camino buscando una respuesta a sus quejas somáticas antes del diagnóstico psiquiátrico. En ocasiones, existe el recurso, sin éxito, a las medicinas alternativas. Esto explica el grado de desconfianza y desesperanza con



que suelen llegar estos pacientes. (31). La explicación que, desde la comprensión de las molestias físicas, subraya el papel potenciador del estrés en las mismas, puede servir para iniciar un proceso diagnóstico y terapéutico que, en muchas ocasiones, serán simultáneos.

Los cuadros clínicos pueden clasificarse, de acuerdo con Garralda, en: (32)

- Cuadros en los que los factores psíquicos sustituyen o tienen un peso etiológico fundamental en los síntomas físicos, como pueden ser los trastornos de conversión.
- Cuadros en que los factores psicológicos influyen en el desarrollo de una patología física, como pueden ser la colitis ulcerosa o el asma.
- Cuadros en que los síntomas físicos constituyen la manifestación principal del trastorno mental, siendo el paradigma los trastornos de la alimentación.

Ya que no existen pruebas definitivas para orientar el diagnóstico de un cuadro psicósomático, el diagnóstico deberá hacerse por exclusión. La única evidencia posible será la relación entre el síntoma y ciertos acontecimientos vitales causantes de estrés, tras descartar la patología orgánica. Inicialmente, se intentó comprender la somatización como un mecanismo de defensa para proteger al individuo de la experimentación de una sintomatología psiquiátrica. Pero esta teoría no convence: los individuos presentan, al mismo tiempo, síntomas físicos y psíquicos, siendo así la somatización un mecanismo de defensa “bastante pobre”.

Las teorías más recientes afirman que los pacientes somatizadores tienen un estilo perceptivo que amplifica las molestias físicas, transformando las señales no específicas de estrés en unos niveles significativos de activación fisiológica, física y de la sintomatología psiquiátrica.

Ante los síntomas inespecíficos de estrés, los pacientes somatizadores responden con pensamientos, creencias y conductas que aumentan su estado de estrés y de alarma.

Se ha podido evaluar este estilo perceptivo, prediciendo mejor los síntomas localizados que los generales. Existen factores genéticos de riesgo en ciertos individuos, pero se desconoce cómo se aprende este estilo perceptivo. (33)

Esta “amplificación somato sensorial” es un proceso que tiene tres fases: hipervigilancia y atención a las sensaciones corporales, tendencia a focalizar la atención en sensaciones débiles e infrecuentes y disponibilidad para reaccionar a las sensaciones somáticas con cogniciones aprendidas y distorsionadas que llevan a la percepción de esta sensación como alarmante.

Existen, además, unos factores de personalidad predisponentes a la somatización: el perfeccionismo, las elevadas expectativas personales, la autosuficiencia, la hiper responsabilidad y la negación de la ansiedad. (34)

Los abusos sufridos durante la infancia aumentan la susceptibilidad al dolor. Por ello, ante un caso de dolor crónico, biológicamente no explicable, hay que investigar antecedentes de abusos o traumas en la

primera infancia. En estos casos, suele existir una adaptación pobre por parte del adolescente, con mayores problemas psíquicos de frecuente expresión somática. La prevención se hace imprescindible. Hay que añadir que la baja autoestima y la sintomatología depresiva pueden acompañar a los trastornos psicosomáticos.

La relación entre las emociones negativas y la somatización del asma utilizó como técnica la encuesta y como instrumento el Inventario de Síntomas SCL-90-R de L. Derogatis - María Martina Casullo. Marcelo Pérez.(2008). (Anexo B).

Este *Inventario de Síntomas de Derogatis, Revisado* (Derogatis Symptom Checklist, Revised [SCL-90-R]) es un instrumento de autoinforme desarrollado por Leonard Derogatis y asociados (1975,1994) para evaluar el grado de malestar psicológico actual que experimenta una persona. Consiste en un listado de 90 síntomas psiquiátricos de variado nivel de gravedad, frente a los cuales el respondiente debe indicar en qué medida lo han molestado o perturbado cada uno de esos problemas durante el período comprendido entre el día de la evaluación y la semana inmediatamente anterior. Para responder, se ofrece una escala de cinco opciones acotada por los términos "*Nada*", "*Muy poco*", "*Poco*", "*Bastante*" y "*Mucho*", que en la corrección es valorada en un rango de 0 a 4 puntos.

Una vez puntuadas las respuestas es posible caracterizar la sintomatología del evaluado en un perfil compuesto por nueve dimensiones primarias de síntomas (Somatización, Obsesiones, Sensitividad Interpersonal, Depresión, Ansiedad, Hostilidad, Ansiedad Fóbica, Ideación Paranoide y Psicoticismo) y tres índices globales de

psicopatología: el índice de Gravedad Global, el índice de Malestar Positivo y el Total de Síntomas Positivos.

- 1) Somatizaciones (SOM)
- 2) Obsesiones y compulsiones (OBS)
- 3) Sensitividad interpersonal (SI)
- 4) Depresión (DEP)
- 5) Ansiedad (ANS)
- 6) Hostilidad (HOS)
- 7) Ansiedad fóbica (FOB)
- 8) Ideación paranoide (PAR)
- 9) Psicoticismo (PSIC).

- 1) Índice global de severidad (IGS)
- 2) Total de síntomas positivos (TSP)
- 3) Índice Malestar Sintomático Positivo (IMSP)

Estos tres indicadores reflejan aspectos diferenciales de los trastornos a ser evaluados. En términos generales una persona que ha completado su escolaridad primaria lo puede responder sin mayores dificultades. En caso de que el sujeto evidencie dificultades lectoras es aconsejable que el examinador le lea cada uno de los ítems en voz alta.

En circunstancias normales su administración no requiere más de quince minutos. Se le pide a la persona que está siendo evaluada que responda en función de cómo se ha sentido durante los últimos siete días, incluyendo el día de hoy (el de la administración del inventario). Los pacientes con retraso mental, ideas delirantes o trastorno psicótico

son malos candidatos para responder el SCL-90. Es aplicable a personas entre 13 y 75 años de edad.

## **LAS NUEVE DIMENSIONES DE SÍNTOMAS**

Estas dimensiones se definieron sobre la base de criterios clínicos, racionales y empíricos.

**SOMATIZACIONES:** Evalúa la presencia de malestares que la persona percibe relacionados con diferentes disfunciones corporales (cardiovasculares, gastrointestinales, respiratorios).

**OBSESIONES Y COMPULSIONES:** Incluye síntomas que se identifican con el síndrome clínico del mismo nombre. Pensamientos, acciones e impulsos que son vivenciados como imposibles de evitar o no deseados.

**SENSITIVIDAD INTERPERSONAL:** Se focaliza en detectar la presencia de sentimientos de inferioridad e inadecuación, en especial cuando la persona se compara con sus semejantes.

**DEPRESIÓN:** Los ítems que integran esta subescala representan una muestra representativa de las principales manifestaciones clínicas de un trastorno de tipo depresivo: estado de ánimo disfórico, falta de motivación, poca energía vital, sentimientos de desesperanza, ideaciones suicidas.

**ANSIEDAD:** Evalúa la presencia de signos generales de ansiedad tales como nerviosismo, tensión, ataques de pánico, miedos.

**HOSTILIDAD:** Esta dimensión hace referencia a pensamientos, sentimientos y acciones característicos de la presencia de afectos negativos de enojo.

**ANSIEDAD FÓBICA:** Este malestar alude a una respuesta persistente de miedo (a personas específicas, lugares, objetos, situaciones) que es en sí misma irracional y desproporcionada en relación con el estímulo que la provoca.

**IDEACIÓN PARANOIDE:** Evalúa comportamientos paranoides fundamentalmente en tanto desórdenes del pensamiento: pensamiento proyectivo, suspicacia, temor a la pérdida de autonomía.

**PSICOTICISMO:** Esta dimensión se ha construido con la intención que represente el constructo en tanto dimensión continua de la experiencia humana. Incluye síntomas referidos a estados de soledad, estilo de vida esquizoide, alucinaciones y control del pensamiento.

**ITEMES ADICIONALES:** El SCL-90-R incluye siete ítems que no se incorporan a las nueve dimensiones ya mencionadas pero que tienen relevancia clínica:

19: Poco apetito

44: Problemas para dormir

59: Pensamientos acerca de la muerte o el morir

60: Comer en exceso

64: Despertarse muy temprano.

66: Sueño intranquilo.

89: Sentimientos de culpa.

## **INDICES GLOBALES.**

**1) Índice de Severidad Global (IGS):** es un muy buen indicador del nivel actual de la severidad del malestar. Combina el número de síntomas reconocidos como presentes con la intensidad del malestar percibido.

**2) Total de síntomas positivos (TSP):** se estima contando el total de ítems que tienen una respuesta positiva (mayor que cero). En sujetos de población general, puntuaciones brutas iguales o inferiores a 3 en varones e iguales o inferiores a 4 en mujeres son consideradas como indicadoras de un intento consciente de mostrarse mejores de lo que realmente están. (imagen positiva). Puntuaciones brutas superiores a 50 en varones y a 60 en mujeres indican lo contrario: tendencia a exagerar sus patologías.

**3) Índice de Malestar Sintomático Positivo (IMSP):** pretende evaluar el estilo de respuesta indicando si la persona tiende a exagerar o a minimizar los malestares que lo aquejan. Puntuaciones extremas en este índice también sugieren patrones de respuestas que deben analizarse en términos de actitudes de fingimiento.

En el Manual en el original inglés de la prueba se consignan estudios sobre su validez estructural y convergente así como acerca de su consistencia interna y fiabilidad test-retest. (Derogatis, 1994. Minnesota. National Computer System).

### **Explicar los síntomas (35)**

Puede ser difícil tranquilizar al paciente y a su familia. Las garantías encubiertas de que “no hay ningún dato patológico” pueden generar más ansiedad en el paciente y, en ocasiones, un aumento de los

síntomas psicosomáticos. El paciente o su familia nos piden, a menudo, que nos pongamos en su lugar, negando incluso que podamos entenderlo si no estamos en su piel. Las garantías deben limitarse a asegurar al paciente de que se han controlado los procesos más serios y peligrosos, y que, por lo tanto, estamos convencidos de que no existe una enfermedad oculta, grave o fatal. A partir de aquí, es importante reconocer que la ciencia médica, en estos momentos, no alcanza a conocer con exactitud los mecanismos que producen la patología funcional. Evitar entrar en definir un diagnóstico o presentar un modelo patogénico concreto.

Al admitir nuestras dificultades de comprensión de los fundamentos biológicos de los síntomas que presenta nuestro paciente, debemos añadir una explicación alternativa sobre la sintomatología que presenta. Resulta insuficiente la confesión al paciente de que no tenemos ninguna explicación para comprender su sintomatología.

El paciente tiene conciencia de que algo no funciona. Se siente mal, se siente enfermo. Puede ofrecerse una explicación mecánica alternativa. El objetivo es que el paciente sea capaz de cambiar el modelo estructural (enfermedad o lesión concretas como causa de sus síntomas) por un modelo de disfunción, en el que algunos órganos o sistemas, o el propio sistema nervioso sensitivo, no están funcionando correctamente. Esencialmente, los síntomas del paciente, utilizando el símil de la informática, se pueden explicar como un problema de programación más que un problema del hardware.

El médico puede sugerir que el problema puede tener su origen en el proceso de las sensaciones corporales por el sistema nervioso, y que el paciente somatizador tiene un sistema nervioso extremadamente



sensible que amplifica los síntomas más suaves; unos síntomas que para otras personas son mucho más soportables que para ellos. En esencia, toda explicación debe partir del convencimiento de que el síntoma existe, que es verdadero y que no se ha inventado por el paciente ni por sus padres.

### **El papel de los psicofármacos**

En estos pacientes, son frecuentes los trastornos ansiosos y depresivos.

Si existen, se tratarán adecuadamente. Si no existe la evidencia de un trastorno de esta índole, la utilización de psicofármacos no está tan clara.

Todo tratamiento con psicofármacos debe ser ensayado con mucha precaución, a sabiendas que no suele ser la solución óptima. A veces, cuando estos pacientes responden bien a una medicación, pueden aparecer efectos secundarios o nuevos síntomas que sustituyan a los anteriores.

En caso de que se considere oportuno el tratamiento farmacológico, deberá empezarse con dosis muy bajas (casi homeopáticas), con aumentos muy lentos y progresivos, observando siempre el resultado positivo y la posible aparición de efectos secundarios.

Es importante informar al paciente y a su familia sobre la posible aparición de efectos secundarios antes de prescribir cualquier tipo de medicación. Si no, estos pacientes suelen atribuir a la medicación nueva los síntomas preexistentes (sudoración nocturna, vértigos,

insomnio). La vida de numerosas personas ha sufrido cambios importantes e indeseados debido a la crisis. Mucha gente no ha tenido más remedio que asumir una nueva vida. De hecho, en los últimos dos años, las enfermedades psicosomáticas han aumentado entre un 30% y un 40%, según estima Álvarez. "Son personas que tienen que adaptarse a una nueva situación: a las que se ha despedido del trabajo, o que trabajan bajo presión para no ser el siguiente en las reducciones de plantilla, o que tienen que dar más horas para suplir la falta de otros", explica el especialista.

Las personas que toleran mal los cambios sufren más el estrés y la frustración, y por tanto pueden acabar traducidos con mayor facilidad en problemas de salud. Como un pez que se muerde la cola, la personalidad de cada uno hace que el modo de afrontar una nueva situación difiera. Las enfermedades psicosomáticas se forjan dentro de un cuadrilátero, formado por "el sistema nervioso, el sistema hormonal, el sistema inmunológico y la personalidad del propio individuo", explica Antoni Bulbena. (36)

Hay estudios comparativos que demuestran que personas que han padecido un infarto y que físicamente se recuperan de forma excelente vuelven a padecer otro si su personalidad no propicia una respuesta adaptativa ante la nueva situación. En definitiva, los especialistas creen que el binomio cuerpo-mente debería aplicarse a toda patología, ya que la somatización también puede hacer que el curso de algunos pacientes ya enfermos empeore.

