



UNIVERSIDAD DE LA REPÚBLICA
INSTITUTO NACIONAL DE ENFERMERÍA
DEPARTAMENTO DE SALUD MENTAL

**MANIFESTACIONES PSICOSOMÁTICAS DEL
PERSONAL DE ENFERMERÍA PROFESIONAL Y
AUXILIAR DEL CTI DEL CENTRO NACIONAL DE
QUEMADOS
MAYO-JUNIO DE 2002**

AUTORES:

Br. Collado, Patricia
Br. Crossa, Carmen
Br. Mederos, Susana
Br. Otero, Alejandra

TUTORES:

Lic. Enf. Garay, Margarita
Lic. Psic. Tuzzo, Rosario

Facultad de Enfermería
BIBLIOTECA
Hospital de Clínicas
Av. Italia s/n 3er. Piso
Montevideo - Uruguay

Montevideo, 2002

AGRADECIMIENTOS	2
INTRODUCCION	3
OBJETIVOS	4
MARCO TEÓRICO	5
MARCO REFERENCIAL	19
ASPECTOS METODOLOGICOS	20
RESULTADOS Y ANALISIS	28
CONCLUSIONES	38
SUGERENCIAS	39
BIBLIOGRAFIA	40
ANEXOS	26

INFORME FINAL.

AGRADECIMIENTOS.

A la Licenciada en Enfermería, Sra. Luz Guillén, Jefa del Departamento de Enfermería del Centro Nacional de Quemados.

Al Psiquiatra, Dr. Norberto Glissentí, del Centro Nacional de Quemados.

A todo el personal de Enfermería que accedió a participar en la investigación.

A la Licenciada en Psicología, Sra. Nahir Silvera por su aporte bibliográfico.

A las tutoras Prof. Ag(S) Lic. Margarita Garay y Prof. Adj. Psic. Rosario Tuzzo.

Y a todos aquellos que en mayor o menor grado hicieron posible la realización del presente trabajo.

INTRODUCCION.

El presente informe corresponde al Trabajo Final de Investigación de la Carrera de Licenciatura en Enfermería, del Instituto Nacional de Enfermería, Universidad de la República.

Fue llevado a cabo por cuatro estudiantes, en la ciudad de Montevideo, Hospital de Clínicas, Piso 13, Centro de Terapia Intensiva para Usuarios Quemados, durante el periodo comprendido entre el 20 de Mayo al 20 de Junio de 2002.

El problema planteado fue: Conocer que tipo de manifestaciones psicosomáticas existen en el personal de Enfermería de dicho Centro.

"Se considera que existe un alto índice de afectación del trabajador de la salud, a lo que se le suma el trabajo en un área cerrada que comprende tanto una estructura arquitectónica como el tipo de trabajo, lo que contribuye a crear una situación altamente estresante.

El personal de Enfermería es quien se encuentra en la primera línea de asistencia presentando frecuentemente manifestaciones psicosomáticas".¹

Se realizó en este Centro por ser un área altamente especializada, de reconocimiento internacional y que actualmente presenta características peculiares que consideramos agravan la situación de estrés.

Para dar respuesta a esta interrogante determinamos variables socio- demográficas y manifestaciones psicosomáticas preestablecidas y se intentó establecer presuntas relaciones sobre los aspectos que tienen mas influencia sobre el fenómeno en estudio.

El estudio realizado fue de tipo descriptivo transversal.

Motiva la elección del tema, incursionar en este aspecto, considerando que no existen estudios al respecto en un área tan significativa, así como el tipo de usuario y del personal de Enfermería que lo asiste.

¹ Trabajo en unidades de Alto riesgo. Cap.40.Riesgo del personal sanitario. J.J .Gestal Otero.

OBJETIVOS.

- **OBJETIVO GENERAL:**

- Identificar algunas de las manifestaciones psicosomáticas en el personal de Enfermería Profesional y Auxiliar, del CTI, del Centro Nacional de Quemados.

