

Existencia de estresores previos en personas que sufrieron condiciones musculoesqueléticas y nerviosas compresivas en miembro superior. Estudio prospectivo desde Terapia Ocupacional

Existence of Previous Stressors in People Who Suffered Musculoskeletal and Compressive Nervous Conditions in the Upper Limb. A Prospective Study from Occupational Therapy

Milagros Oilhaborda

Licenciada en Terapia Ocupacional, Universidad de Buenos Aires. Jefa de residentes de Terapia Ocupacional del Sistema de Residencias para Profesionales de la Salud del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires, del programa del Hospital General de Agudos Bernardino Rivadavia.

oilhaborda.milagros@gmail.com

Milagros Oilhaborda

Resumen

En el consultorio externo de traumatología y reumatología se atiende un gran caudal de pacientes que han sufrido algún traumatismo en miembro superior. Desde Terapia Ocupacional, se pudo pesquisar que los mismos referían haber atravesado estresores previos, es decir habían sufrido la pérdida o fallecimiento de un familiar/amigo, separaciones de cónyuges, despido laboral, peleas con familiares, jubilaciones, etc. previas a que les ocurriera la lesión traumática. Estas lesiones resultan disruptivas en su cotidianidad, afectando directamente la participación independiente en las actividades de la vida diaria. **Objetivo:** Estimar la prevalencia y la distribución de frecuencia de estresores previos a una condición musculoesquelética y nerviosa compresiva en personas con traumatismos de miembro superior. **Objetivo específico:** Permitir a los participantes la identificación de posibles estresores previos a la lesión por la cual consultan. **Metodología:** Estudio de cuantificación, descriptivo, observacional, prospectivo y transversal. Muestra de 93 personas que ingresaron al consultorio de traumatología y reumatología de Terapia Ocupacional de un Hospital de Agudos entre octubre del 2022 y octubre de 2023. **Resultados:** El estresor más identificado por las personas fue *Cambio en el ritmo del sueño* con un 5.8% (IC 95% 419.800- 789.700) y *Muerte de un familiar cercano* un 4.7 % (IC 95% 332.100-671.100). El 99% de las personas identificaron al menos un estresor previo a su lesión traumática (IC 95% 94.091.600- 99.972.800). **Conclusión:** No existe una relación estadísticamente significativa entre las variables de estudio y las variables a controlar.

Palabras clave: Terapia Ocupacional, trastornos musculoesqueléticos, trastornos de los nervios periféricos, síndrome de compresión nerviosa, miembro superior.

Abstract

The trauma and rheumatology outpatient clinic sees a large number of patients who have suffered some kind of trauma to the upper limb. From Occupational Therapy's area, it was found that these patients reported having suffered previous stressors, i.e. the loss or death of a family member/friend, separation of spouses, dismissal from work, fights with relatives, retirement, etc. before the traumatic injury occurred. These injuries are disruptive to their daily lives, directly affecting independent participation in activities of daily living. Objective: To estimate the prevalence and frequency distribution of stressors prior to a compressive musculoskeletal and nerve condition in people with upper limb trauma. Specific objective: To enable participants to identify possible stressors prior to the injury for which they consult. Methodology: A descriptive, observational, prospective, cross-sectional, quantitative study. Sample of 93 people admitted to the occupational therapy trauma and rheumatology clinic of an acute care hospital between October 2022 and October 2023. Results: The stressor most identified by individuals was Change in sleep rhythm at 5.8% (95% CI 419,800- 789,700) and Death of a close family member at 4.7% (95% CI 332,100-671,100). 99% of people identified at least one stressor prior to their trauma injury (95% CI 94,091,600-99,972,800). Conclusion: There is no statistically significant relationship between the studied variables and the variables under control.

Keywords: Occupational Therapy, Musculoskeletal Disorders, Peripheral Nerve Disorders, Nerve Compression Syndrome, Upper Limb.

Introducción

El Marco de Trabajo para la Práctica de la Terapia Ocupacional: Dominio y Proceso, define la práctica de Terapia Ocupacional como el uso terapéutico de las actividades diarias con individuos o grupos de personas con el objetivo de facilitar la participación en roles y ambientes en los cuales se desempeñan. Los terapeutas ocupacionales tienen por objetivo promover la salud y el bienestar de aquellas personas que tienen, o están en riesgo de desarrollar, limitaciones o restricciones en su participación en actividades significativas (Ávila Álvarez *et al.*, 2008). En línea con esta definición, Frigeri *et al.* (2020) definen la Terapia de mano como el arte y la ciencia de la rehabilitación de la extremidad superior, que incluye el tratamiento de cualquier lesión en la mano, la muñeca, el codo y la cintura escapular. Es un tipo de rehabilitación especializada, llevada a cabo por un terapeuta ocupacional, con el objetivo de que el paciente retome sus actividades diarias y mejore su calidad de vida.