La dificultad para adaptarse a lo nuevo explicaría por qué a algunas personas el inicio de las esperadas vacaciones no les sienta bien. Son un cambio de ritmo que modifica nuestros referentes de orientación. "Nuestra vida artificial y agenda cambia, no a todo el mundo le sienta

bien el desconectar. Hay quien se queda desprogramado y su cuerpo responde quedándose entonces demasiado desconectado" (37).

¿Cómo lo somatiza? "Con agotamiento, fatiga y falta de motivación. Hay quien se queda en hibernación, pasando dos días en la cama", añade. ¿La solución? "Esta desconexión del medio laboral debería cambiarse por una conexión con uno mismo. Estamos muy programados para responder a un entorno concreto, pero no para conectar contigo mismo"(38).

Aunque no existen estudios concluyentes, algunos especialistas apuntan a que la percepción popular de que al empezar las vacaciones se enferma más podría ser cierta. Los cambios de ritmo también afectan al sistema inmune. Por ejemplo, se sabe que las personas que en su trabajo cambian de turno tienen una mayor tendencia a padecer enfermedades del sistema inmune (39). No solo se altera su reloj biológico, sino que el estrés que genera contribuye al desequilibrio de las defensas.

Álvarez augura que, desde el punto de vista de la medicina psicosomática, la crisis también puede hacer que las "no vacaciones" de muchas personas acaben en somatizaciones. Se refiere a ellas como "las vacaciones de la frustración". La ira que provoca el tener que quedarse en casa cuando no se necesita descanso es el caldo de cultivo para las enfermedades psicosomáticas.

A ello hay que sumar el malestar acumulado por la precariedad laboral. Las personas que pierden su trabajo pueden manifestar somatizaciones. Pero tener la espada de Damocles sobre la cabeza también. Algunos estudios indican que quienes se preocupan demasiado por la posibilidad de perder su puesto de trabajo tienen un peor estado de salud y más síntomas de depresión que los que están en paro.

La enfermedad psicosomática más típica y abundante es el colon irritable (40). Otras enfermedades somáticas son la hipertensión y las enfermedades cardiovasculares, sobre todo el infarto y el asma.

Del mismo modo, la mayoría de enfermos empeoran cuando sus emociones son negativas. “Somos una máquina que interacciona. Si a un enfermo que padece alguna enfermedad como un cáncer lo tratas con antidepresivos, vive más tiempo. La propia depresión tiene efectos inflamatorios, una depresión mal tratada desemboca en otros problemas fisiológicos” (41). Los especialistas coinciden en que la medicina psicosomática, pese a ser minoritaria, debería tenerse más en cuenta en la práctica médica.

Muchos individuos lábiles y nerviosos poseen «su propio idioma orgánico», lo que Fleckenstein (42) ha denominado «*su lenguaje sintomático*». Para la detección de las somatizaciones existen varios cuestionarios estandarizados que pueden completarse con una anamnesis clínica cuidadosa. Los más utilizados son el General Health Questionnaire de Goldberg (1970) y el Listado de Síntomas de Derogatis (43). Para la investigación de los presuntos amplificadores o magnificadores se dispone de la Escala de amplificación de Brasky

### **Emociones Negativas y Asma**

La respuesta ante el estrés implica dos tipos de respuesta: psicológicas y fisiológicas. Las respuestas psicológicas son en forma de emociones negativas (ansiedad, depresión, ira) y las respuestas fisiológicas implican el sistema neuroendocrino (básicamente el eje hipotálamo-hipofiso-corticosuprarrenal que libera corticoide) y el sistema nervioso autónomo (activación del eje simpático-médulo-suprarrenal que libera catecolaminas y prepara al organismo para la lucha y la huida). (44)

Debido a que los factores emocionales constituyen un obstáculo en el diagnóstico y tratamiento del asma es necesario que el profesional considere tres posibles patrones: el impacto de las emociones negativas en pacientes asmáticos relativamente normales, la existencia de síntomas respiratorios funcionales o bien la presencia de asma asociada con un trastorno psiquiátrico como depresión o ansiedad.

En la actualidad existe consenso acerca de que los factores psicológicos pueden desempeñar un papel esencial en la historia natural de las enfermedades médicas. Factores como las conductas relacionadas con la salud, nuestros estados psicológicos o emocionales, las características personales y los modos de afrontamiento, han demostrado ser de especial relevancia en este sentido (Oblitas, 2004). Esta afirmación es coherente con la evidencia científica actual que indica que cualquier trastorno denominado físico u orgánico suele implicar igualmente, y a distintos niveles, alteraciones psicológicas, y viceversa (Oblitas & Becoña, 2000). Entre estos factores psicológicos se encuentran el miedo, la tristeza y la ira como reacciones emocionales negativas, y sus diferentes formas clínicas: la ansiedad, la depresión y la ira persistente.

En tal sentido, tradicionalmente las teorías del estrés psicosocial se han centrado más en las emociones negativas como la ira, el temor, la ansiedad, la vergüenza, la culpabilidad, la tristeza, la envidia, los celos y el asco, que en las positivas.

Hoy en día hay datos suficientes para afirmar que las emociones negativas tienen un efecto negativo sobre la salud (Kiecolt-Glaser, 2009; Sandín, 2002; Sirois & Burg, 2003). (45). Así, algunos autores afirman que las emociones positivas potencian la salud, mientras que

las emociones negativas tienden a disminuirla (Fernández-Abascal & Palmero, 1999). (46).

Por ejemplo, en periodos de estrés en los que tenemos que responder a unas altas demandas ambientales, desarrollamos reacciones emocionales negativas, y cuando nos encontramos bajo la influencia de estos estados emocionales negativos es más probable desarrollar enfermedades relacionadas con el sistema inmune, o adquirir determinados hábitos poco saludables, que a la larga pueden minar la salud (Becoña, Vázquez & Oblitas, 2004; Ramos et al., 2006). En cambio, las emociones positivas, como la alegría, ayudan a mantener, e incluso recuperar, la salud (Nezu, Nezu & Blissett, 1988).

Las emociones negativas que más se han estudiado en cuanto a sus relaciones con trastornos de salud son la ansiedad, la depresión y la ira. Una de las reacciones emocionales más investigada es sin duda la de la ansiedad, como estado emocional asociado a múltiples trastornos, especialmente los psicofisiológicos. Otra emoción negativa bastante estudiada es la ira, por su relación con los trastornos cardiovasculares (Miguel-Tobal, Casado, Cano-Vindel & Spielberger, 1997).

La tristeza-depresión, como emoción básica, se considera que es precursora de la depresión como patología, la cual cursa por lo general con altos niveles de ansiedad. Por último, el asco es una emoción muy poco estudiada en este sentido, pero ya existen algunas evidencias de su implicación en los procesos salud-enfermedad (Cisler et al., 2009).

Estamos preparados para desarrollar reacciones emocionales intensas, e incluso para repetirlas cuando sea necesario, sin que ello suponga un

problema, pero a mediano plazo se pueden agotar nuestros recursos físicos, comportamentales, sociales o materiales, o alterarse algunas funciones asociadas a las reacciones emocionales, o en definitiva surgir algún problema asociado a las emociones. Lejos de la opinión mantenida por la investigación psicosomática en sus inicios respecto del carácter causal de las emociones en las enfermedades, en la actualidad se admite que los factores psicológicos pueden ser causa necesaria pero no suficiente para la aparición de determinados trastornos. Se señala la multicausalidad y la interrelación entre los diversos factores causales como la explicación etiológica más plausible (American Psychological Association, 2009; Joseph, Gierlach, Housley & Beutler, 2005; Suls & Rothman, 2004). Esta multicausalidad, centrada en considerar simultáneamente los factores genéticos, ambientales, psicofisiológicos, y principalmente el peso de la interacción como elemento de predisposición del individuo a padecer una determinada enfermedad, es el gran mérito de la investigación psicológica actual en este campo (Kop et al., 2002).

Se han hipotetizado diversas vías para explicar las interrelaciones de los factores emocionales en el proceso de salud-enfermedad (Cano-Vindel &

Miguel-Tobal, 2001). (47)

- Las reacciones desadaptativas de ansiedad, de tristeza-depresión y de ira que alcanzan niveles demasiado intensos o frecuentes, cuando se mantienen en el tiempo, tienden a producir cambios en la conducta, de manera que se incrementa la probabilidad de que el sujeto adopte conductas perjudiciales para la salud (como las adicciones) y de que olvide los hábitos saludables (ejercicio físico, etc.).

Estas reacciones emocionales mantienen niveles de activación fisiológica intensos que podrían deteriorar nuestra salud si se cronifican. Las disfunciones fisiológicas consecuentes serían arritmias, aumento crónico de la presión arterial, dispepsias, dermatitis, dolor muscular, etc. Así, los pacientes con arritmias, hipertensión esencial, cefaleas crónicas, o diversos tipos de dermatitis, presentan niveles más altos de ansiedad, ira y activación fisiológica que la población general. En el nivel fisiológico, la evaluación de respuestas del organismo (como la tasa cardiaca) y el estudio de su relación con variables psicológicas ha dado lugar a una disciplina llamada psico fisiología, que arranca desde finales del siglo XIX. A su vez, el estudio de la patología de los sistemas fisiológicos que se activan en la emoción se inicia en los años cincuenta. Se supone que los trastornos psicósomáticos o psicofisiológicos (como algunos dolores de cabeza o de espalda, ciertas arritmias, los tipos de hipertensión arterial más frecuentes, algunas molestias gástricas, etc.) podrían estar producidos por un exceso en la intensidad y frecuencia de la activación de las respuestas fisiológicas del sistema que sufre la lesión o disfunción (cardiovascular, respiratorio, etc.). Se trataría de una disfunción de un sistema orgánico que está trabajando en exceso y mantiene esta actividad demasiado tiempo. A su vez, el trastorno produce más ansiedad y, por lo tanto, aumento de la actividad de ese sistema, elevando así la probabilidad de desarrollar y mantener un mayor grado de disfunción orgánica.

- Esta alta activación fisiológica puede estar asociada a un cierto grado de inmunodepresión, lo que nos vuelve más vulnerables al desarrollo de enfermedades infecciosas o de tipo inmunológico, o bien la supresión o control de estas emociones puede acarrear altos niveles de activación fisiológica y un cierto grado de inmunosupresión.



En resumen, el sufrimiento de estados emocionales negativos persistentes puede afectar al funcionamiento del sistema inmunológico, del sistema endocrino-metabólico y, en general, de todas las funciones fisiológicas (Martín, 2005; Ramos et al., 2006).

Los trastornos sobre los que existe una mayor evidencia de influencia de las emociones negativas y que aparecen relacionados con factores psicológicos que juegan un papel importante en el inicio, desarrollo y mantenimiento de enfermedades son: Trastornos Cardiovasculares, Dermatológicos, Endocrinos, Gastrointestinales, Respiratorios y Cáncer.

### **Trastornos respiratorios**

Actualmente no se ha podido demostrar la influencia etiopatogénica en la enfermedad respiratoria de los factores psicológicos, pero sí se acepta la posible influencia de los factores psicosociales sobre la evolución del asma bronquial o en el mantenimiento de algunos de los síntomas. Así, existen múltiples estudios metodológicamente rigurosos que demuestran el importante papel que la ansiedad asociada a las crisis de asma desempeña sobre la evolución del asma bronquial y de la enfermedad respiratoria en general (Bosley, Corden & Cochrane, 1996) (48). La ansiedad de algunos pacientes se asocia a una peor evolución de la enfermedad, al aumentar la sintomatología y transmitir una mayor sensación de gravedad, lo que lleva a tratamientos más urgentes, frecuentes, agresivos y costosos. La depresión también puede influir negativamente sobre la evolución del paciente asmático, conduciendo a un autocuidado pobre, con incumplimiento de las prescripciones médicas y tendencia a la indiferencia ante los síntomas respiratorios (M. I. Vázquez, Romero-Frais & Sáñez, 2003) (49).

## **ENFERMERÍA EN EMERGENCIAS**

Los pacientes que presentan un trastorno por somatización, suelen pasar por varios profesionales de la salud, en busca de una solución que satisfaga sus necesidades. Este hecho puede ser altamente iatrogénico, crea confusión en el médico y en el paciente y suele generar consejos contradictorios.

Por ello, un primer paso al enfocar el tratamiento será la identificación de un solo profesional de la salud que se encargue del caso y que tenga capacidad para actuar y controlar, de forma coordinada, todas las pruebas, exploraciones o consultas con especialistas que se realicen. Así, se establece una adecuada relación médico-paciente, que permite un mejor y más profundo conocimiento y una mutua confianza. Esta relación y el confort que de ella se deriva es un ingrediente básico para disminuir el impacto que tienen los síntomas sobre el paciente y su familia.

La labor de enfermería es cuidar más que curar. Conviene establecer un acuerdo con el paciente y su familia sobre los objetivos a alcanzar. Los pacientes con trastornos por somatización tienen razones psicosociales que justifican su malestar somático.

Recordemos que: “ninguna píldora puede curar y ningún procedimiento quirúrgico puede suprimir la necesidad de sentirse enfermo” (R. Scott, médico y sociólogo).

El objetivo del tratamiento no debe ser erradicar los síntomas físicos, sino ayudar al paciente a tolerarlos mejor y a enfrentarse con ellos con

éxito, así como mejorar el rol y la capacidad física a pesar de persistir un cierto grado de malestar somático.

El objetivo de enfermería en emergencia es cuidar, más que curar al paciente. Al igual que ante una enfermedad crónica, no se trata de curar la enfermedad, sino de ayudar al paciente a vivir con ella, minimizando los síntomas molestos.

La enfermedad médica oculta está siempre presente en el enfermo que presenta un trastorno psicosomático. El médico deberá evaluar de la forma más apropiada cada síntoma que el paciente o la familia refiera.

Las herramientas más potentes de que dispone la enfermera para ayudar al paciente somatizador y a su familia consiste en mostrar una particular atención hacia sus problemas, con interés, preocupación, apoyo y ayuda. Las consultas médicas deben garantizar el oportuno tiempo para la anamnesis detallada y la exploración debe ser cuidadosa y suave.

El tratamiento de los trastornos psicosomáticos es complejo y requiere poner en práctica todas las habilidades del ejercicio de la medicina y del trabajo en equipo.