- **OBJETIVOS ESPECIFICOS:**

- Caracterizar al personal de Enfermería Profesional y Auxiliar, del CTI del Centro Nacional de Quemados en el periodo comprendido entre el 20 de Mayo al 20 de Junio de 2002 a través de variables demográficas.
- Conocer en el personal de Enfermería Profesional y Auxiliar, del CTI del Centro Nacional de Quemados, las manifestaciones psicosomáticas, en el periodo comprendido entre el 20 de Mayo al 20 de Junio de 2002.
- Caracterizar los aspectos psicosomáticos del personal de Enfermería Profesional y Auxiliar, del CTI del Centro Nacional de Quemados, en el periodo comprendido entre el 20 de Mayo al 20 de Junio de 2002.

MARCO TEORICO

- MANIFESTACIONES PSICOSOMÁTICAS:

Según Grinker, es un "enfoque que engloba la totalidad de los procesos integrados de transacciones entre muchos sistemas: somático, psíquico, social y cultural. De hecho la noción de "psicosomática" no se refiere ni a la fisiología o a la pato fisiología, ni a la psicología o la psicopatología, sino a un concepto de proceso entre los sistemas vivos y su elaboración social y cultural.

Según Harold Wolff existe una especificidad de la respuesta funcional del individuo. En su perspectiva, lo específico es la significación de una situación por la que existe una respuesta a nivel de vivencia psíquica y otra a nivel del cuerpo. Wolff postulo diversos stress que constituyen un peligro frente al cual el individuo pone en marcha reacciones corporales adaptativas, protectoras, defensivas u ofensivas. Estas reacciones, sobre todas las defensivas, dependen de diferentes sistemas de órganos.

- MEDICINA PSICOSOMÁTICA:

Los factores psicológicos pueden contribuir directa o indirectamente a la etiología de varios trastornos físicos; en otros casos los síntomas psiquiátricos pueden ser una expresión directa de una lesión que afecta órganos neurales o endocrinos. También pueden presentarse síntomas psicológicos como una reacción a la enfermedad física. El empleo del término "psicosomático" para abarcar estas posibilidades es un concepto difuso, pero llama la atención sobre la ubicuidad de los trastornos emocionales y las interrelaciones psicológicas con la enfermedad y la incapacidad somática.

En un sentido mas limitado "psicosomático" se refiere a los estados en que los factores psicológicos tienen importancia etiológica. Incluso en estas enfermedades sin embargo, la etiología es siempre compleja y multifactorial, y los factores psicológicos no son los únicos que contribuyen a la enfermedad. Es útil considerar un componente biológico necesario, que cuando se combina con reacciones psicológicas y con el estrés social resulta en un conjunto de circunstancias suficientes para producir enfermedad, lo que explica el termino

biopsicosocial. Los acontecimientos ambientales estresantes y las reacciones psicológicas pueden considerarse desencadenantes de la enfermedad.

El hecho de que el estrés psicológico pueda desencadenar o modificar el curso de enfermedades orgánicas de envergadura se conoce desde hace tiempo, pero es difícil de aceptar y de entender por los médicos.

PROCESOS PSICOSOMATICOS.

La voz "psicosomático" representa un recurso de utilización común, cuando se quiere mostrar el sentido cabal y pleno del saber y del quehacer médicos. La interpretación más extensa y literal de su significado es la que recoge el Diccionario de la Lengua remitiéndolo a aquello "que implica o da lugar a una acción de la psique sobre el cuerpo o al contrario". Se trata pues de estudiar la efectivas relaciones entre esos dos referentes de visual apelación. Claro está que, con esta interpretación del vocablo, no lograríamos más que desarrollar el mensaje aplicativo de la dialéctica mente-cuerpo.

Se suele recurrir a la figura del médico internista y además psiquiatra, Johann Heinroth, como introductor en, 1818, del término clínico "psicosomática" y en 1828 del de "somatopsiquia". Heinroth, defendía, de manera precisa, la influencia de lo "pasional" en las patologías tuberculosas y cancerosas y, paralelamente, el papel que desempeñan los trastornos corporales en la suerte de los estados de ánimo. Dice Haynal (1980) que, de esta forma, "quedan históricamente establecidos los jalones de una nueva forma de aprender sobre determinadas enfermedades", y así, inaugurado el ciclo de una nueva singladura médica. Beneke, a mitad de siglo, como subraya Alexander (1970), describió el camino que recorren las ideas simbolizadas hacia su manifestación en reacciones físicas. Y a finales de siglo, Mandsley, en su famosa obra "The Physiology of mind" (1876) desvelara los senderos de la emoción y de su fijación en los órganos. Rosenbach (1860), por su cuenta, afrontara a su vez una "terapia psíquica de las enfermedades internas".