En el Hospital General de Agudos Bernardino Rivadavia, el equipo de Terapia Ocupacional realiza esta práctica en el consultorio externo de traumatología y reumatología, donde se reciben derivaciones de diversos hospitales, lo que se refleja en un amplio flujo de pacientes. La mayoría de estos pacientes acuden por fracturas (postoperatorias o con tratamiento conservador), tenosinovitis flexora, traumatismos graves de mano, lesiones de tendones y lesiones nerviosas. Los tiempos de rehabilitación de estas lesiones pueden variar, incluyendo desde 2 meses hasta un año de seguimiento, según la necesidad y gravedad de cada caso.

Estas lesiones resultan profundamente disruptivas en la vida cotidiana de los pacientes, afectando directamente su capacidad para participar de manera independiente en las actividades diarias. La incapacidad para llevar a cabo actividades que antes eran simples y rutinarias, como vestirse, cocinar o trabajar, puede llevar a sentimientos negativos como frustración, tristeza y disminución de la autoestima. En consecuencia, estas lesiones no solo tienen un impacto físico, sino también, emocional y psicológico.

Al indagar sobre la situación individual de cada paciente al momento de lesionarse, muchos expresaron que les sucedió “en su peor momento”, refiriéndose a que no estaban atravesando un buen período en sus vidas. Este “peor momento” se caracterizaba por la presencia de **estresores previos** a la condición musculoesquelética y nerviosa por la cual asistían al consultorio. Estos estresores incluían la pérdida o fallecimiento de un familiar o amigo, separaciones conyugales, despidos laborales, conflictos familiares, jubilaciones, entre otros, que ya afectaban negativamente su bienestar emocional y físico.

La lesión se percibía entonces no solo como un evento físico aislado, sino como la culminación de una serie de eventos es-

tresantes, lo que intensificaba su impacto en la salud mental y emocional. Por lo tanto, los pacientes no solo estaban lidiando con el dolor físico y las limitaciones funcionales de sus lesiones, sino también con un alto nivel de estrés emocional preexistente, lo cual complicaba aún más su recuperación y bienestar general.

En una situación de estrés, el cerebro envía señales químicas que activan la secreción de hormonas como las catecolaminas. Estas producen distintos efectos en el organismo, como aumento de la presión sanguínea, vasoconstricción/vasodilatación, preparación del cuerpo para la lucha o la huida, influencia en los procesos metabólicos con la liberación/supresión de hormonas de la hipófisis anterior, insulina, glucagón, hormona del crecimiento, incremento del consumo de oxígeno y regulación de la movilización de glucosa y grasa (García y Heredia, 2018), lo cual evidencia la influencia del estrés sobre diferentes sistemas del cuerpo.

En línea con lo anterior, Gómez-González y Escobar (2006) afirman que el estrés es la respuesta del cuerpo a condiciones externas que perturban el equilibrio emocional de la persona y produce cambios bioquímicos en el cuerpo. Estos autores, en su artículo de revisión, concluyen que las hormonas del estrés modulan el funcionamiento del sistema inmunológico, siendo un aspecto fundamental a tener en cuenta en enfermedades infecciosas, autoinmunes y en la cicatrización de heridas, ya que el estrés disminuye el funcionamiento normal de dicho sistema, empeorando las condiciones de salud de las personas.

En relación a lo anteriormente expuesto, el presente estudio propone como marco lo expresado por la disciplina científica denominada Psiconeuroinmunoendocrinología, la cual estudia, documenta y comprende los diferentes mecanismos de regulación y control que se ponen en juego en la intercomunicación de los sistemas psíquico, nervioso, endocrino e inmune de las personas, proponiendo de esta manera un modelo integrador que permite considerar los factores biopsicosociales y la interacción mente-cuerpo-ambiente en los procesos de salud-enfermedad (Guzmán y Pérez, 2013).

Moscoso (2020, citado en García y Heredia, 2018) describe la interacción psiconeuroinmunoendocrina frente al estrés, exponiendo que el cerebro es el órgano central de la respuesta fisiológica, emocional y comportamental del estrés, percibiendo y determinando los factores estresantes a través del lóbulo frontal con un componente cognitivo, que en definitiva está influenciado por el ambiente y los estilos de vida de cada persona en particular. Estos autores resaltan el hecho de que el cerebro no solo comanda el sistema nervioso autónomo, sistema endocrino y sistema inmune, sino que también dirige el comportamiento del individuo y su forma de relacionarse con el medio ambiente.

El modelo biomédico de salud, utilizado actualmente, presenta como eje central lo biológico y deja de lado aspectos

biopsicosociales, satisfaciendo parcialmente los problemas de salud de las personas (Guzmán y Pérez, 2013). Estos autores afirman que existe una distancia entre los aspectos biomédicos y los psicosociales, llevándolos a retomar el proceso salud-enfermedad como una interacción compleja sustentada en el equilibrio de los factores biopsicosociales, haciendo hincapié en la interacción mente-cuerpo-ambiente de las personas en los diversos ámbitos en los que se desempeñan.