Los pacientes somatizadores y sus familias creen a menudo que, debido a que no existe una base médica para explicar sus síntomas, los profesionales de la salud creemos que éstos son fruto de su imaginación. Hay que tener siempre presente que el paciente psicosomático sufre, y que siente el dolor a pesar de no tener base orgánica.

## 2.3 DEFINICIÓN OPERACIONAL DE TÉRMINOS

**Factores emocionales:** Son las respuestas expresadas por el adulto acerca de las emociones que se producen a través de la participación de procesos psicológicos y pueden ser positivos o negativos, los cuales intervienen en la somatización del asma. El cual fue obtenido a través de una escala validada (Derogatis, 1994. Minnesota) y valorada en libre de síntomas, dramatización y en riesgo.

**Somatización de la enfermedad:** Está dado por todas las experimentaciones y comunicación de unos síntomas inexplicables desde los hallazgos patológicos, que no son atribuibles a una enfermedad física.

**Pacientes asmáticos:** Son los pacientes que sufren de una enfermedad crónica caracterizada por un estrechamiento del calibre del árbol traqueobronquial, espasmo, edema de la mucosa y submucosa, sobreproducción de mucus y falla en los mecanismos del transporte mucociliar.

## **CAPÍTULO III**

### **METODOLOGÍA**

#### **3.1. TIPO Y DISEÑO DE INVESTIGACIÓN**

El presente estudio es de tipo cuantitativo, ya que se asignó un valor numérico a la variable de estudio; nivel aplicativo porque se originó de la realidad para modificarla; método descriptivo simple de corte transversal, ya que permitió presentar la información tal y como lo obtuvo en un tiempo y espacio determinado.

#### **3.2. LUGAR DE ESTUDIO**

El estudio se realizó en el área de Emergencia del Hospital 2 de Mayo, ubicado en la Cdra. 13 de la Av. Grau, distrito Cercado de Lima; órgano desconcentrado de la Dirección de Salud V Lima Ciudad, perteneciente al Ministerio de Salud. Es considerado como el Primer Hospital del Perú y de América. Fue fundado a iniciativa del Cabildo de la Ciudad de Lima en el año 1538 con el nombre de Nuestra Señora de la Concepción; en el año 1553 cambió de nominación a Hospital Real de San Andrés y desde 1875 se denomina Hospital Nacional Dos de Mayo.

Brinda atención en los servicios de hospitalización, consulta externa y emergencia a la población que proceden de diferentes estratos socioeconómicos y culturales, durante las 24 horas al día, siendo los turnos rotativos en los siguientes horarios de 7:30 am. – 7:30 pm (diurno) y de 7:30 pm. – 7:30 am (nocturno).

La Unidad de Emergencia, cuenta con ambiente 01 de Shock Trauma, 03 ambientes de observación, 01 tópicos de cirugía, 01 sala de observación de cirugía, 01 tópicos de traumatología, 01 ambiente de nebulización, 01 ambiente de triage, Sala de Operación de Emergencia y un ambiente de recuperación.

### **3.3. POBLACIÓN DE ESTUDIO**

La población estuvo conformado por todos los pacientes adultos de ambos sexos que asisten al Hospital Nacional 2 de Mayo para ser atendidos por un cuadro de asma, que son aproximadamente 100, cuyas edades están comprendidas entre 18 y 35 años (adultos jóvenes), 36 a 64 años (adulto maduro) y 65 a más de 70 años (adulto mayor).

### **3.4. MUESTRA Y MUESTREO**

La muestra fue obtenida mediante el muestreo probabilístico de proporciones para población finita aleatorio simple, el cual estuvo conformada por 44 pacientes (Anexo D).

### **3.5. CRITERIOS DE SELECCIÓN**

#### **3.5.1. Criterios de inclusión**

- Pacientes cuyas edades oscilan entre los 18 años y los 75 años.
- Pacientes con signos y síntomas compatibles con asma.
- Pacientes que hablen castellano, con instrucción peruana.
- Pacientes que acepten participar en el estudio.

### **3.5.2. Criterios de exclusión**

- Pacientes menores de edad.
- Pacientes con retraso mental.

### **3.6. TÉCNICA E INSTRUMENTO**

La técnica fue la encuesta y el instrumento el Inventario de Síntomas SCL-90-R de L. Derogatis - María Martina Casullo. Marcelo Pérez, realizada el 2008. (Anexo C), el cual está conformado por 90 ítems que conforman el inventario de Síntomas, donde las categorías de respuesta son sobre la base de una escala de cinco puntos (0-4), evaluándose e interpretándose en función de nueve dimensiones primarias y tres Índices globales de malestar psicológico:

- 1) Somatizaciones (SOM)
- 2) Obsesiones y compulsiones (OBS)
- 3) Sensitividad interpersonal (SI)
- 4) Depresión (DEP)
- 5) Ansiedad (ANS)
- 6) Hostilidad (HOS)
- 7) Ansiedad fóbica (FOB)
- 8) Ideación paranoide (PAR)
- 9) Psicoticismo (PSIC).

- 1) Índice global de severidad (IGS)
- 2) Total de síntomas positivos (TSP)
- 3) Índice Malestar Sintomático Positivo (IMSP)

Estos tres indicadores reflejan aspectos diferenciales de los trastornos a ser evaluados.

### 3.7. PROCESO DE ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE LA INFORMACIÓN

Para la implementación del estudio se llevó a cabo el trámite administrativo, a través de una carta dirigido al Director del Hospital Dos de Mayo, a fin de obtener la autorización respectiva para ejecutar el trabajo. Luego se realizó la coordinación con la enfermera jefe del servicio de emergencia para establecer el crono cual se inició en la cuarta semana del mes de Junio, considerando de 20 a 30 minutos para su aplicación.

Luego de recolectada la información estas fueron procesadas para la elaboración de la tabla de códigos, teniendo en cuenta los siguientes valores: **0 Nada: 1 Muy poco: 2 Poco: 3 Bastante: 4 Mucho**, en cada una de las nueve dimensiones primarias, luego se sumarán los valores de todas las respuestas que la componen y el resultado se escribirá en donde dice "**TOTAL**", del mismo modo se contará el número de respuestas en dicha dimensión y se anotará en "N° resp". Finalmente se calculará el promedio dividiendo el número "total" por el "N° resp". Dicho valor se escribirá en "promedio" según dimensiones.

Para calcular el **ÍNDICE DE SEVERIDAD GLOBAL** (IGS), se suman los valores de todas la respuestas y se divide por la cantidad de respuestas dadas (90 si respondió a todas).Una manera práctica de hacer esto es sumando el valor de las casillas "total" de las nueve dimensiones y de las respuestas adicionales y dividir ese valor por el número de respuestas dadas.

El **TOTAL DE SÍNTOMAS POSITIVOS** (TSP) es la cantidad de respuestas distintas de cero que dio el examinado.



El **ÍNDICE DE MALESTAR SINTOMÁTICO POSITIVO** (IMSP) se calcula haciendo la misma suma que para IGS pero esta vez en vez de dividir por la cantidad de respuestas se divide por la cantidad de respuestas dadas distintas de cero, vale decir por TSP. Estos doce puntajes brutos se transformarán en un puntaje T normalizado para su adecuada lectura, según tabla (Anexo ). Los puntajes T normalizados superiores a 63 puntos se consideran elevados (equivalen a un percentil de 90), lo que indica una **PERSONA EN RIESGO**.

Puntajes brutos de TSP menores o iguales a 6 en varones y 13 en mujeres, pueden indicar tendencia a mostrarse exageradamente **LIBRE DE SÍNTOMAS**.

Valores brutos de TSP superiores a 71 en varones y 75 en mujeres indicarían por el contrario **MALESTAR EXAGERADO O DRAMATIZACIÓN**.

Valores extremos en IMSP podrían indicar un intento deliberado en mostrarse **demasiado bien o mal**. Un IMSP menor a 1,00 (bruto) con un TSP **muy bajo** (menos o igual a 3 en hombres y 4 en mujeres adultos) en general indica tendencia a mostrarse **libre de problemas** psicológicos. IMSP mayores a 3,20 en **ADULTOS** sugiere **dramatismo**. Mayores a 3,50 **extremo dramatismo**.

### 3.8. CONSIDERACIONES ÉTICAS

Para ejecutar el estudio de investigación se tuvo en cuenta contar con la autorización de la institución, y el consentimiento informado de los pacientes sujetos de estudio, expresándoles que es de carácter anónimo y confidencial considerando los principios éticos. (Anexo C)

## **CAPÍTULO IV**

### **RESULTADOS Y DISCUSIÓN**

Luego de haber recolectado los datos, los resultados fueron presentados en tablas y/o gráficos para su análisis e interpretación considerando el marco teórico. Así tenemos que:

#### **4.1. RESULTADOS**

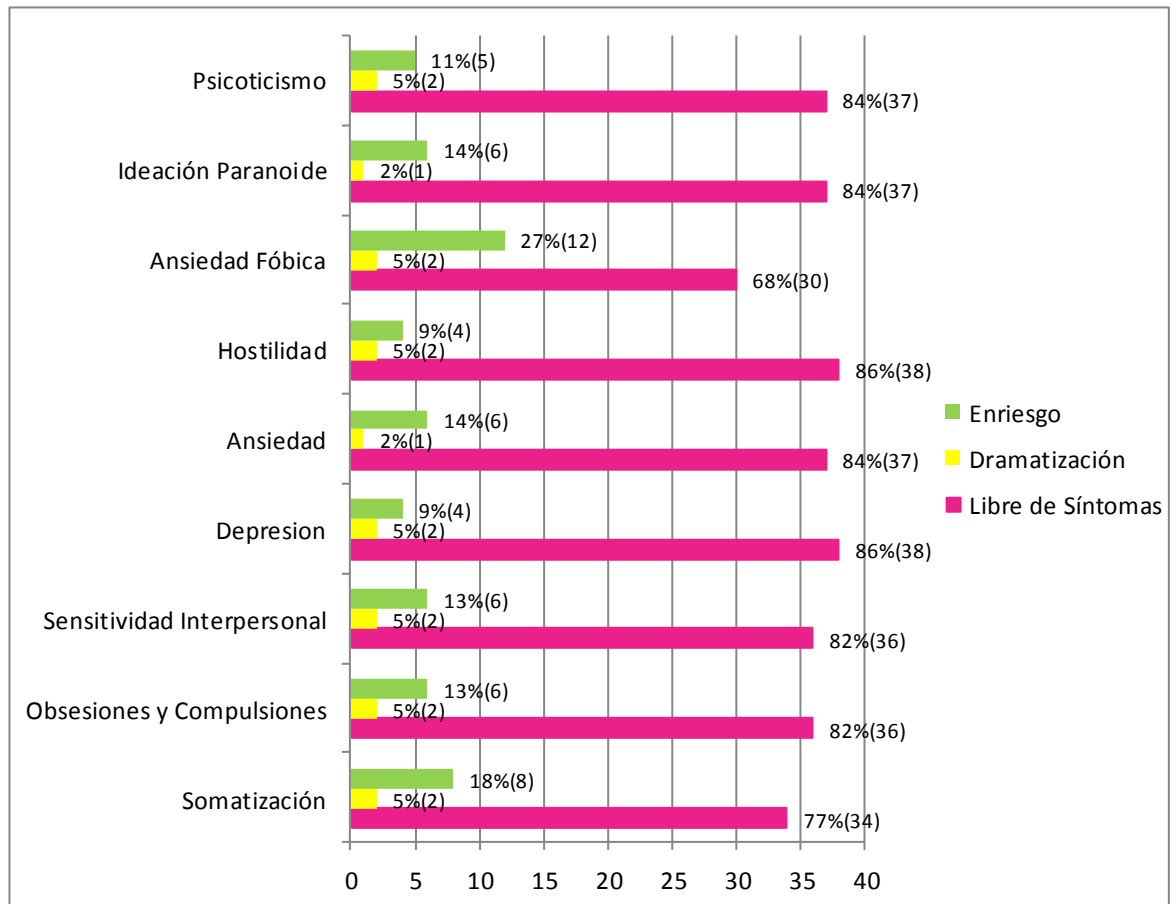
Según los datos generales, del 100% (44), 25% (11) tienen de 18 a 35 años, 61% (27) de 36 a 64 años y 14% (6) más de 65 años; 61% (27) son de sexo femenino y 39% (17) masculino; 48% (21) son solteros, 39% (17) casados, 9% (4) separado, 2% (1) divorciado y 2% (1) viudo (a); 39% (17) son independientes, 23% (10) son amas de casa, 20% (9) son técnicos, 11% (5) estudiantes y 7% (3) profesionales; 50% (22) son de Lima centro, 27% (12) de Lima este, 14% (6) de Lima sur, 7% (3) de Lima norte y 2% (1) Callao. (Anexo G).

Por lo expuesto se puede evidenciar que la mayoría de los pacientes que acuden al servicio de emergencia son adultos jóvenes y maduros ya que tienen entre 18 a 78 años, son solteros y casados; independientes, técnicos y amas de casa; proceden de Lima centro y este; y un mayor porcentaje son de sexo femenino.

Respecto a factores emocionales que intervienen en somatización de la enfermedad de los pacientes asmáticos que asisten al servicio de emergencia en el Hospital 2 de Mayo; del 100% (44); en la dimensión....