Para definir la Psicología como una disciplina científica, Lipowski (1976) dice que se trata de "una ciencia de las relaciones entre variables psicológicas, biológicas y sociales, en cuanto afectan a la salud y a la enfermedad humana". Por su parte Grinker (1959) piensa en la peculiaridad de su objeto, que no es otro sino el que se atañe al "concepto de proceso entre los sistemas vivos", "procesos integrados de transacciones entre muchos sistemas: somático, psíquico, social y cultural".

Resulta desde luego, en el cauce del psicoanálisis donde se sitúa la más amplia fuente de inspiración de la Psicopatología.

La doctrina freudiana de la angustia, en el interior del yo, esta cargada de consideraciones sobre los efectos devastadores que acarrea al mundo mental y al orgánico.

La Escuela psicoanalítica dota de constante aportaciones al trabajo psicopatológico, entre las que deben destacarse las de Deutsch (1939), que denuncia la aparición en órganos afectados somáticamente en otro tiempo, de una especial sensibilidad por la expresión simbólica.

Deutsch se detiene también en el impacto de los traumas infantiles, que predisponen a la patología psicopatológica del adulto.

Franz Alexander, en 1958, reelaborara el concepto de síntoma psicopatológico, como el propio de aquellos órganos inervados por el sistema autónomo que, siendo afectados por estados fisiopatológicos prolongados, son capaces de dar expresión a ciertos conflictos específicos reprimidos inconscientemente.

Otra corriente conformadora de la psicopatología procede de la tradición psicofisiológica rusa, de la que Pavlov, en su máximo exponente. Su enclave fundamental es la doctrina del reflejo, comunidad dialéctica del organismo y del ambiente; esto es, reacción del organismo en respuesta a una excitación de sus extero o interoceptores.

Claro que, en el nivel de las contribuciones psicofisiológicas a la psicopatología, es necesario reseñar los aportes de la Fisiología de Cannon (1927 y 1935), que demuestran las consecuencias fisiológicas de la emoción y el papel del sistema autónomo. Debemos a Cannon el primer enunciado del "estrés", entendido como estímulo capaz de provocar reacciones agónicas, con lo que se abre camino el descubrimiento de sus potenciales patógenos. Con la invocación al estrés, queda abierta una ruta preferente para enlazar estímulos ambientales y reacciones fisiológicas. Selye (1945) piensa que el estrés, concebido como respuesta, se instala en el entramado del síndrome general de adaptación, con sus tres fases de reacción de alarma, reacción de adaptación y fase de agotamiento.

También se debe citar la contribución de representantes de la línea psicosocial y psicocultural, en el que priman figuras como las de Mead, Horney, Meyer, Halliday, Ruesch, Holmes y Rahe, etc. Los factores que contemplan, provienen del campo de la interacción personal y social, de las influencias socioestructurales y culturales, de las perturbaciones de la comunicación, de los azares del vínculo materno-filial y familiar, y de los acontecimientos críticos estresantes que afectan a los estados de salud y al futuro bienestar.

- TRABAJO Y DESGASTE MENTAL.

Según Christopher Dejeur: "Cuando las defensas del carácter y del comportamiento no intervienen en el trabajo, el riesgo que se corre es una acumulación de energía pulsión al que no encuentra donde descargarse.

Para ser mas precisos hay que saber que puede ocurrir lo contrario a la exagerada intervención de una defensa compartimental o de un sistema defensivo caracterial en perjuicio de otros mecanismos de defensa que no intervinieron, puede conducir a una desorganización.