En relación a lo descrito anteriormente, es que resulta interesante poder realizar una investigación cuyo objetivo general es estimar la prevalencia y la distribución de frecuencia de estresores previos a una condición musculoesquelética y nerviosa compresiva en personas con traumatismos de miembro superior. El objetivo específico es permitir a los participantes la identificación de posibles estresores previos a la lesión por la cual consultan.

A través de una búsqueda bibliográfica realizada en relación al tema seleccionado de investigación, no se han encontrado artículos científicos que estudien las mismas variables seleccionadas, ni que hagan referencia a una población de estudio similar. Por lo tanto se considera de gran importancia sumar información confiable sobre la temática de estudio, que enriquezca el trabajo disciplinar.

Materiales y método

Tipo de diseño: Estudio de cuantificación, descriptivo, observacional, prospectivo y transversal.

Población y muestra: La muestra fue no probabilística consecutiva, quedó conformado por 93 personas de 18 y 85 años con condiciones musculoesqueléticas y nerviosas compresivas en miembro superior que asistieron a consultorios externos de Traumatología y Reumatología de Terapia Ocupacional entre Octubre de 2022 y Octubre de 2023.

Se estimó el tamaño muestral usando el Programa EPITOOLS (<https://epitools.ausvet.com.au/oneproportion?page=1Proportion>) y se requieren 93 casos, con un nivel de confianza de un 95%, proporción esperada del 0.6% y una precisión del 0.1%.

Criterios de inclusión: Toda persona de entre 18 y 85 años ingresados a consultorio externo de Terapia Ocupacional del Hospital B. Rivadavia entre Octubre 2022 y Junio 2023 que presentaron una condición musculoesquelética y nerviosa compresiva en miembro superior, incluyendo dentro de las mismas a lesiones tendinosas, lesiones nerviosas, fracturas, lesión grave de mano, síndrome doloroso regional complejo, según derivación médica. Se incluyeron a pacientes que tengan uno o más de estas patologías. Esta condición debió ser dentro de los 12 meses previos.

Criterios de exclusión:

- Padecimiento de salud mental previo a lesión referido por el paciente.
- No deseo de participar en investigación
- Pacientes con discapacidad cognitiva, considerando la misma como la incapacidad de referir su nombre, apellido, fecha de nacimiento, lugar de residencia y año actual.
- Pacientes con incapacidad para hablar, incompreensión del idioma español y posea fallas de memoria que imposibilite dar cuenta de situaciones vividas previas a la lesión.

Procedimientos

Previo a llevar a cabo la investigación científica, el protocolo fue presentado para valoración y posterior aprobación del Comité de Ética en Investigación (CEI) del Hospital B. Rivadavia, y se siguieron las normas establecidas para mantener la confidencialidad de los datos. Se entregó un cuestionario autoadministrado con posibilidad de asistencia por parte del profesional tratante en caso de que el paciente tuviera dificultades para la comprensión o escritura. El cuestionario fue creado por la investigadora y no ha sido validado.

El cuestionario persiguió el objetivo de que las personas pudieran identificar, a partir de la lectura de los posibles estresores, si alguno se correspondía a algún evento vivido previo a la lesión por la cual asistieron al consultorio. A su vez, se brindó la opción de "otros" por si consideraban algún estresor no mencionado. Teniendo en cuenta el posible impacto emocional que pudiera generarse al realizar el cuestionario, en el que los participantes podían darse cuenta de que tenían algún tipo de "asociación" con algún estresor, se llevó a cabo escucha activa y contención por parte de la profesional que administraba el cuestionario. Se ofreció la interconsulta o derivación con el servicio de Salud Mental del Hospital en caso de necesitarse.

El cuestionario se tomó a todas las personas que cumplieron con los criterios de inclusión previa toma de un consentimiento informado.

Variables

Variables de estudio:

Estresores previos hasta 12 meses antes de la lesión. Se toma este intervalo de tiempo debido a que en la bibliografía encontrada la mayoría de los autores refieren que el tiempo estándar máximo del impacto de estresores es de 12 meses. Se entiende a los estresores previos como:

Aquella situación en la cual las demandas externas (sociales) o las demandas internas (psicológicas) superan

nuestra capacidad de respuesta. Se provoca así una alarma organiza que actúa sobre los sistemas nervioso, cardiovascular, endocrino e inmunológico, produciendo un desequilibrio psicofísico y la consiguiente aparición de la enfermedad (López Rosetti, 2005, p. 18).