**GRAFICO N° 1**

**FACTORES EMOCIONALES QUE INTERVIENEN EN SOMATIZACIÓN DE LA ENFERMEDAD DE LOS PACIENTES ASMÁTICOS QUE ASISTEN AL SERVICIO DE EMERGENCIA EN EL HOSPITAL 2 DE MAYO 2016 LIMA – PERÚ 2017**

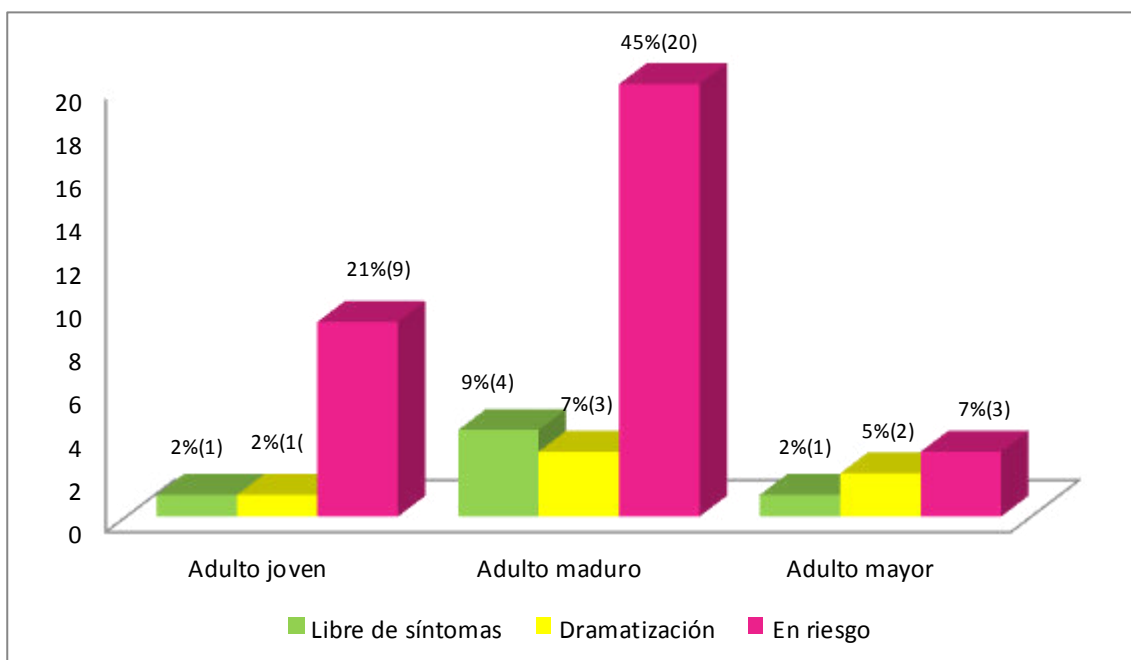


Fuente: Instrumento aplicado a pacientes asmáticos en Emergencia HNMD 2016

somatización el 77% (34) está libre de síntomas, 18% (8) en riesgo y 5% (2) dramatización; en la dimensión obsesiones y compulsiones, 82% (36)

## GRAFICO N° 2

### FACTORES EMOCIONALES QUE INTERVIENEN EN SOMATIZACIÓN DE LA ENFERMEDAD SEGÚN EDAD EN PACIENTES ASMÁTICOS QUE ASISTEN AL SERVICIO DE EMERGENCIA EN EL HOSPITAL 2 DE MAYO 2016 LIMA – PERÚ 2017

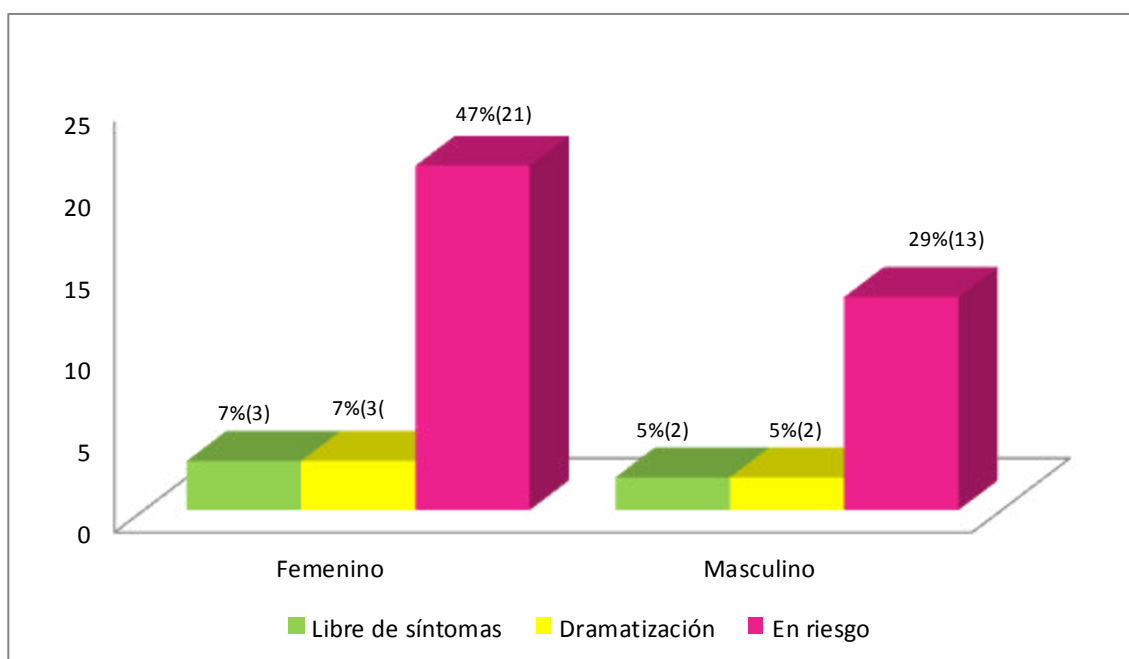


Fuente: Instrumento aplicado a pacientes asmáticos en Emergencia HNMD 2016

están libre de síntomas, 13% (6) están en riesgo y 5% (2) están dramatizando; en la dimensión sensibilidad interpersonal, 82% (36) están libre de síntomas, 13% (6) en riesgo y 5% (2) dramatizando; en la dimensión depresión, 86% (38) están libre de síntomas, 9% (4) en riesgo y 5% (2) dramatizando; en la dimensión ansiedad, 84% (37) están libre de síntomas, 14% (6) en riesgo y 2% (1) dramatizando; en la dimensión .....

### GRAFICO N° 3

#### FACTORES EMOCIONALES QUE INTERVIENEN EN SOMATIZACIÓN DE LA ENFERMEDAD SEGÚN SEXO EN PACIENTES ASMÁTICOS QUE ASISTEN AL SERVICIO DE EMERGENCIA EN EL HOSPITAL 2 DE MAYO 2016 LIMA – PERÚ 2017



Fuente: Instrumento aplicado a pacientes asmáticos en Emergencia HNDM 2016

hostilidad, 86% (38) están libre de síntomas, 9% (4) en riesgo y 5% (2) dramatizando; en la dimensión ansiedad fóbica, 68% (30) están libre de síntomas, 27% (12) en riesgo y 5% (2) dramatizando; en la dimensión ideación paranoide, 84% (37) están libre de síntomas, 14% (6) en riesgo y 2% (1) dramatizando; en la dimensión psicoticismo,

84% (37) están libre de síntomas, 11% (5) en riesgo y 5% (2) dramatizando. (Grafico N° 1, Anexo H).

En cuanto a los factores emocionales que intervienen en la somatización de la enfermedad según edad, del 100% (44), 45% (20) adultos maduros están en riesgo, 9% (4), libre de síntomas, y 7% (3) dramatizando; 21% (9) en edad adulto joven están riesgo, 2% (1) libre de síntomas, y 2% (1) dramatizando; 7% (3) adultos mayores están en riesgo, 5% (2) dramatizando y 2% (1) libre de síntomas. (Grafico N° 2, Anexo S).

Acerca de los factores emocionales que intervienen en la somatización de la enfermedad según sexo, del 100% (44), 61% (27) son de sexo femenino y 39% (17) de sexo masculino. En cuanto al sexo femenino 47% (21) están en riesgo, 7% (3) dramatizando y 7% (3) libre de síntomas; mientras que en el sexo masculino, 29% (13) están en riesgo, 5% (2) dramatizando y 11% (5) libre de síntomas. (Grafico N°3, Anexo T)

## **4.2 DISCUSIÓN**

El término somatización se ha utilizado descriptivamente para hacer referencia a la experiencia de síntomas físicos cuando la evaluación médica no revela una enfermedad explicativa o un proceso pato fisiológico suficiente que explique los síntomas o el impacto en el individuo.

Las emociones negativas que más se han estudiado en cuanto a sus relaciones con trastornos de salud son la ansiedad, la depresión y la ira. Una de las reacciones emocionales más investigada es sin duda la de la ansiedad, como estado emocional asociado a múltiples

trastornos, especialmente los psicofisiológicos. Otra emoción negativa bastante estudiada es la ira, por su relación con los trastornos cardiovasculares múltiples estudios metodológicamente rigurosos que demuestran el importante papel que la ansiedad asociada a las crisis de asma desempeña sobre la evolución del asma bronquial y de la enfermedad respiratoria en general. La ansiedad de algunos pacientes se asocia a una peor evolución de la enfermedad, al aumentar la sintomatología y transmitir una mayor sensación de gravedad, lo que lleva a tratamientos más urgentes, frecuentes, agresivos y costosos.

El objetivo del tratamiento no debe ser erradicar los síntomas físicos, sino ayudar al paciente a tolerarlos mejor y a enfrentarse con ellos con éxito, así como mejorar el rol y la capacidad física a pesar de persistir un cierto grado de malestar somático. De ahí que el profesional de Enfermería que labora en el servicio de emergencia tiene como objeto de su atención el cuidar, más que curar al paciente. Al igual que ante una enfermedad crónica, no se trata de curar la enfermedad, sino de ayudar al paciente a vivir con ella, minimizando los síntomas molestos.

La enfermedad médica oculta está siempre presente en el enfermo que presenta un trastorno psicósomático. El médico deberá evaluar de la forma más apropiada cada síntoma que el paciente o la familia refiera. Dentro de las herramientas más potentes de que dispone la enfermera para ayudar al paciente somatizador y a su familia consiste en mostrar una particular atención hacia sus problemas, con interés, preocupación, apoyo y ayuda.

Al respecto González Ramírez Mónica y cols, (2009), concluyeron en el estudio realizado que; *“existe relación directa entre la intensidad de los síntomas somáticos, la depresión y la ansiedad. Se recomienda*

*incluir en los programas de prevención o tratamiento de cualquiera de estos tres trastornos a los otros dos. Se deben implementar programas específicos para los jóvenes universitarios. Asimismo Espinoza Leal Fabiola y cols, (2006) en el estudio que realizaron concluyeron que “la ansiedad es frecuente en pacientes asmáticos y es menos común la depresión; sin embargo, tiene relación con la gravedad del asma. Estos resultados contrastan con lo referido en la bibliografía, en la cual hasta 54% de los pacientes asmáticos tienen ansiedad y 30% depresión, con la misma escala HAD. Es necesario identificar estos problemas con el propósito de administrar tratamiento integral y oportuno”.*

Por los datos obtenidos en el estudio sobre los factores emocionales que intervienen en somatización de la enfermedad de los pacientes asmáticos que asisten al servicio de emergencia; el mayor porcentaje refiere que están libres de síntomas en la dimensión sensibilidad interpersonal, porque se sienten incómodas con personas de otro sexo, se sienten inferior a los demás, y se sienten mal cuando corren o beben en público; en cuanto a la depresión no les falta interés por tener relaciones sexuales, ni piensan en quitarse la vida, y pierden las esperanzas en el futuro; y en la ansiedad tienen temblores en el cuerpo, ataques de miedo o pánico, y están inquietos de no poder estar sentado, ni moverse; seguido por un menor porcentaje que está en riesgo en la dimensión somatización, ya que presenta dolores en la espalda, calambres en manos, brazos o piernas y sentir los brazos y piernas muy pesados; mientras que en la ansiedad fóbica tienen miedo a viajar en tren, ómnibus o subterráneos, temen acercarse a algunos lugares porque les produce miedo, y tienen miedo a desmayarse en medio de la gente; y en la ideación paranoide, pierden la confianza en la mayoría de las personas, tienen ideas, pensamientos que los demás no entienden y sienten que los demás no lo valoran como merece; sin



embargo un mínimo porcentaje de pacientes dramatizan en la dimensión obsesiones y compulsiones en razón a que expresan que tiene dificultad para memorizar cosas, están preocupadas por su falta de ganas para hacer algo, y tiene que controlar una o más veces lo que hace; en la hostilidad se sienten enojados y malhumorados, discuten con mucha frecuencia, y explotan fácilmente y no poder controlarse; y en el psicoticismo, sienten que deben ser castigado por los pecados, que algo anda mal en su cuerpo y piensan que en su cabeza hay algo que no funciona bien; lo cual le puede conllevar a que en mediano o corto plazo puedan presentar complicaciones que pueden afectar el proceso de recuperación y predisponerlo a recidivas y/o recaídas que pueden repercutir en la hospitalización y los costos; así como en la calidad de la atención de enfermería al usuario que acude al servicio de emergencia.

De modo que según los datos obtenidos en el estudio sobre los factores emocionales que intervienen en la somatización de la enfermedad de los pacientes asmáticos, la somatización es un trastorno recurrente que se inicia antes de los 30 años y se caracteriza por múltiples y diversas quejas somáticas asociadas a una búsqueda de ayuda médica o a un deterioro significativo del funcionamiento. En ese sentido según los resultados obtenidos en el estudio se puede concluir que según la edad los adultos maduros presentan con mayor frecuencia síntomas de riesgo y dramatización. De igual manera según el sexo, el femenino es de mayor frecuencia la presencia de síntomas de riesgo y dramatización.

## **CAPITULO V**

### **CONCLUSIONES, RECOMENDACIONES Y LIMITACIONES**

#### **5.1. CONCLUSIONES**

- Los factores emocionales que intervienen en somatización de la enfermedad de los pacientes asmáticos que asisten al servicio de emergencia; el mayor porcentaje refiere que están libres de síntomas en la dimensión sensibilidad interpersonal, ya que no se sienten inferior a los demás, ni cuando corren o beben en público; en cuanto a la depresión, no piensan quitarse la vida, y las esperanzas en el futuro; y en la ansiedad no presentan temblores, ataques de miedo o pánico; seguido por un menor porcentaje que está en riesgo en la dimensión somatización, ya que presentan dolores en la espalda, calambres en manos, brazos o piernas y sentir los brazos y piernas muy pesados; mientras que en la ansiedad fóbica tienen miedo a viajar en tren, acercarse a algunos lugares porque les produce miedo; y en la ideación paranoide, pierden la confianza en la mayoría de las personas, y sienten que los demás no lo valoran como merece; sin embargo un mínimo porcentaje de pacientes dramatizan en la dimensión obsesiones y compulsiones en razón a que expresan que tiene dificultad para memorizar cosas, están preocupadas por su falta de ganas para hacer algo; en la hostilidad se sienten enojados y malhumorados, discuten con frecuencia, y explotan fácilmente al no poder controlarse; y en el psicoticismo, sienten que deben ser castigado, que algo anda mal en su cuerpo y piensan que en su cabeza hay algo que no funciona bien.