El efecto principal de la neutralización de las defensas del carácter y del comportamiento es la aparición de una enfermedad somática"

"La organización libre del trabajo no es mas que un ordenamiento del modo operativo que tiene en cuenta las aptitudes individuales, las necesidades de la personalidad donde cada gesto se armoniza espontáneamente con las defensas del comportamiento y del carácter.

La libre organización del trabajo se vuelve una pieza fundamental del equilibrio psicosomático y de la satisfacción.

La organización del trabajo en la medida en que puede bloquear los esfuerzos del trabajador para poner en conformidad el modo operativo con las necesidades de su estructura mental, causa un debilitamiento somático."

EL ENFERMO PSICOSOMATICO Y EL MEDICO PRACTICO.

I- Conceptos fundamentales de la medicina psicosomática

El término psicosomático puede aplicarse a dos conceptos distintos, según se hable de medicina psicosomática o de enfermedades psicosomáticas.

La medicina psicosomática es una concepción moderna ya que no nueva, una orientación general de toda la terapéutica que pretende hacer resaltar la importancia de los factores psíquicos en el origen de las enfermedades y, sobre todo en su tratamiento. Pero existen también cierto número de trastornos funcionales y dolencias a las que se suele calificar de psicosomáticas en un sentido estricto.

La imposibilidad de disociar el alma de la salud del cuerpo es una idea que ya se vislumbra en el Libro de Job y en la obra de Platón.

El término "psicosomático" fue utilizado por primera vez en 1818 por el médico alemán Heinroth (1773-1843), en el curso de una discusión con Jacobi. Este introdujo en el año 1828 el término "somatopsíquico", para subrayar el predominio de lo corporal en la génesis de algunas enfermedades.

Groos escribió en 1824: "si se busca la causa primera de las más diversas enfermedades, ésta suele estar en el efecto nocivo que ejercen las pasiones sobre el cuerpo".

Maudsley en 1876 afirma: "si la emoción no se libera en un ejercicio físico o en una actividad mental adecuada, actúa sobre los órganos y altera su funcionamiento. La aflicción que puede expresarse por medio de lamentos y lágrimas se olvida rápidamente, en tanto que la pena muda que muerde incesantemente el corazón acaba por romperlo".

También Klages intentó resolver el problema de la dualidad del alma y el cuerpo: "El cuerpo es la forma visible del alma, y el alma es lo que da sentido a la forma que ha adoptado el cuerpo".

Las expresiones "enfermedades psicosomáticas" y "medicina psicosomática" se han generalizado únicamente en los últimos decenios, tras haber sido utilizado el adjetivo "psicosomático", por primera vez por Deutsch, y después por Alexander, Cobb, Dunbar, Von Weizsäcker y otros autores. Ferenczi, Groddeck y Jelliffe, diez años antes de Deutsch, sólo hablaban de "neurosis de órganos" y "psicosis de órganos".

En la actualidad el número de publicaciones acerca de medicina psicosomática ha aumentado considerablemente y los autores no pertenecen exclusivamente al círculo de los psicoanalistas como sucedía hasta hace unos años. Las relaciones psicosomáticas se reconocen como realidad clínica, sobre todo en medicina interna, pediatría y ginecología. Sin embargo, sólo se las suele tener en cuenta a la hora de identificar la patogénesis y elucidar los factores psíquicos etiológicos; el tratamiento, que en medicina psicosomática al igual que en los demás sectores de la medicina debe tener su fundamento en la etiología, sigue siendo más bien el dominio propio de los psicoterapeutas.

Reproducimos a continuación un brillante análisis psicológico: "Hoy en día todo el mundo se cierra en una forma de existencia egoísta: cada cual se aísla en su celdilla, se aparta, y oculta lo que posee. Acaba por rechazar a la humanidad y la humanidad le rechaza a él. Acumula un capital y se dice convencido: "¡Qué poderoso soy ahora! Ya estoy seguro."

Y el insensato no comprende que cuanto más acumula más se hunde en una impotencia suicida, ya que separándose de los demás se ha acostumbrado a no esperar nada más que de sí mismo. Ha impuesto a su espíritu el escepticismo en la caridad de las personas y de la humanidad en general. Tiembla al pensar que podría perder su dinero y las prerrogativas que por medio de éste ha adquirido. En nuestros días el espíritu humano se niega por las buenas a reconocer que la auténtica seguridad del individuo no consiste en su fuerza personal aislada, sino en el vínculo que le une con todos sus semejantes."