Se tomaron como estresores las diferentes situaciones personales vividas enumeradas en una adaptación española del "Test de eventos de vida" elaborado por los psicólogos Thomas Holmes y Richars Rahe en 1967:

1. Muerte del cónyuge
2. Separación
3. Divorcio
4. Matrimonio
5. Reconciliación con pareja
6. Rotura de un noviazgo o relación similar
7. Enamorarse o iniciar una amistad íntima y profunda
8. Embarazo deseado
9. Embarazo no deseado
10. Aborto provocado
11. Aborto no deseado
12. Relación sexual al margen del matrimonio
13. Ruptura de la relación sexual a margen del matrimonio
14. Dificultades sexuales
15. Dificultades en la educación de los hijos
16. Niños bajo el cuidado de otras personas
17. Muerte de un familiar cercano
18. Enfermedad o mejoría de una enfermedad de un miembro a la familia
19. Incorporación de un nuevo miembro a la familia
20. Un miembro de la familia deja de vivir en la casa familiar
21. Ruptura de la familia (separación de padres)
22. Problemas con vecinos o familiares que no viven en la casa familiar
23. Desaparición de problemas con los vecinos o familiares que no viven en la casa familiar
24. Período de alejamiento del hogar
25. Hijos lejos del hogar
26. Quedarse sin trabajo
27. Retiro laboral/Jubilación
28. Despido
29. Cambio de lugar de trabajo
30. El cónyuge comienza o deja de trabajar fuera de casa
31. Ascenso en el trabajo
32. Problemas superiores en el trabajo
33. Nueva actividad en el mismo trabajo

34. Nuevo empleo en una nueva línea de trabajo
35. Cambio de horario de las condiciones del trabajo actual
36. Problemas con colegas o compañeros de trabajo
37. Préstamo o hipoteca de más de gran cantidad de dinero
38. Ingresos aumentados sustancialmente (25%)
39. Ingresos reducidos sustancialmente (25%)
40. Problema legal grave que puede terminar en encarcelamiento
41. Problema legal menor
42. Complicación en una pelea
43. Enfermedad o accidente que requiera reposo cama
44. Muerte de un amigo
45. Cambio de casa
46. Compra de casa
47. Accidente o situación de violencia física
48. Éxito personal de gran importancia
49. Exámenes
50. Reformas en la casa
51. Cambio en las costumbres personales (de salir, de vestir, de estilo de vida. etc.)
52. Cambio en opiniones religiosas
53. Cambios en opiniones políticas
54. Cambios en costumbres sociales
55. Cambio en el ritmo del sueño
56. Cambio en las costumbres alimenticias o de apetito
57. Vacaciones fuera de casa
58. Fiesta de Navidad y Reyes
59. Problemas relacionados con el alcohol o drogas
60. Enfermedad prolongada que requiere tratamiento médico
61. Repentino y serio deterioro de la audición y/o visión
62. Otros ¿cuáles?

(Rivera *et al.*, 1983, p. 2-5)

Estas variables se registraron por referencia de los pacientes a través de una escala nominal dicotómica (si- no).

Variables de categorización:

- **Edad:** Se midió a través de una escala numérica. Teniendo en cuenta el tiempo transcurrido entre la fecha de nacimiento de la persona y la fecha de ingreso a tratamiento por consultorio externo. Se agruparon en escalas de intervalos de 20 años: 18 a 40 años, 41 a 60 años y más de 61 años.
- **Diagnóstico:** Medido en escala nominal, según el diagnóstico anotado en la derivación a Terapia Ocupacional.

VARIABLES A CONTROLAR:

- **Sexo:** medida en escala nominal según referencia de la persona categorizada en femenino o masculino.
- **Estado civil:** medida en escala nominal según referencia de la persona contemplando las siguientes categorías: soltero/a, casado/a, viudo/a, divorciado/ separado.
- **Grupo conviviente:** medida en escala nominal incluyendo las siguientes categorías: Vive solo o acompañado.

Resultados

El cuestionario fue completado por 93 personas que ingresaron al consultorio de traumatología y reumatología de Terapia Ocupacional del Hospital Bernardino Rivadavia.

En relación a la **caracterización de la muestra**, la misma se encuentra conformada por una mayoría de pacientes dentro de un rango etario de 41 a 61 años con un 46%, un 31% entre 18 y 40 años; y un 23% más de 61 años.

En cuanto al **diagnóstico**, la muestra se encuentra conformada por una mayoría de personas con Fracturas en un 43% (IC 95% 3.292.200 - 5.368.300), un 17% de Síndrome del Túnel Carpiano (IC 95% 1.045.000 - 2.673.700), un 12% de Tenosinovitis flexoras en dedos (IC 95% 633.800 - 2.058.300), un 5% de Tenorrafias y lesiones nerviosas (IC 95% 1.671.100 - 12.652.600), un 4% de Tendinitis (C 95% 1.184.100 - 12.752.200), un 2% de Rigidez articular de dedos, Mallet finger, Tenosinovitis de Quervain y herida de partes blandas en mano (IC 95% 261.300 - 8.008.700) y un 1% conformadas con diagnóstico de Epicondilitis, Ganglión en mano, Amputación y Carpectomía proximal del carpo (IC 95% 27.200 - 5.908.400).

El estresor más identificado por las personas fue **cambio en el ritmo del sueño** con un 5.8% (IC 95% 419.800 - 789.700) y **muerte de un familiar cercano** un 4.7 % (IC 95% 332.100 - 671.100), siendo un total de 674 estresores identificados por las personas que participaron (ver tabla 1).