- Respecto a los factores emocionales que intervienen en la somatización de la enfermedad según edad, el adulto mayor tienen un mayor porcentaje de estar en riesgo, seguido por un menor porcentaje que están libre de síntomas y un mínimo porcentaje dramatiza.
- En cuanto a los factores emocionales que intervienen en la somatización de la enfermedad según sexo, la mayoría son de sexo femenino presentando el mayor porcentaje de pacientes que están en riesgo, seguido por un mínimo porcentaje de pacientes que están libre de síntomas y dramatizan.

## **5.2. RECOMENDACIONES**

- ✓ Que el Departamento de Enfermería y el servicio de emergencia a partir de los resultados les permita diseñar y/o elaborar programas de educación para la salud dirigida al paciente y los familiares utilizando estrategias y técnicas didácticas sobre los cuidados a tener en cuenta en el hogar promoviendo el autocuidado y la participación activa y consciente del usuario y familia.
- ✓ Que el Departamento de Enfermería y el servicio de emergencia promueva en el personal profesional de enfermería la elaboración e implementación de material educativo utilizando un lenguaje claro, sencillo y comprensible orientada a contribuir en la participación de los usuarios y familiares o cuidadores en el autocuidado en el hogar, promoviendo la cultura de prevención y la adopción de estilos de vida saludable que repercuta en la

calidad de vida y en la calidad de atención de enfermería que brinda al usuario.

- ✓ Realizar estudios similares y comparativos en el servicio de emergencia en las diferentes instituciones de salud según niveles de atención. (MINSA, Es Salud, FF.AA, EPS y Clínicas Privadas).
- ✓ Realizar estudios con enfoque cualitativo para profundizar el tema.

### **5.3. LIMITACIONES**

Los resultados y conclusiones derivadas del estudio solo son válidos y generalizables para la población de estudio que asisten al servicio de emergencia en el Hospital Público de Lima Metropolitana.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Álvarez Manuel (2005). Medicina Psicosomática, Andalucía

Álvarez Manuel (2005). Medicina Psicosomática, Andalucía  
Psicoterapia autógena [http://www.psicoter.es/\\_arts/pdf/90\\_A069\\_04.pdf](http://www.psicoter.es/_arts/pdf/90_A069_04.pdf)

Antoni, Balbena jefe del servicio de psiquiatría del hospital del Mar de Barcelona y vicepresidente de la Asociación Europea de Psiquiatría de Enlace y Psicosomática.

Cornella Canals j. Trastornos Sicopedagógicos. Centro médico Psicopedagógico-

Diseño de un Modelo de Intervención psicoterapéutica en el área de la salud a partir del enfoque procesal del estrés. Revista de estudios sociales, N° 18, agosto 2004, 59-65

Espinoza Leal, Fabiola. Ansiedad y depresión en asmáticos adultos en comparación con sujetos sanos.

Fabre Ortiz, Diana. Factores Psicológicos que contribuyen al asma en niños y adolescentes asmáticos y sus padres.

Farre, Joseph María (2006) Jefe del servicio de psiquiatría, psicología y medicina psicosomática de USP Institut Universitari Dexeus.

García-Campayo J. 1999. Usted no tiene nada. La somatización. Barcelona: Océano.

González M, Landero R. Síntomas psicósomáticos y teoría transaccional del estrés. *Ansiedad Estrés*. 2006;12(1):45-61.

González M, Landero R. Síntomas psicósomáticos y teoría transaccional del estrés. *Ansiedad Estrés*. 2006;12(1):45-61.

Gureje O, Simon G, Ustun T, Goldberg D. Somatization in cross-cultural perspective: a World Health Organization study in primary care. *Am J Psychiatry*. 1997;154(7):989-95.

Jalme Almenara Joseph. Master en Paido siquiatría. Universidad Autónoma de Barcelona.

Lieb R, Zimmermann P, Friss R, Hofler M, Tholen S, Wittchen H. The natural course of DSM-IV somatoform disorders and syndromes among adolescents and young adults: a prospective-longitudinal community study. *Eur Psychiatry*. 2002;17(6):321-31.

López J, Belloch A. La somatización como síntoma y como síndrome: una revisión del trastorno de somatización. *Rev Psicopatol Psicol Clin*. 2002;7(2):73-93.

Martina Casullo, María (1999-2004). Inventario de Síntomas SCL-90R de L. Derogatis. Adaptación UBA.Conicitet

Meneses Jacome, Claudia [Chttp://www.psiquiatria.com/revistas/index](http://www.psiquiatria.com/revistas/index).

Nue Guerrero, Verónica. Prevalencia y correlación de trastorno de ansiedad generalizada: depresivo mayor y de pánico en pacientes asmáticos adultos según grado de severidad.  
[php/rcp/article/view/72/](http://php/rcp/article/view/72/)

Piqueras Rodríguez José Antonio, Ramos Linares Victoriano, Martínez González Agustín Ernesto, Oblitas Guadalupe Luis Armando. Suma Psicológica, Vol. 16 No 2: 85-112, diciembre 2009, Bogotá (Col.). Emociones negativas y su impacto en la salud mental síquica.

Relación entre la ansiedad, depresión y síntomas sicosomáticos  
<http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IscScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=512377&indexSearch=ID>

Won Mayuri, José Luis (2006), Tesis: Síntomas depresivos en niños con Asma Persistente: Estudio comparativo en el Hospital Nacional Luis N. Sáenz PNP.

**ANEXOS**



## INDICE DE ANEXOS

<b>Anexo</b>		<b>Pág.</b>
A	Operacionalización de la Variable	67
B	Instrumento – Factores Crisis Asmática	72
C	Consentimiento Informado	76
D	Determinación de la Muestra	77
E	Tabla de Códigos	78
F	Medición de la Variable. Dimensiones	82
G	Datos Generales de pacientes asmáticos que asisten al servicio de emergencia en el Hospital 2 de Mayo 2016. Lima – Perú 2017.	84
H	Factores emocionales que intervienen en somatización de la enfermedad de los pacientes asmáticos que asisten al servicio de emergencia en el Hospital 2 de Mayo 2016. Lima – Perú 2017.	85
I	Factores emocionales que intervienen en somatización de la enfermedad según dimensión somatización por ítems en pacientes asmáticos que asisten al servicio de emergencia en el Hospital 2 de Mayo 2016. Lima – Perú 2017.	86
J	Factores emocionales que intervienen en somatización de la enfermedad según dimensión obsesiones y compulsiones por ítems en pacientes asmáticos que asisten al servicio de emergencia en el Hospital 2 de Mayo 2016. Lima – Perú 2017.	87
K	Factores emocionales que intervienen en somatización de la enfermedad según dimensión sensibilidad interpersonal por ítems en pacientes asmáticos que asisten al servicio de emergencia en el Hospital 2 de Mayo 2016. Lima – Perú 2017.	88
L	Factores emocionales que intervienen en somatización de la enfermedad según dimensión depresión por ítems en pacientes asmáticos que asisten al servicio de emergencia en el Hospital 2 de Mayo 2016. Lima – Perú 2017.	89

M	Factores emocionales que intervienen en somatización de la enfermedad según dimensión ansiedad por ítems en pacientes asmáticos que asisten al servicio de emergencia en el Hospital 2 de Mayo 2016. Lima – Perú 2017.	90
N	Factores emocionales que intervienen en somatización de la enfermedad según dimensión hostilidad por ítems en pacientes asmáticos que asisten al servicio de emergencia en el Hospital 2 de Mayo 2016. Lima – Perú 2017.	91
O	Factores emocionales que intervienen en somatización de la enfermedad según dimensión ansiedad fóbica por ítems en pacientes asmáticos que asisten al servicio de emergencia en el Hospital 2 de Mayo 2016. Lima – Perú 2017.	92
P	Factores emocionales que intervienen en somatización de la enfermedad según dimensión ideación paranoide por ítems en pacientes asmáticos que asisten al servicio de emergencia en el Hospital 2 de Mayo 2016. Lima – Perú 2017.	93
Q	Factores emocionales que intervienen en somatización de la enfermedad según dimensión psicoticismo por ítems en pacientes asmáticos que asisten al servicio de emergencia en el Hospital 2 de Mayo 2016. Lima – Perú 2017.	94
R	Factores emocionales que intervienen en somatización de la enfermedad según ítems adicionales por ítems en pacientes asmáticos que asisten al servicio de emergencia en el Hospital 2 de Mayo 2016. Lima – Perú 2017.	95
S	Factores emocionales que intervienen en somatización de la enfermedad según edad en pacientes asmáticos que asisten al servicio de emergencia en el Hospital 2 de Mayo 2016. Lima – Perú 2017.	96
T	Factores emocionales que intervienen en somatización de la enfermedad según sexo en pacientes asmáticos que asisten al servicio de emergencia en el Hospital 2 de Mayo 2016. Lima – Perú 2017.	97



Variable	Definición Conceptual	Definición Operacional	Subdimension	Indicadores	Valor Final
Factores emocionales que intervienen en la somatización del Asma.	Son las emociones que se producen con la participación de procesos psicológicos y pueden ser positivos o negativos. Estas emociones intervienen en la somatización del asma que consiste en experimentar y comunicar unos síntomas inexplicables desde los hallazgos patológicos que no son atribuibles a una enfermedad física y para los que han fracasado los tratamientos médicos al uso.	Es la respuesta expresada del paciente sobre las emociones que presenta ante una crisis de asma y que está referido a la somatización, en las dimensiones: Somatización, Obsesiones y compulsiones, Sensitividad Interpersonal Depresión, Ansiedad, Hostilidad, Ansiedad Fóbica, Ideación Paranoide Psicoticismo. Ítems adicionales  El cual fue obtenido a través del Inventario de Síntomas de CSL-90R de L Derogatis.	<b>Sensitividad Interpersonal (9 ítems)</b>  <b>Depresión (13 ítems)</b>	(6) Criticar a los demás (21) Sentirme incómodo con personas de otro sexo. (34) Sentirme herido en mis sentimientos. (36) Sentir que no le comprenden. (37) Sentir que no le cae bien a la gente. (41) Sentirse inferior a los demás. (61) Sentirse incómodo cuando le miran. (69) Estar pendiente de lo que los demás puedan pensar. (73) Sentirse mal si está bebiendo o comiendo en público.  (5) Falta de interés en relaciones sexuales. (14) Sentirme con muy pocas energías (15) Pensar en quitarme la vida. (20) Llorar por cualquier cosa. (22) Sentirme atrapado o encerrado. (26) Sentirse culpable por cosas que ocurren. (29) Sentirse solo. (30) Sentirse triste. (31) Preocuparse demasiado por todo lo que pasa. (32) No tener interés por nada. (54) Perder la esperanza en el futuro. (71) Sentir que todo le cuesta mucho esfuerzo. (79) Sentirme un/a inútil	

Variable	Definición Conceptual	Definición Operacional	Subdimensión	Indicadores	Valor Final
Factores emocionales que intervienen en la somatización del Asma.	Son las emociones que se producen con la participación de procesos psicológicos y pueden ser positivos o negativos. Estas emociones intervienen en la somatización del asma que consiste en experimentar y comunicar unos síntomas inexplicables desde los hallazgos patológicos que no son atribuibles a una enfermedad física y para los que han fracasado los tratamientos médicos al uso.	Es la respuesta expresada del paciente sobre las emociones que presenta ante una crisis de asma y que está referido a la somatización, en las dimensiones: Somatización, Obsesiones y compulsiones, Sensitividad Interpersonal Depresión, Ansiedad, Hostilidad, Ansiedad Fóbica, Ideación Paranoide Psicoticismo. Ítems adicionales  El cual fue obtenido a través del Inventario de Síntomas de CSL-90R de L Derogatis.	<b>Ideación Paranoide (6 ítems)</b>          <b>Psicoticismo (10 ítems)</b>	(8). Sentir que otros son culpables de lo que me pasa. (18). Perder la confianza en la mayoría de las personas. (43). Sentir que me vigilan o que hablan de mí. (68). Tener ideas, pensamientos que los demás no entienden. (76). Sentir que los demás no me valoran como merezco. (83). Sentir que se aprovechan de mí si los deajo.  (7) Sentir que otro puede controlar mis pensamientos. (16) Escuchar voces de otras personas. (35) Creer que la gente sabe qué estoy pensando. (62) Tener ideas, pensamientos que no son los míos. (77) Sentirme solo aun estando con gente. (84) Pensar cosas sobre el sexo que me molestan. (85) Sentir que debo ser castigado por mis pecados. (87). Sentir que algo anda mal en mi cuerpo. (88). Sentirme alejado/a de las demás personas. (90). Pensar que en mi cabeza hay algo que no funciona bien.	

Variable	Definición Conceptual	Definición Operacional	Subdimension	Indicadores	Valor Final
Factores emocionales que intervienen en la somatización del Asma.	Son las emociones que se producen con la participación de procesos psicológicos y pueden ser positivos o negativos. Estas emociones intervienen en la somatización del asma que consiste en experimentar y comunicar unos síntomas inexplicables desde los hallazgos patológicos que no son atribuibles a una enfermedad física y para los que han fracasado los tratamientos médicos al uso.	Es la respuesta expresada del paciente sobre las emociones que presenta ante una crisis de asma y que está referido a la somatización, en las dimensiones: Somatización, Obsesiones y compulsiones, Sensitividad Interpersonal Depresión, Ansiedad, Hostilidad, Ansiedad Fóbica, Ideación Paranoide Psicoticismo. Ítems adicionales  El cual fue obtenido a través del Inventario de Síntomas de CSL-90R de L Derogatis.	<b>Ansiedad (10 ítems)</b>  <b>Hostilidad (6 ítems)</b>  <b>Ansiedad Fóbica (7 ítems)</b>	(2)Nerviosismo (17)Temblores en mi cuerpo. (23)Asustarme de repente sin razón alguna. (33)Tener miedos. (39)Mi corazón late muy fuerte, se acelera. (57)Sentirme muy nervioso/agitado. (72)Tener ataques de mucho miedo o de pánico. (78)Estar inquieto; no poder estar sentado sin moverme. (80)Sentir que algo malo me va a pasar. (86)Tener imágenes y pensamientos que me dan miedo.  (11)Sentirme enojado/malhumorado. (24)Explotar y no poder controlarme. (63)Necesitar golpear o lastimar a alguien. (67)Necesitar romper o destrozar cosas. (74)Meterme muy seguido en discusiones. (81)Gritar o tirar cosas.  (13)Miedo a los espacios abiertos o las calle. (25)Tener miedo a salir solo de mi casa. (47)Tener miedo de viajar en tren, ómnibus o subterráneos. (50)Tener que evitar acercarme a algunos lugares o actividades porque me dan miedo. (70)Sentirme incómodo en lugares donde hay mucha gente. (75). Ponerme nervioso/a cuando estoy solo/a. (82) . Miedo a desmayarme en medio de la gente.	