Estas líneas, que fueron escritas en 1864, pertenecen a "La enfermedad de nuestro tiempo", de Dostoievski. Podríamos decir que el aislamiento del individuo que el autor denuncia tiene su origen en el mismo punto de vista que lleva a separar las diversas especialidades o súper especialidades dentro de la medicina.

Cuanto más se investiga el fondo etiológico y patogénico de las enfermedades psíquicas, más claras se dibujan las posibilidades y límites del tratamiento. Mientras que el término "psiquiatría" resume todos los conocimientos, incluso los divergentes entre sí, aplicables para lograr una explicación científica de las enfermedades mentales, se entiende por "psicoterapia" un método centrado en el individuo, orientado a sus peculiaridades, a su destino único y a su vivencia personal.

Los pacientes aquejados de dolencias funcionales suelen acudir actualmente al médico general. Este tiene que vérselas, las más de las veces, con personas que presentan sus conflictos como síntomas y enfermedades físicas concretas. Precisamente es a estos pacientes a los que el médico debe procurar ayudar mediante un acercamiento psicoterapéutico bien entendido.

II- Correlaciones psicosomáticas.

Cremerius ha escrito: "Con la teoría de la libido y todos los conocimientos acerca de la neurosis que en ella se fundamentan, Freud creó un modelo psicofísico y a la vez un concepto que contiene convincentemente las posibilidades etiológicas de la psicogénesis de síntomas somáticos... Creo que el psicoanálisis es hasta el momento la base más sólida de la medicina psicosomática." Por otra parte Freud nunca quiso traspasar la frontera que separa lo psicológico de lo fisiológico. A pesar de todos los esfuerzos interdisciplinarios, el paso misterioso de lo psíquico a lo físico no ha llegado todavía a ser explicado por completo. Proust lo expresa mediante símbolos que siguen gozando de actualidad: "Cuando estamos enfermos es cuando nos damos cuenta de que no vivimos solos, sino encadenados a un ser

de otro reino diferente del que nos separa un abismo, un ser que no nos conoce y que es incapaz de comprendernos: nuestro propio cuerpo. A cualquier bandido que nos encontremos en un camino tal vez logremos sensibilizarlo a su interés personal, ya que no a nuestra desgracia. Pero pedir compasión a nuestro cuerpo es como hablar con un pulpo para el que las palabras tienen menos sentido que el ruido del agua, y con quien nos horrorizaría vernos condenados a vivir." (Marcel Proust, "Por el camino de Guermantes", en: En busca del tiempo perdido).

Contrariamente a lo que suele decirse, la medicina psicosomática no se basa en especulaciones puramente teóricas, sino más bien sobre un hecho observado y confirmado experimentalmente repetidas veces: que las emociones pueden influir decisivamente en las funciones orgánicas.

Las emociones van unidas a procesos fisiológicos, como todo el mundo sabe: ver u oler alimentos hace la boca agua a quien tiene hambre, y la percepción de estímulos eróticos da lugar a modificaciones fisiológicas de los órganos sexuales.

En resumen, determinados afectos provocan determinadas modificaciones neurovegetativas. Esta asociación puede considerarse un modelo psicosomático. Por medio del diencéfalo y del sistema neurovegetativo, los factores neuróticos inconscientes ejercen sobre la fisiología del organismo una influencia que puede manifestarse en disfunciones y alteraciones orgánicas.

Según los neurofisiólogos, toda situación de stress conduce a una activación del hipotálamo que pone en marcha inmediatamente los mecanismos de protección y defensa por vía motora, visceral y neuro-hormonal, a la vez que dirige señales hacia la corteza cerebral, de modo que la emoción pueda ser percibida. Si la amenaza persiste, las fuerzas de la homeostasis deben actuar durante más tiempo, lo que puede provocar trastornos funcionales e incluso orgánicos periféricos en los sistemas afectados. La antropología moderna, que estudia al hombre en sus relaciones sociales e interpersonales, hace hincapié en los conflictos nacidos de dichas relaciones y subraya su importancia en la aparición de las perturbaciones psicosomáticas; así por ejemplo, un individuo puede experimentar un empeoramiento repentino de su estado general de salud al abandonar bruscamente una actividad dinámica y satisfactoria.