A su vez, el 3.7% de la muestra identificó estresores que **no se encontraban enunciados en el cuestionario** (IC 95% 246.500 - 550.500). Agregando estresores como "Consumo problemático de sustancias de personas que viven en el hogar familiar, migraciones, dificultades para concentrarse, distanciamiento de hijos y familia, culpa por muerte de cónyuge o por accidentes de personas a su cuidado, cuidado de otros, hijos con discapacidad, pérdida de embarazo de cónyuge, traumas de la infancia no resueltos, preocupación por salud mental propia" y, en mayor frecuencia, el fallecimiento de familiares que han fallecido hace más de 12 meses pero consideran que es un estresor que se encuentra presente interfiriendo en el desempeño diario.

Tabla 1. Distribución de frecuencia de estresores identificados en la muestra.

Estresores	Frac Abs.	Porcentaje	IC 95%	
Embarazo no deseado	0	0	0	557.300
Aborto no provocado	0	0	0	557.300
Problema legal grave que puede terminar en encarcelamiento	0	0	0	557.300
Matrimonio	1	0.14	3.800	945.900
Embarazo deseado	1	0.14	3.800	945.900
Aborto provocado	1	0.14	3.800	945.900
Complicación en una pelea	1	0.14	3.800	945.900
Divorcio	2	0.29	35.900	1.083.500
Niños bajo el cuidado de otras personas	2	0.29	35.900	1.083.500
Préstamo o hipoteca de gran cantidad de dinero	2	0.29	35.900	1.083.500
Compra de casa	2	0.29	35.900	1.083.500
Cambio en opiniones políticas	2	0.29	35.900	1.083.500
Relación sexual al margen del matrimonio	3	0.44	91.600	1.667.100
Ruptura de la relación sexual al margen del matrimonio	3	0.44	91.600	1.667.100
Desaparición de los problemas con los vecinos o familiares que no viven en la casa	3	0.44	91.600	1.667.100
Despido	4	0.59	158.300	1.715.300
Ascenso en el trabajo	4	0.59	158.300	1.715.300
Problema legal menor	4	0.59	158.300	1.715.300
Cambio en opciones religiosas	4	0.59	158.300	1.715.300
Problemas relacionados con el alcohol o drogas	4	0.59	158.300	1.715.300
Muerte del cónyuge	5	0.74	228.500	2.871.900
Reconciliación con la pareja	5	0.74	228.500	2.871.900
Ingresos aumentados sustancialmente (25%)	5	0.74	228.500	2.871.900
Accidente o situación de violencia física	5	0.74	228.500	2.871.900
Enamorarse o iniciar una amistad íntima y profunda	6	0.89	287.100	3.216.200
Nuevo empleo en una nueva línea de trabajo	8	1.19	392.100	3.721.500
Éxito personal de gran importancia	8	1.19	392.100	3.721.500
Dificultades sexuales	9	1.33	484.000	3.859.300
Retiro laboral/jubilación	9	1.33	484.000	3.859.300
El cónyuge comienza o deja de trabajar	9	1.33	484.000	3.859.300
Exámenes	9	1.33	484.000	3.859.300
Fiesta de Navidad o Reyes	9	1.33	484.000	3.859.300
Problemas superiores en el trabajo	10	1.48	75.600	280.400
Nueva actividad en el mismo trabajo	10	1.48	75.600	280.400
Enfermedad o accidente que requiera reposo en cama	11	1.63	86.100	299.300

Estresores	Frac Abs.	Porcentaje	IC 95%	
Separación	12	1.78	96.700	317.900
Cambios en costumbres sociales	12	1.78	96.700	317.900
Periodo de alejamiento del hogar	13	2	107.600	336.400
Muerte de un amigo	13	2	107.600	336.400
Dificultades en la educación de los hijos	14	2	118.600	354.800
Ruptura de la familia	14	2	118.600	354.800
Problemas con los vecinos o familiares que no viven en la casa	14	2	118.600	354.800
Cambio de lugar de trabajo	14	2	118.600	354.800
Problemas con colegas o compañeros de trabajo	14	2	118.600	354.800
Reformas en la casa	14	2	118.600	354.800
Vacaciones fuera de casa	14	2	118.600	354.800
Rotura de un noviazgo o relación similar	15	2	129.700	373.000
Cambio de horario de las condiciones de trabajo	15	2	129.700	373.000
Repentino y serio deterioro de audición y/o visión	15	2	129.700	373.000
Incorporación de un nuevo miembro de la familia	16	2.4	141.000	391.200
Quedarse sin trabajo	18	2.7	163.800	427.100
Un miembro de la familia deja de vivir en la casa familiar	20	3	187.000	462.800
Hijos lejos del hogar	20	3	187.000	462.800
Cambio de casa	20	3	187.000	462.800
Ingresos reducidos sustancialmente (25%)	24	3.6	234.400	533.100
Enfermedad o mejoría de una enfermedad de un miembro de la familia	25	3.7	246.500	550.500
Otros. ¿Cuáles?	25	3.7	246.500	550.500
Cambio en las costumbres personales (de salir, vestir, estilos de vestir, estilos de vida, etc)	26	4	258.500	567.900
Enfermedad prolongada que requiere de tratamiento médico	27	4	270.700	585.200
Cambio en las costumbres alimenticias o de apetito	28	4.15	282.900	602.500
Muerte de un familiar cercano	32	4.7	332.100	671.100
Cambio en el ritmo del sueño	39	5.8	419.800	789.700
TOTAL	674	100%		