Variable	Definición Conceptual	Definición Operacional	Subdimensión	Indicadores	Valor Final
Factores emocionales que intervienen en la somatización del Asma.	<p>Son las emociones que se producen con la participación de procesos psicológicos y pueden ser positivos o negativos.</p> <p>Estas emociones intervienen en la somatización del asma que consiste en experimentar y comunicar unos síntomas inexplicables desde los hallazgos patológicos que no son atribuibles a una enfermedad física y para los que han fracasado los tratamientos médicos al uso.</p>	<p>Es la respuesta expresada del paciente sobre las emociones que presenta ante una crisis de asma y que está referido a la somatización, en las dimensiones: Somatización, Obsesiones y compulsiones, Sensitividad Interpersonal Depresión, Ansiedad, Hostilidad, Ansiedad Fóbica, Ideación Paranoide Psicoticismo.</p> <p>Ítems adicionales</p> <p>El cual fue obtenido a través del Inventario de Síntomas de CSL-90R de L Derogatis.</p>	<p><b>Ítems adicionales</b></p> <p><b>(7 ítems)</b></p>	<p>(19) No tener ganas de comer.</p> <p>(44) Tener problemas para dormirme.</p> <p>(59) Pensar que estoy por morir.</p> <p>(60) Comer demasiado.</p> <p>(64) Despertarme muy temprano por la mañana sin necesidad.</p> <p>(66) Dormir con problemas, muy inquieto.</p> <p>(89). Sentirme culpable.</p>	

## ANEXO B

  
UNMSM – FM - UPG  
PSEE 2016

### INSTRUMENTO – FACTORES CRISIS ASMÁTICA

#### PRESENTACIÓN

Buenos días señor (a), soy Lissett Requena Raygada Licenciada en Enfermería, en esta oportunidad se está realizando un estudio en coordinación con la institución. Para lo cual solicito su colaboración a través de sus respuestas sinceras y veraces expresándole que es de carácter anónimo y confidencial. Agradezco anticipadamente su participación en el estudio.

#### DATOS GENERALES

**Nombre**..... **Edad**:..... **Fecha de hoy**: .....

*Marcar con una cruz las opciones que correspondan*

**Sexo:**  Mujer  Varón

**Educación:**

Primario incompleto  Secundario incompleto  Terciario incompleto  
 Primario completo  Secundario completo  Terciario/universitario completo

**Estado civil:**

Soltero  Divorciado  Viudo/a  Casado  Separado  En pareja

**Ocupación:** .....

**Lugar de nacimiento:** .....

**Lugar de residencia actual:** .....

#### INSTRUCCIONES

A continuación le presentamos una lista de problemas que tiene la gente. Lea cada uno de ellos y marque su respuesta con una cruz en la casilla correspondiente, pensando en cómo se sintió, en qué medida ese problema le ha preocupado o molestado durante la última semana (7 días). Tiene cinco (5) posibilidades de respuesta:

**NADA - MUY POCO - POCO – BASTANTE – MUCHO.**

No hay respuestas buenas o malas: todas sirven. No deje frases sin responder



### DATOS ESPECIFICOS

ITEMS	Nada	Muy poco	Poco	Bastante	Mucho
1. Dolores de cabeza.					
2. Nerviosismo.					
3. Pensamientos desagradables que no se iban de mi cabeza.					
4. Sensación de mareo o desmayo.					
5. Falta de interés en relaciones sexuales.					
6. Criticar a los demás					
7. Sentir que otro puede controlar mis pensamientos.					
8. Sentir que otros son culpables de lo que me pasa.					
9. Tener dificultad para memorizar cosas.					
10. Estar preocupado/a por mi falta de ganas para hacer algo.					
11. Sentirme enojado/a, malhumorado/a.					
12. Dolores en el pecho.					
13. Miedo a los espacios abiertos o las calles.					
14. Sentirme con muy pocas energías.					
15. Pensar en quitarme la vida.					
16. Escuchar voces que otras personas					
17. Temblores en mi cuerpo.					
18. Perder la confianza en la mayoría de las personas.					
19. No tener ganas de comer.					
20. Llorar por cualquier cosa.					
21. Sentirme incómodo/a con personas del otro sexo.					
22. Sentirme atrapada/o o encerrado/a.					
23. Asustarme de repente sin razón alguna.					
24. Explotar y no poder controlarme.					
25. Tener miedo a salir solo/a de mi casa.					
26. Sentirme culpable por cosas que ocurren.					
27. Dolores en la espalda.					
28. No poder terminar las cosas que empecé a hacer.					
29. Sentirme solo/a.					
30. Sentirme triste.					
31. Preocuparme demasiado por todo lo que pasa.					
32. No tener interés por nada.					
33. Tener miedos.					
34. Sentirme herido en mis sentimientos					

ITEMS	Nada	Muy poco	Poco	Bastante	Mucho
35. Creer que la gente sabe qué estoy pensando.					
36. Sentir que no me comprenden.					
37. Sentir que no caigo bien a la gente, que no les gusto.					
38. Tener que hacer las cosas muy despacio para estar seguro/a de que están bien hechas.					
39. Mi corazón late muy fuerte, se acelera.					
40. Náuseas o dolor de estómago.					
41. Sentirme inferior a los demás.					
42. Calambres en manos, brazos o piernas.					
43. Sentir que me vigilan o que hablan de mí.					
44. Tener problemas para dormirme.					
45. Tener que controlar una o más veces lo que hago.					
46. Tener dificultades para tomar decisiones.					
47. Tener miedo de viajar en tren, ómnibus o subterráneos.					
48. Tener dificultades para respirar bien.					
49. Ataques de frío o de calor.					
50. Tener que evitar acercarme a algunos lugares o actividades porque me dan miedo.					
51. Sentir que mi mente queda en blanco.					
52. Hormigueos en alguna parte del cuerpo.					
53. Tener un nudo en la garganta.					
54. Perder las esperanzas en el futuro.					
55. Dificultades para concentrarme en lo que estoy haciendo.					
56. Sentir flojedad, debilidad, en partes de mi cuerpo.					
57. Sentirme muy nervioso/a, agitado/a					
58. Sentir mis brazos y piernas muy pesados					
59. Pensar que me estoy por morir.					
60. Comer demasiado.					
61. Sentirme incómodo/a cuando me miran o hablan de mí.					
62. Tener ideas, pensamientos que no son los míos.					
63. Necesitar golpear o lastimar a alguien.					
64. Despertarme muy temprano por la					

ITEMS	Nada	Muy poco	Poco	Bastante	Mucho
mañana sin necesidad.					
65. Repetir muchas veces algo que hago: contar, lavarme, tocar cosas.					
66. Dormir con problemas, muy inquieto/a.					
67. Necesitar romper o destrozar cosas.					
68. Tener ideas, pensamientos que los demás no entienden.					
69. Estar muy pendiente de lo que los demás puedan pensar de mí.					
70. Sentirme incómodo/a en lugares donde hay mucha gente.					
71. Sentir que todo me cuesta mucho esfuerzo.					
72. Tener ataques de mucho miedo o de pánico.					
73. Sentirme mal si estoy comiendo o bebiendo en público.					
74. Meterme muy seguido en discusiones.					
75. Ponerme nervioso/a cuando estoy solo/a.					
76. Sentir que los demás no me valoran como merezco.					
77. Sentirme solo/aun estando con gente.					
78. Estar inquieto/a; no poder estar sentado/a sin moverme.					
79. Sentirme un/a inútil.					
80. Sentir que algo malo me va a pasar.					
81. Gritar o tirar cosas.					
82. Miedo a desmayarme en medio de la gente.					
83. Sentir que se aprovechan de mí si los dejo.					
84. Pensar cosas sobre el sexo que me molestan.					
85. Sentir que debo ser castigado/a por mis pecados.					
86. Tener imágenes y pensamientos que me dan miedo.					
87. Sentir que algo anda mal en mi cuerpo.					
88. Sentirme alejado/a de las demás personas.					
89. Sentirme culpable.					
90. Pensar que en mi cabeza hay algo que no funciona bien.					

*Gracias por su participación*

## **ANEXO C**

### **CONSENTIMIENTO INFORMADO**

A través del presente documento expreso mi voluntad de participar en la investigación titulada: “Factores emocionales que intervienen en somatización de la enfermedad de los pacientes asmáticos que asisten al servicio de emergencia en el Hospital 2 de Mayo 2016”.

Habiendo sido informado(a) del propósito de la misma, así como de los objetivos y teniendo la confianza plena de que por la información que se vierte en el instrumento será solo y exclusivamente para fines de la investigación en mención, además confío en que la investigación utilizará adecuadamente dicha información asegurándome la máxima confidencialidad.

Nombre:

DNI:

### **COMPROMISO DE CONFIDENCIALIDAD**

Estimado (a) Colega:

La investigación del estudio para lo cual Ud. ha manifestado su deseo de participar, habiendo dado su consentimiento informado, se compromete con usted a guardar la máxima confidencialidad de información, así como también le asegura que los hallazgos serán utilizados solo con fines de investigación y no le perjudicarán en lo absoluto.

ATTE.

Lissette Requena Raygada  
Autora del estudio

## ANEXO D

### DETERMINACIÓN DE LA MUESTRA

Muestreo probabilístico de proporciones para posición finita

$n$  = Tamaño de la Muestra

$z$  = 95% de Confianza = 1.96

$p$  = Proporción de casos de la población que tienen las características  
que se desea estudiar = 60%

$q$  = 1- $p$  Proporción de individuos de la población que no tienen las  
características de interés = 40%

$d$  = Margen de error permisible = 0.05

$nf$  = Corrección por tamaño de muestra

$N$  = Tamaño de la Población

$$n = + \frac{pq N z^2}{pqz^2 + (n - 1)d^2}$$

$$n = \frac{(0.6)(0.4)(1.96)^2(100)}{(0.6)(0.4)(1.96)^2 + 99 (0.05^2)}$$

Factor de corrección:

$$n = 79.4$$

$$nf = \frac{n}{1 + \frac{n}{N}}$$

$$nf = \frac{79.4}{1 + 0.8}$$

$$nf = 44.$$

## ANEXO E

### TABLA DE CODIGOS

#### DATOS GENERALES

N°	Pregunta-Variable	Categoría	Código
1	Edad	Adulto joven	01
		Adulto maduro	02
		Adulto mayor	03
2	Sexo	Femenino	01
		Masculino	02
3	Estado Civil	Soltero	01
		Casado	02
		Separado	03
		Divorciado	04
		Viudo/a	05
4	Ocupación	Profesional	01
		Técnico	02
		Ama de casa	03
		Estudiante	04
		Independiente	05
5	Lugar de residencia	Lima centro	01
		Lima este	02
		Lima sur	03
		Lima norte	04
		Callao	05

### DATOS ESPECIFICOS

ITEMS	Nada	Muy poco	Poco	Bastante	Mucho
1. Dolores de cabeza.	0	1	2	3	4
2. Nerviosismo.	0	1	2	3	4
3. Pensamientos desagradables que no se iban de mi cabeza.	0	1	2	3	4
4. Sensación de mareo o desmayo.	0	1	2	3	4
5. Falta de interés en relaciones sexuales.	0	1	2	3	4
6. Criticar a los demás	0	1	2	3	4
7. Sentir que otro puede controlar mis pensamientos.	0	1	2	3	4
8. Sentir que otros son culpables de lo que me pasa.	0	1	2	3	4
9. Tener dificultad para memorizar cosas.	0	1	2	3	4
10. Estar preocupado/a por mi falta de ganas para hacer algo.	0	1	2	3	4
11. Sentirme enojado/a, malhumorado/a.	0	1	2	3	4
12. Dolores en el pecho.	0	1	2	3	4
13. Miedo a los espacios abiertos o las calles.	0	1	2	3	4
14. Sentirme con muy pocas energías.	0	1	2	3	4
15. Pensar en quitarme la vida.	0	1	2	3	4
16. Escuchar voces que otras personas	0	1	2	3	4
17. Temblores en mi cuerpo.	0	1	2	3	4
18. Perder la confianza en la mayoría de las personas.	0	1	2	3	4
19. No tener ganas de comer.	0	1	2	3	4
20. Llorar por cualquier cosa.	0	1	2	3	4
21. Sentirme incómodo/a con personas del otro sexo.	0	1	2	3	4
22. Sentirme atrapada/o o encerrado/a.	0	1	2	3	4
23. Asustarme de repente sin razón alguna.	0	1	2	3	4
24. Explotar y no poder controlarme.	0	1	2	3	4
25. Tener miedo a salir solo/a de mi casa.	0	1	2	3	4
26. Sentirme culpable por cosas que ocurren.	0	1	2	3	4
27. Dolores en la espalda.	0	1	2	3	4
28. No poder terminar las cosas que empecé a hacer.	0	1	2	3	4
29. Sentirme solo/a.	0	1	2	3	4
30. Sentirme triste.	0	1	2	3	4
31. Preocuparme demasiado por todo lo que pasa.	0	1	2	3	4

32. No tener interés por nada.	0	1	2	3	4
33. Tener miedos.	0	1	2	3	4
34. Sentirme herido en mis sentimientos	0	1	2	3	4
35. Creer que la gente sabe qué estoy pensando.	0	1	2	3	4
36. Sentir que no me comprenden.	0	1	2	3	4
37. Sentir que no caigo bien a la gente, que no les gusto.	0	1	2	3	4
38. Tener que hacer las cosas muy despacio para estar seguro/a de que están bien hechas.	0	1	2	3	4
39. Mi corazón late muy fuerte, se acelera.	0	1	2	3	4
40. Náuseas o dolor de estómago.	0	1	2	3	4
41. Sentirme inferior a los demás.	0	1	2	3	4
42. Calambres en manos, brazos o piernas.	0	1	2	3	4
43. Sentir que me vigilan o que hablan de mí.	0	1	2	3	4
44. Tener problemas para dormirme.	0	1	2	3	4
45. Tener que controlar una o más veces lo que hago.	0	1	2	3	4
46. Tener dificultades para tomar decisiones.	0	1	2	3	4
47. Tener miedo de viajar en tren, ómnibus o subterráneos.	0	1	2	3	4
48. Tener dificultades para respirar bien.	0	1	2	3	4
49. Ataques de frío o de calor.	0	1	2	3	4
50. Tener que evitar acercarme a algunos lugares o actividades porque me dan miedo.	0	1	2	3	4
51. Sentir que mi mente queda en blanco.	0	1	2	3	4
52. Hormigueos en alguna parte del cuerpo.	0	1	2	3	4
53. Tener un nudo en la garganta.	0	1	2	3	4
54. Perder las esperanzas en el futuro.	0	1	2	3	4
55. Dificultades para concentrarme en lo que estoy haciendo.	0	1	2	3	4
56. Sentir flojedad, debilidad, en partes de mi cuerpo.	0	1	2	3	4
57. Sentirme muy nervioso/a, agitado/a	0	1	2	3	4
58. Sentir mis brazos y piernas muy pesados	0	1	2	3	4
59. Pensar que me estoy por morir.	0	1	2	3	4
60. Comer demasiado.	0	1	2	3	4
61. Sentirme incómodo/a cuando me miran o hablan de mí.	0	1	2	3	4
62. Tener ideas, pensamientos que no son los míos.	0	1	2	3	4



63. Necesitar golpear o lastimar a alguien.	0	1	2	3	4
64. Despertarme muy temprano por la mañana sin necesidad.	0	1	2	3	4
65. Repetir muchas veces algo que hago: contar, lavarme, tocar cosas.	0	1	2	3	4
66. Dormir con problemas, muy inquieto/a.	0	1	2	3	4
67. Necesitar romper o destrozarse cosas.	0	1	2	3	4
68. Tener ideas, pensamientos que los demás no entienden.	0	1	2	3	4
69. Estar muy pendiente de lo que los demás puedan pensar de mí.	0	1	2	3	4
70. Sentirme incómodo/a en lugares donde hay mucha gente.	0	1	2	3	4
71. Sentir que todo me cuesta mucho esfuerzo.	0	1	2	3	4
72. Tener ataques de mucho miedo o de pánico.	0	1	2	3	4
73. Sentirme mal si estoy comiendo o bebiendo en público.	0	1	2	3	4
74. Meterme muy seguido en discusiones.	0	1	2	3	4
75. Ponerme nervioso/a cuando estoy solo/a.	0	1	2	3	4
76. Sentir que los demás no me valoran como merezco.	0	1	2	3	4
77. Sentirme solo/a aún estando con gente.	0	1	2	3	4
78. Estar inquieto/a; no poder estar sentado/a sin moverme.	0	1	2	3	4
79. Sentirme un/a inútil.	0	1	2	3	4
80. Sentir que algo malo me va a pasar.	0	1	2	3	4
81. Gritar o tirar cosas.	0	1	2	3	4
82. Miedo a desmayarme en medio de la gente.	0	1	2	3	4
83. Sentir que se aprovechan de mí si los dejo.	0	1	2	3	4
84. Pensar cosas sobre el sexo que me molestan.	0	1	2	3	4
85. Sentir que debo ser castigado/a por mis pecados.	0	1	2	3	4
86. Tener imágenes y pensamientos que me dan miedo.	0	1	2	3	4
87. Sentir que algo anda mal en mi cuerpo.	0	1	2	3	4
88. Sentirme alejado/a de las demás personas.	0	1	2	3	4
89. Sentirme culpable.	0	1	2	3	4
90. Pensar que en mi cabeza hay algo que no funciona bien.	0	1	2	3	4

## ANEXO F

### MEDICIÓN DE LA VARIABLE - DIMENSIONES

SCL-90-R. Adaptación UBA. CONICET. 1999/2008. Prof. M.M. Casullo.

#### Hoja para el cálculo de los puntajes

- 1) Se calculan las puntuaciones directas o brutas para cada una de las nueve dimensiones y los tres índices.
- 2) Sumar los valores asignados a cada ítem y dividir ese total por el número de ítems respondidos.
- 3) Se convierten esas puntuaciones directas en puntuaciones T normalizadas. usando tabla.
- 4) Se considera indicativa de una persona **EN RIESGO** toda puntuación T normalizada igual o superior a 63.

**1) SOMATIZACIONES (12 ítems)**

1.... 4.... 12.... 27.... 40.... 42.... 48.... 49....  
52.... 53.... 56... 58.... □

Total		Promedio
N°		
Resp		

**2) OBSESIONES Y COMPULSIONES (10 ítems)**

3..... 9..... 10..... 28..... 38..... 45..... 46..... 51.....  
55..... 65.....- - - □

Total		Promedio
N°		
Resp		

**3) SENSITIVIDAD INTERPERSONAL (9 ítems)**

6..... 21..... 34..... 36..... 37..... 41..... 61..... 69.....  
73..... - - - - - □

Total		Promedio
N°		
Resp		

**4) DEPRESIÓN (13 ítems)**

5....14....15... 20.... 22.... 26... 29... 30... 31...  
32...54... 71... 79.... □

Total		Promedio
N°		
Resp		

**5) ANSIEDAD (10 ítems)**

2..... 17..... 23..... 33..... 39..... 57..... 72.....  
78..... 80..... 86..... □

Total		Promedio
N°		
Resp		

**6) HOSTILIDAD (6 ítems)**

11..... 24..... 63..... 67..... 74..... 81..... - - - - -  
- - - - - □

Total		Promedio
N°		
Resp		

**7) ANSIEDAD FÓBICA (7 ítems)**

13..... 25..... 47..... 50..... 70.....75..... 82..... -

-----

Total		Promedio
N° Resp		

**8) IDEACIÓN PARANOIDE (6 ítems)**

8..... 18..... 43..... 68..... 76..... 83..... -----

-----

Total		Promedio
N° Resp		

**9) PSICOTICISMO (10 ítems)**

7..... 16..... 35..... 62..... 77..... 84..... 85.....

87..... 88..... 90..... ---

Total		Promedio
N° Resp		

**ITEMES ADICIONALES (7 ítems)**

19.....44..... 59.....60..... 64.....66.....89.....

-----

Total		Promedio
N° Resp		

**INDICE DE SEVERIDAD GLOBAL -----**

$\Sigma$ Total	N° de Rptas contestados	

**TOTAL DE SINTOMAS POSITIVOS -----**

**INDICE MALESTAR SINTOMÁTICO POSITIVO -----**

$\Sigma$ Total	N° de Rptas contestados	

**DEL HOSPITAL 2 DE MAYO**

	OBS	SI	DEP	ANS	HOS	FOB	PAR	PSIC	IGS	TSP	IMSP
del Hospital 2 de Mayo											
del Hospital 2 de Mayo											

## ANEXO G

### DATOS GENERALES DE PACIENTES ASMÁTICOS QUE ASISTEN AL SERVICIO DE EMERGENCIA EN EL HOSPITAL DOS DE MAYO 2016 LIMA-PERÚ 2017

N°	ITEMS	N°	%
1	Adulto Joven	11	25
	Adulto Maduro	27	61
	Adulto Mayor	6	14
	TOTAL	44	100
2	Femenino	27	61
	Masculino	17	39
	TOTAL	44	100
3	Soltero	21	48
	Casado	17	39
	Separado	4	9
	Divorciado	1	2
	Viudo/a	1	2
	TOTAL	44	100
4	Profesional	3	7
	Técnico	9	20
	Ama de casa	10	23
	Estudiante	5	11
	Independiente	17	39
	TOTAL	44	100
5	Lima centro	22	50
	Lima este	12	27
	Lima sur	6	14
	Lima norte	3	7
	Callao	1	2
	TOTAL	44	100

Fuente: Instrumento aplicado a pacientes asmáticos en Emergencia HNDM 2016

## ANEXO H

### FACTORES EMOCIONALES QUE INTERVIENEN EN SOMATIZACIÓN DE LA ENFERMEDAD DE LOS PACIENTES ASMÁTICOS QUE ASISTEN AL SERVICIO DE EMERGENCIA EN EL HOSPITAL 2 DE MAYO 2016 LIMA – PERÚ 2017

DIMENSIONES	LIBRE DE SINTOMAS		DRAMATIZACION		EN RIESGO		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Somatización	34	77	2	5	8	18	44	100
Obsesiones y Compulsiones	36	82	2	5	6	13	44	100
Sensitividad Interpersonal	36	82	2	5	6	13	44	100
Depresión	38	86	2	5	4	9	44	100
Ansiedad	37	84	1	2	6	14	44	100
Hostilidad	38	86	2	5	4	9	44	100
Ansiedad Fóbica	30	68	2	5	12	27	44	100
Ideación Paranoide	37	84	1	2	6	14	44	100
Psicoticismo	37	84	2	5	5	11	44	100

Fuente: Instrumento aplicado a pacientes asmáticos en Emergencia HNDM 2016 (según puntaje T normalizado)

## ANEXO I

### FACTORES EMOCIONALES QUE INTERVIENEN EN SOMATIZACIÓN DE LA ENFERMEDAD SEGÚN DIMENSION SOMATIZACION POR ITEMS EN PACIENTES ASMÁTICOS QUE ASISTEN AL SERVICIO DE EMERGENCIA EN EL HOSPITAL 2 DE MAYO 2016 LIMA – PERÚ 2017

N°	Ítems	Nada		Muy poco		Poco		Bastante		Mucho		Total	
		N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
<b>SOMATIZACION</b>													
1	Dolores de cabeza	14	32	17	39	7	16	3	7	3	7	44	100%
4	Sensación de mareo o desmayo	20	45	13	30	9	20	0	0	2	5	44	100%
12	Dolores en el pecho	19	43	5	11	14	32	5	11	1	2	44	100%
27	Dolores en la espalda	8	18	7	16	21	48	5	11	3	7	44	100%
40	Náuseas o dolor de estómago	19	43	9	20	8	18	7	16	1	2	44	100%
42	Calambres en manos, brazos o piernas	12	27	11	25	12	27	7	16	2	5	44	100%
48	Tener dificultades para respirar bien	15	34	9	20	12	27	7	16	1	2	44	100%
49	Ataques de frío o de calor	15	34	10	23	15	34	4	9	0	0	44	100%
52	Hormigueos en alguna parte del cuerpo	16	36	14	32	11	25	3	7	0	0	44	100%
53	Tener un nudo en la garganta	25	57	10	23	5	11	4	9	0	0	44	100%
56	Sentir flojedad, debilidad, en partes de mi cuerpo.	15	34	10	23	10	23	7	16	2	5	44	100%
58	Sentir mis brazos y piernas muy pesados	19	43	9	20	10	23	3	7	3	7	44	100%

Fuente: Instrumento aplicado a pacientes asmáticos en Emergencia HNDM 2016

## ANEXO J

### FACTORES EMOCIONALES QUE INTERVIENEN EN SOMATIZACIÓN DE LA ENFERMEDAD SEGÚN DIMENSION OBSESIONES Y COMPULSIONES POR ITEMS EN PACIENTES ASMÁTICOS QUE ASISTEN AL SERVICIO DE EMERGENCIA EN EL HOSPITAL 2 DE MAYO 2016 LIMA – PERÚ 2017

N°	Ítems	Nada		Muy poco		Poco		Bastante		Mucho		Total	
		N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
<b>OBSESIONES Y COMPULSIONES</b>													
3	Pensamientos desagradables que no se iban de mi cabeza.	23	52	8	18	7	16	5	11	1	2	44	100%
9	Tener dificultad para memorizar cosas.	20	45	9	20	9	20	4	9	2	5	44	100%
10	Estar preocupado/a por mi falta de ganas para hacer algo.	14	32	11	25	8	18	8	18	3	7	44	100%
28	No poder terminar las cosas que empecé a hacer.	23	52	13	30	4	9	4	9	0	0	44	100%
38	Tener que hacer las cosas muy despacio para estar seguro/a de que están bien hechas.	12	27	10	23	11	25	5	11	6	14	44	100%
45	Tener que controlar una o más veces lo que hago.	17	39	12	27	9	20	6	14	0	0	44	100%
46	Tener dificultades para tomar decisiones.	19	43	12	27	6	14	4	9	3	7	44	100%
51	Sentir que mi mente queda en blanco.	30	68	7	16	5	11	2	5	0	0	44	100%
55	Dificultades para concentrarme en lo que estoy haciendo.	21	48	11	25	7	16	4	9	1	2	44	100%
65	Repetir muchas veces algo que hago: contar, lavarme, tocar cosas.	26	59	8	18	8	18	1	2	1	2	44	100%

Fuente: Instrumento aplicado a pacientes asmáticos en Emergencia HNDM 2016

## ANEXO K

### FACTORES EMOCIONALES QUE INTERVIENEN EN SOMATIZACIÓN DE LA ENFERMEDAD SEGÚN DIMENSION SENSITIVIDAD INTERPERSONALPOR ITEMS EN PACIENTES ASMÁTICOS QUE ASISTEN AL SERVICIO DE EMERGENCIA EN EL HOSPITAL 2 DE MAYO LIMA – PERÚ 2017