Cabe destacar que de las 93 personas que participaron del estudio solo una no identificó algún estresor previo a su lesión traumática de miembro superior, por lo que el 99% de la muestra ha identificado al menos un estresor (IC 95% 94.091.600 - 99.972.800). De las 93 personas, 12 identificaron 1 estresor siendo un 13% (IC 95% 713.400 - 2.183.800), 12 personas identificaron 3 estresores siendo un 13% (IC 95% 713.400 - 2.183.800) y 11 personas identificaron 11 estresores siendo un 12 % (IC 95% 633.800 - 2058.300).

En relación a las **variables a controlar**, se realizó el análisis estadístico correspondiente (análisis bivariado y prueba chi-cuadrado) y se registró que no existe una relación significativa entre las siguientes variables:

1. El **sexo** de las personas que participaron y la cantidad de estresores identificados, que se detalla en la tabla 2. (Prueba Chi - cuadrado de Pearson $p < 0,174454$). Cabe destacar que el 65% de la muestra fueron mujeres, de las cuales el 53% marco entre 0 y 5 estresores y que en contraparte, del 35% de muestra masculina, el 45% marco de 0 a 5 estresores, siendo ambos números muy similares. Contradiciendo así las teorías de que ser mujer pudiera influir en la cantidad de situaciones estresantes que se identifican en la vida diaria.
2. El **grupo conviviente** de las personas que conforman la muestra y la cantidad de estresores que identificó cada uno, detallada en la tabla 3, (Prueba Chi - cuadrado de Pearson $p < 0,553242$).
3. El **estado civil** de las personas que participaron de la muestra y la cantidad de estresores que identificó cada uno, detallada en tabla 4. (Prueba Chi - cuadrado de Pearson $p < 0,976721$)

Tabla 2. Cruce de variable sexo y cantidad de estresores identificados.

Estresores / Sexo	M	F	Total
0-5	15	32	47
	45%	53%	50%
6 -oct	11	10	21
	33%	17%	23%
Más de 10	7	18	25
	21%	30%	27%
Total	33	60	93
	100%	100%	100%

Prueba Chi - cuadrado de Pearson $p < 0,174454$.

Tabla 3. Cruce variables grupo conviviente y cantidad de estresores identificados

Estresor / Grupo	Solo	Acompañado	Total
0-5	12	35	47
	55%	49%	50%
6 -oct	6	15	21
	27%	21%	23%
Más de 10	4	21	25
	18%	30%	27%
Total	22	71	93
	100%	100%	100%

Prueba Chi - cuadrado de Pearson $p < 0,553242$.

Tabla 4. Cruce de variables Estado civil y cantidad de estresores identificados

Estresor / Grupo	Soltero	Casado	Viudo	Divorciado	Total
0-5	27	13	4	3	47
	50%	57%	40%	50%	50%
6 -oct	13	4	3	1	21
	24%	17%	30%	17%	23%
Más de 10	14	6	3	2	25
	26%	26%	30%	33%	27%
Total	54	23	10	6	93
	100%	100%	100%	100%	100%

Prueba Chi - cuadrado de Pearson $p < 0,976721$.

Discusión

El objetivo del presente trabajo es estimar la prevalencia y la distribución de frecuencia de estresores previos a condiciones musculoesqueléticas y nerviosas compresivas de miembro superior. Además, se busca que las mismas identifiquen, a partir de la lectura de los posibles estresores, si alguno se corresponde a algún evento vivido previo a la lesión por la cual asisten al consultorio de Traumatología y Reumatología de Terapia Ocupacional en un Hospital de Agudos.

Los resultados mencionados reflejan la cantidad de estresores a los que las personas están expuestas hoy en día y el impacto de los mismos en el organismo. Asimismo, muestran cómo desde el consultorio de Terapia Ocupacional se abordan las problemáticas no solo desde su carácter biológico, como podrían ser condiciones musculoesqueléticas y nerviosas compresivas de miembro superior, sino también desde aspectos psicosociales que impactan directamente en los procesos de salud-enfermedad-atención-cuidado. Esto obliga a los profesionales a focalizar sus intervenciones para mitigar estos efectos y promover el desempeño ocupacional de las personas.

En la tabla 1, que muestra la distribución de frecuencia de los estresores identificados por la muestra, se observa que el cambio en el ritmo de sueño y la muerte de un familiar cercano son los estresores más frecuentes. Además, se observa la presencia de intervalos de confianza amplios, lo que sugiere la necesidad de aumentar el tamaño de la muestra para mejorar la confiabilidad de los resultados y poder generalizarlos a la población.