N°	Ítems	Nada		Muy poco		Poco		Bastante		Mucho		Total	
		N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
<b>SENSITIVIDAD INTERPERSONAL</b>													
6	Criticar a los demás	21	48	11	25	10	23	1	2	1	2	44	100%
21	Sentirme incómodo/a con personas del otro sexo.	30	68	6	14	6	14	1	2	1	2	44	100%
34	Sentirme herido en mis sentimientos	20	45	10	23	7	16	5	11	2	5	44	100%
36	Sentir que no me comprenden.	20	45	7	16	10	23	5	11	2	5	44	100%
37	Sentir que no caigo bien a la gente, que no les gusto.	24	55	9	20	5	11	6	14	0	0	44	100%
41	Sentirme inferior a los demás.	30	68	6	14	5	11	2	5	1	2	44	100%
61	Sentirme incómodo/a cuando me miran o hablan de mí.	18	41	14	32	7	16	4	9	1	2	44	100%
69	Estar muy pendiente de lo que los demás puedan pensar de mí.	25	57	9	20	5	11	5	11	0	0	44	100%
73	Sentirme mal si estoy comiendo o bebiendo en público.	33	75	4	9	5	11	1	2	1	2	44	100%

Fuente: Instrumento aplicado a pacientes asmáticos en Emergencia HNMD 2016



## ANEXO L

### FACTORES EMOCIONALES QUE INTERVIENEN EN SOMATIZACIÓN DE LA ENFERMEDAD SEGÚN DIMENSION DEPRESION POR ITEMS EN PACIENTES ASMÁTICOS QUE ASISTEN AL SERVICIO DE EMERGENCIA EN EL HOSPITAL 2 DE MAYO 2016 LIMA – PERÚ 2017

N°	Ítems	Nada		Muy poco		Poco		Bastante		Mucho		Total	
		N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
	<b>DEPRESION</b>												
5	Falta de interés en relaciones sexuales.	27	61	6	14	10	23	1	2	0	0	44	100%
14	Sentirme con muy pocas energías.	8	18	17	39	13	30	4	9	2	5	44	100%
15	Pensar en quitarme la vida.	37	84	3	7	2	5	2	5	0	0	44	100%
20	Llorar por cualquier cosa.	17	39	9	20	12	27	4	9	2	5	44	100%
22	Sentirme atrapada/o o encerrado/a.	28	64	7	16	7	16	2	5	0	0	44	100%
26	Sentirme culpable por cosas que ocurren.	23	52	9	20	6	14	6	14	0	0	44	100%
29	Sentirme solo/a.	24	55	7	16	7	16	4	9	2	5	44	100%
30	Sentirme triste.	21	48	9	20	5	11	6	14	3	7	44	100%
31	Preocuparme demasiado por todo lo que pasa.	7	16	15	34	4	9	12	27	6	14	44	100%
32	No tener interés por nada.	26	59	5	11	8	18	3	7	2	5	44	100%
54	Perder las esperanzas en el futuro.	27	61	5	11	6	14	4	9	2	5	44	100%
71	Sentir que todo me cuesta mucho esfuerzo.	17	39	11	25	8	18	6	14	2	5	44	100%
79	Sentirme un/a inútil.	32	73	7	16	3	7	1	2	1	2	44	100%

Fuente: Instrumento aplicado a pacientes asmáticos en Emergencia HNMD 2016

## ANEXO M

**FACTORES EMOCIONALES QUE INTERVIENEN EN SOMATIZACIÓN DE  
LA ENFERMEDAD SEGÚN DIMENSION ANSIEDAD POR  
ITEMS EN PACIENTES ASMÁTICOS QUE ASISTEN  
AL SERVICIO DE EMERGENCIA EN EL  
HOSPITAL 2 DE MAYO 2016  
LIMA – PERÚ  
2017**

N°	Ítems	Nada		Muy poco		Poco		Bastante		Mucho		Total	
		N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
	<b>ANSIEDAD</b>												
2	Nerviosismo.	13	30	14	32	12	27	4	9	1	2	44	100%
17	Temblores en mi cuerpo.	30	68	11	25	3	7	0	0	0	0	44	100%
23	Asustarme de repente sin razón alguna.	25	57	8	18	7	16	3	7	1	2	44	100%
33	Tener miedos.	21	48	10	23	7	16	3	7	3	7	44	100%
39	Mi corazón late muy fuerte, se acelera.	18	41	9	20	10	23	6	14	1	2	44	100%
57	Sentirme muy nervioso/a, agitado/a	20	45	10	23	8	18	4	9	2	5	44	100%
72	Tener ataques de mucho miedo o de pánico.	29	66	9	20	4	9	2	5	0	0	44	100%
78	Estar inquieto/a; no poder estar sentado/a sin moverme.	27	61	7	16	4	9	5	11	1	2	44	100%
80	Sentir que algo malo me va a pasar.	25	57	12	27	4	9	2	5	1	2	44	100%
86	Tener imágenes y pensamientos que me dan miedo.	28	64	9	20	4	9	3	7	0	0	44	100%

Fuente: Instrumento aplicado a pacientes asmáticos en Emergencia HNMD 2016

## ANEXO N

**FACTORES EMOCIONALES QUE INTERVIENEN EN SOMATIZACIÓN DE  
LA ENFERMEDAD SEGÚN DIMENSION HOSTILIDAD POR  
ITEMS EN PACIENTES ASMÁTICOS UE ASISTEN  
AL SERVICIO DE EMERGENCIA EN EL  
HOSPITAL 2 DE MAYO 2016  
LIMA – PERÚ  
2017**

N°	Ítems	Nada		Muy poco		Poco		Bastante		Mucho		Total	
		N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
	<b>HOSTILIDAD</b>												
11	Sentirme enojado/a, malhumorado/a.	17	39	13	30	9	20	4	9	1	2	44	100%
24	Explotar y no poder controlarme.	19	43	10	23	10	23	4	9	1	2	44	100%
63	Necesitar golpear o lastimar a alguien.	40	91	1	2	2	5	0	0	1	2	44	100%
67	Necesitar romper o destrozar cosas.	39	89	3	7	2	5	0	0	0	0	44	100%
74	Meterme muy seguido en discusiones.	34	77	6	14	2	5	1	2	1	2	44	100%
81	Gritar o tirar cosas.	35	80	5	11	2	5	1	2	1	2	44	100%

Fuente: Instrumento aplicado a pacientes asmáticos en Emergencia HNDM 2016

## ANEXO O

**FACTORES EMOCIONALES QUE INTERVIENEN EN SOMATIZACIÓN DE  
LA ENFERMEDAD SEGÚN DIMENSION ANSIEDAD FOBICA  
POR ITEMS EN PACIENTES ASMÁTICOS QUE ASISTEN  
AL SERVICIO DE EMERGENCIA EN EL  
HOSPITAL 2 DE MAYO 2016  
LIMA – PERÚ  
2017**

N°	Ítems	Nada		Muy poco		Poco		Bastante		Mucho		Total	
		N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
	<b>ANSIEDAD FOBICA</b>												
13	Miedo a los espacios abiertos o las calles.	30	68	5	11	4	9	4	9	1	2	44	100%
25	Tener miedo a salir solo/a de mi casa.	33	75	2	5	6	14	2	5	1	2	44	100%
47	Tener miedo de viajar en tren, ómnibus o subterráneos.	32	73	5	11	1	2	6	14	0	0	44	100%
50	Tener que evitar acercarme a algunos lugares o actividades porque me dan miedo.	27	61	8	18	4	9	3	7	2	5	44	100%
70	Sentirme incómodo/a en lugares donde hay mucha gente.	26	59	7	16	8	18	2	5	1	2	44	100%
75	Ponerme nervioso/a cuando estoy solo/a.	32	73	7	16	2	5	2	5	1	2	44	100%
82	Miedo a desmayarme en medio de la gente.	23	52	11	25	4	9	4	9	2	5	44	100%

Fuente: Instrumento aplicado a pacientes asmáticos en Emergencia HNMD 2016

## ANEXO P

### FACTORES EMOCIONALES QUE INTERVIENEN EN SOMATIZACIÓN DE LA ENFERMEDAD SEGÚN DIMENSION IDEACION PARANOIDE POR ÍTEMS EN PACIENTES ASMÁTICOS QUE ASISTEN AL SERVICIO DE EMERGENCIA EN EL HOSPITAL 2 DE MAYO 2016 LIMA – PERÚ 2017

N°	Ítems	Nada		Muy poco		Poco		Bastante		Mucho		Total	
		N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
	<b>IDEACION PARANOIDE</b>												
8	Sentir que otros son culpables de lo que me pasa.	35	80	3	7	3	7	3	7	0	0	44	100%
18	Perder la confianza en la mayoría de las personas.	15	34	11	25	10	23	7	16	1	2	44	100%
43	Sentir que me vigilan o que hablan de mí.	33	75	8	18	2	5	1	2	0	0	44	100%
68	Tener ideas, pensamientos que los demás no entienden.	27	61	6	14	6	14	3	7	2	5	44	100%
76	Sentir que los demás no me valoran como merezco.	26	59	6	14	7	16	3	7	2	5	44	100%
83	Sentir que se aprovechan de mí si los dejo.	27	61	5	11	6	14	6	14	0	0	44	100%

Fuente: Instrumento aplicado a pacientes asmáticos en Emergencia HNDM 2016

## ANEXO Q

### FACTORES EMOCIONALES QUE INTERVIENEN EN SOMATIZACIÓN DE LA ENFERMEDAD SEGÚN DIMENSION PSICOTICISMO POR ITEMS EN PACIENTES ASMÁTICOS QUE ASISTEN AL SERVICIO DE EMERGENCIA EN EL HOSPITAL 2 DE MAYO 2016 LIMA – PERÚ 2017

N°	Ítems	Nada		Muy poco		Poco		Bastante		Mucho		Total	
		N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
	<b>PSICOTICISMO</b>												
7	Sentir que otro puede controlar mis pensamientos.	32	73	4	9	6	14	2	5	0	0	44	100%
16	Escuchar voces que otras personas	34	77	5	11	3	7	2	5	0	0	44	100%
35	Creer que la gente sabe qué estoy pensando.	34	77	5	11	3	7	2	5	0	0	44	100%
62	Tener ideas, pensamientos que no son los míos.	33	75	7	16	3	7	0	0	1	2	44	100%
77	Sentirme solo/a aún estando con gente.	34	77	3	7	5	11	2	5	0	0	44	100%
84	Pensar cosas sobre el sexo que me molestan.	34	77	7	16	2	5	1	2	0	0	44	100%
85	Sentir que debo ser castigado/a por mis pecados.	24	55	10	23	8	18	1	2	1	2	44	100%
87	Sentir que algo anda mal en mi cuerpo.	10	23	6	14	15	34	9	20	4	9	44	100%
88	Sentirme alejado/a de las demás personas.	30	68	5	11	5	11	3	7	1	2	44	100%
90	Pensar que en mi cabeza hay algo que no funciona bien.	20	45	14	32	6	14	3	7	1	2	44	100%

Fuente: Instrumento aplicado a pacientes asmáticos en Emergencia HNDM 2016

## ANEXO R

**FACTORES EMOCIONALES QUE INTERVIENEN EN SOMATIZACIÓN DE  
LA ENFERMEDAD SEGÚN DIMENSION ITEMS ADICIONALES POR  
ITEMS EN PACIENTES ASMÁTICOS QUE ASISTEN  
AL SERVICIO DE EMERGENCIA EN EL  
HOSPITAL 2 DE MAYO 2016  
LIMA – PERÚ  
2017**

N°	Ítems	Nada		Muy poco		Poco		Bastante		Mucho		Total	
		N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
	<b>ITEMS ADICIONALES</b>												
19	No tener ganas de comer.	21	48	10	23	8	18	4	9	1	2	44	100%
44	Tener problemas para dormirme.	13	30	12	27	11	25	7	16	1	2	44	100%
59	Pensar que me estoy por morir.	34	77	4	9	2	5	3	7	1	2	44	100%
60	Comer demasiado.	8	18	9	20	19	43	5	11	3	7	44	100%
64	Despertarme muy temprano por la mañana sin necesidad.	19	43	13	30	7	16	5	11	0	0	44	100%
66	Dormir con problemas, muy inquieto/a.	23	52	10	23	6	14	5	11	0	0	44	100%
89	Sentirme culpable.	32	73	9	20	2	5	1	2	0	0	44	100%

Fuente: Instrumento aplicado a pacientes asmáticos en Emergencia HNDM 2016

## ANEXO S

### FACTORES EMOCIONALES QUE INTERVIENEN EN SOMATIZACIÓN DE LA ENFERMEDAD SEGÚN EDAD EN PACIENTES ASMÁTICOS QUE ASISTEN AL SERVICIO DE EMERGENCIA EN EL HOSPITAL 2 DE MAYO 2016 LIMA – PERÚ 2017

EDAD	LIBRE DE SÍNTOMAS		DRAMATIZACION		EN RIESGO		TOTAL	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Adulto joven	1	2	1	2	9	21	11	25
Adulto maduro	4	9	3	7	20	45	27	61
Adulto mayor	1	2	2	5	3	7	6	14
<b>TOTAL</b>	<b>6</b>	<b>13</b>	<b>6</b>	<b>14</b>	<b>32</b>	<b>73</b>	<b>44</b>	<b>100</b>

Fuente: Instrumento aplicado a pacientes asmáticos en Emergencia HNDM 2016 [según TSP (Total de síntomas positivos)]



## ANEXO T

**FACTORES EMOCIONALES QUE INTERVIENEN EN SOMATIZACIÓN DE  
LA ENFERMEDAD SEGÚN SEXO EN PACIENTES ASMÁTICOS  
QUE ASISTEN AL SERVICIO DE EMERGENCIA EN EL  
HOSPITAL 2 DE MAYO 2016  
LIMA – PERÚ  
2017**

SEXO	LIBRE DE SÍNTOMAS		DRAMATIZACION		EN RIESGO		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
<b>Femenino</b>	3	7	3	7	21	47	27	61
<b>Masculino</b>	2	5	2	5	13	29	17	39
<b>TOTAL</b>	<b>5</b>	<b>11</b>	<b>5</b>	<b>11</b>	<b>34</b>	<b>78</b>	<b>44</b>	<b>100</b>

Fuente: Instrumento aplicado a pacientes asmáticos en Emergencia HNDM 2016 [Según TSP (Total de síntomas positivos)]