Siguiendo los resultados y destacando la cantidad de estresores identificados por las personas, es de suma importancia reconocer que la salud y el bienestar no pueden reducirse simplemente a la ausencia de enfermedad física. La Psiconeuroinmunoendocrinología es una disciplina científica que propone un modelo no lineal del proceso salud-enfermedad, en el que se retoman los factores biopsicosociales y las interacciones mente-cuerpo-ambiente que experimentan las personas, lo-

grando un abordaje desde la complejidad e interacciones en el desempeño diario. Esta perspectiva promueve un abordaje ético, digno, humano y científico (Guzmán y Pérez, 2013).

La Psiconeuroinmunoendocrinología está estrechamente vinculada al estrés, dado que el mismo afecta las conexiones entre los sistemas neurológico, psicológico, inmunológico y endocrino, los cuales están profundamente interrelacionados. Comprender esta perspectiva implica reconocer cómo emociones como la angustia, la tristeza y el miedo pueden influir mutuamente en estos sistemas corporales. Según García y Heredia (2018), entender la integración de los sistemas y cómo se afectan mutuamente es fundamental. Esto ayuda a tomar conciencia y a motivarse para evitar que emociones negativas perturben la estabilidad. Controlar las mismas y dirigir las señales de comunicación entre las células del sistema nervioso, estabilidad inmune y endocrino permite mantener un estado de equilibrio que preserve la vida.

Es fundamental destacar que lo mencionado anteriormente es crucial para enfatizar la importancia del autoconocimiento y el reconocimiento de las emociones, con el objetivo de poder tomar medidas para abordarlas, pedir ayuda y trabajar en su gestión, con el fin de evitar que tengan un impacto adverso en los sistemas corporales, considerando el impacto de la salud mental en la manifestación de enfermedades. Por otro lado, los profesionales de la salud deben estar plenamente conscientes del impacto significativo que los sentimientos negativos tienen en la salud general de los individuos, afectando todos los sistemas corporales. Es fundamental que se mantengan alerta para ofrecer una atención integral, donde las personas se sientan acogidas y comprendidas. Esto implica facilitar un espacio de escucha activa y consciente, donde los pacientes puedan expresar sus emociones y preocupaciones libremente.

Además, es crucial empoderar a los pacientes para que se ocupen de su salud mental, reconociendo que el bienestar psicológico juega un papel fundamental en la recuperación física. Al fomentar este enfoque holístico, los profesionales de la salud no solo ayudan a mitigar los efectos negativos de los sentimientos adversos, sino que también promueven una mejoría integral en la salud de sus pacientes.

En relación a las limitaciones del presente estudio, se advierte que puede existir cierto sesgo en la recolección de datos, ya que el cuestionario realizado implica que la persona elija qué estresores compartir con el profesional. Por esta razón, se considera que el estudio podría aportar datos más precisos si fuera anónimo y virtual, sin la presencia de un profesional observando.

Conclusión

La presente investigación destaca la relevancia de identificar los principales estresores entre los pacientes que acuden a

consultas externas de traumatología en Terapia Ocupacional en un hospital de agudos. Se encontró que los cambios en el ritmo del sueño y la muerte de un familiar cercano son los estresores más comunes que afectan significativamente el desempeño ocupacional de las personas.

El cambio en el ritmo del sueño puede influir en la función cognitiva, emocional y física, enfatizando la importancia de mantener hábitos de sueño saludables para el bienestar general. Por otro lado, el duelo por la pérdida de un ser querido es una experiencia profundamente dolorosa y compleja, que puede desencadenar emociones intensas y dificultades en la adaptación a la nueva realidad sin la presencia del ser querido.

Además, se pudo observar que algunas personas continúan en duelo por familiares fallecidos hace más de 12 meses, resaltando la importancia de un abordaje adecuado del duelo para prevenir efectos duraderos y perjudiciales en la salud emocional, mental y física. La Terapia Ocupacional juega un papel crucial al proporcionar un espacio seguro para que las personas expresen sus emociones y procesen su dolor.

Es fundamental reconocer que la salud y el bienestar no pueden reducirse simplemente a la ausencia de enfermedad física, sino que también incluyen aspectos emocionales, creencias y factores psicosociales. En este contexto, la Psiconeuroinmunoendocrinología se revela como vital para el abordaje de la Terapia Ocupacional, al integrar los sistemas nervioso, inmune y endocrino en un enfoque holístico y científico que favorece la salud y la recuperación física de las personas.

Por otro lado, resulta significativo que los hallazgos de esta investigación indican que el 99% de los pacientes que asistieron al consultorio enfrentaron estresores previos. Esto sugiere que la mayoría de los pacientes han enfrentado recientemente un nivel significativo de estrés emocional. Este hallazgo indica que, además de sus condiciones traumatológicas visibles, es probable que estos individuos estén sufriendo un impacto emocional considerable.

Este fenómeno subraya la importancia de considerar y abordar tanto los aspectos físicos como los emocionales en la atención en consultorio externo. Ignorar el impacto emocional podría limitar la eficacia del tratamiento y la recuperación completa. Por lo tanto, es crucial no pasar por alto el estado emocional de la persona durante la evaluación y el tratamiento de Terapia Ocupacional, ya que esto puede influir significativamente en su bienestar general.

Por esta razón, se considera crucial proporcionar el apoyo necesario y capacitar a los profesionales en estrategias específicas de escucha y acompañamiento para abordar las necesidades de manera adecuada y respetuosa. La formación en habilidades de comunicación es esencial, ya que impacta directamente en la calidad del tratamiento y el bienestar de las personas. Una comunicación efectiva establece una relación

de confianza y colaboración, motivando al paciente a participar activamente en su rehabilitación y asegurando que se sienta escuchado y comprendido. Por consiguiente, se considera que invertir en el desarrollo de estas habilidades es fundamental para proporcionar una atención de alta calidad y centrada en la persona.

Por último, los resultados de este estudio demuestran la variabilidad de estresores que puede haber atravesado una persona, lo que subraya la necesidad de trabajar de manera interdisciplinaria con otros profesionales de la salud. La complejidad de las vivencias individuales exige un abordaje integral que involucre diversas disciplinas. Es crucial reconocer esto y estar dispuestos a trabajar en equipo, aceptando que las herramientas de cada disciplina, por sí solas, son insuficientes. Como señala Montobbio (2013), "ningún actor ni ninguna disciplina pueden dar respuesta por sí solos a la complejidad de los problemas". Por lo tanto, es esencial no solo formarse en habilidades de comunicación para mejorar el abordaje a las personas que asisten al consultorio, sino también reconocer la necesidad de trabajar en red con otros profesionales para enfrentar esta problemática de manera efectiva.

Agradecimientos

Quisiera expresar mi sincero agradecimiento a todas las personas que contribuyeron de manera significativa a la realización de este estudio. Principalmente a Camargo Celina y Cimini Di Gloria Elisa. Este proyecto no habría sido posible sin su valioso apoyo y colaboración. A su vez, me gustaría agradecer a Mariela Pérez, por sus valiosas sugerencias que contribuyeron de manera significativa al desarrollo de este trabajo. Así como también a todo el servicio de Terapia Ocupacional del Hospital Bernardino Rivadavia, quienes brindaron su apoyo y comprensión a lo largo de este proceso de investigación.

Finalmente, quiero expresar mi gratitud a todos los participantes del estudio por su colaboración y dedicación, sin la cual este trabajo no habría sido posible. ■

[Recibido: 07/03/24 - Aprobado: 24/06/24]

Referencias

- Ávila Álvarez, A., Martínez Piédrola, R., Matilla Mora, R., Máximo Bocanegra, M., Méndez Méndez, B., & Talavera Valverde, M. A. (2008). Marco de Trabajo para la práctica de la Terapia Ocupacional: Dominio y proceso. 2da Edición [Traducción]. *Traducido de: American Occupational Therapy Association*.
- Asociación Americana de Terapia Ocupacional (2002). Marco de Trabajo para la Práctica de la Terapia Ocupacional: dominio y proceso. *Revista Americana de Terapia Ocupacional (AJOT)*, 56, 609-639.
- Frigeri, S. B., Barbero, M., Lasser, D., y Ortiz, J. (2020). Cuando la unión hace la diferencia: rehabilitación de la mano en la Argentina. Un

- repasso por la historia. *Revista de la Asociación Argentina de Ortopedia y Traumatología*, 85, 40-44.
- Hurtado Guzmán, D. F., & Henao Pérez, J. (2013). *La psiconeuroinmunoendocrinología (PNIE) aplicada a la salud laboral*. Universidad CES. 1-24
- García, A, C., y Heredia, C. (2018). Estrés crónico: ejemplo de interacción entre sistemas nervioso, inmune y endocrino: Chronic stress: example of interaction between nervous, immune and endocrine systems. *Revista Con-Ciencia*, 6(2), 97-110.
- Gómez-González, B., y Escobar, A. (2006). Estrés y sistema inmune. *Rev Mex Neuroci*, 7(1), 30-8.
- López Rosetti, D. (2005). *Estrés, epidemia del siglo XXI: cómo entenderlo, entenderse y vencerlo*. 4° ed. Argentina: Lumen.
- Montobbio, A. (2013). *Cuando la clínica desborda el consultorio. Salud Mental y Atención Primaria con niños y adolescentes*. Noveduc.

Cómo citar este artículo:

Oilhaborda, M. (2024). Existencia de estresores previos en personas que sufrieron condiciones musculoesqueléticas y nerviosas compresivas en miembro superior. Estudio prospectivo desde Terapia Ocupacional. *Revista Argentina de Terapia Ocupacional*, 10(1), 37-45.