Engel emplea el término somatopsíquico-psicosomático. Según Heim, consiguió "ampliar la concepción tradicional de las enfermedades psicosomáticas en el sentido más estricto, llegando a considerar dos puntos de vista etiológicos y patogénicos fundamentales"

1. El primer factor en la génesis de estos trastornos es un proceso somático, que no sólo es responsable de la perturbación orgánica que acabará por presentarse, sino que ejerce también una acción directa e indirecta en el desarrollo de características psicológicas propias.
2. "Estas determinan de forma más o menos específica las condiciones experimentadas como stress y bajo cuya influencia puede ser activado el proceso orgánico."

Selye ha descrito una patogénesis del stress que corresponde también a las situaciones de stress psicológicas. Con su síndrome de adaptación, este autor ha enriquecido las enseñanzas de Cannon, al considerar el "estadio de agotamiento" del organismo como preludio del estado de alarma (con fase de shock) y del estadio de defensa, cuando un factor dañino, por ejemplo de tipo tóxico, llega a ser irreprimible.

El conocimiento de las enfermedades psicosomáticas se basa en múltiples observaciones clínicas bastante convincentes. Sin embargo, rara vez es posible explicar demostrativamente los diversos procesos parciales, del mismo modo que son escasas las hipótesis confirmadas experimentalmente.

Nos debemos preguntar dónde hay que trazar la línea de demarcación entre las enfermedades psicosomáticas y las demás enfermedades. Se trata de un problema delicado que hace hincapié en la contradicción que encierra el término "psicosomático".

El problema es transparente para Minkowski: "La asociación de dos elementos tanto en la expresión "psicosomático" como "somatopsíquico" no llega a convencer plenamente, al sugerir un dualismo que en realidad no existe. Sano o enfermo, el ser humano es una entidad. No hay otra posibilidad de expresarse. Opino que la esencia de la medicina psicosomática no es tanto limitarse a unir factores psíquicos y somáticos como esforzarse en ver al ser humano tal como es, una yuxtaposición dinámica del espíritu y el cuerpo".

Estas consideraciones previas querían mostrar que la medicina psicosomática es más bien una doctrina acerca de la pluralidad de las causas que engendran la enfermedad, abarcando por consiguiente un amplio terreno de investigación, que una especialización de la medicina. Se podría definir más exactamente como una actitud mental que participa en la práctica de la medicina en general y lleva a lo que podría denominarse la medicina "íntegra.", incluso cuando el interés, sobre todo en lo referente a la investigación, se dirige fundamentalmente

hacia el grupo específico de enfermedades en las que los factores emocionales tienen una importancia primordial.

Las perturbaciones psicosomáticas suelen dividirse en dos grandes grupos:

1. Los trastornos psicosomáticos funcionales o neurosis de órgano, *es decir*, enfermedades que se caracterizan por trastornos funcionales de distintos órganos. El estómago o el intestino, por ejemplo, están sanos, sin presentar lesión ni alteración orgánica. Pero hay hiperacidez gástrica o atonía intestinal: como consecuencia de factores psíquicos, un órgano puede sufrir una disfunción.

Las enfermedades psicosomáticas en un sentido más estricto, en las que ya hay alteración o lesión de los tejidos (en alemán, Psychosomatosen).

Se trata, en este caso, de enfermedades en sentido corporal, en las que a los factores que intervienen en los trastornos psicosomáticos funcionales se suma algo especial, de forma que se pasa de una alteración cuantitativa a una modificación cualitativa (Langen). Estas dolencias corporales especiales no sólo son provocadas por un proceso orgánico, sino que muy bien pueden haber sido desencadenadas por factores psíquicos. La causalidad emocional de las alteraciones orgánicas morfológicamente comprobables es una característica fundamental. Esta definición rigurosa excluye, pues, las perturbaciones de tipo neurovegetativo y, sobre todo, neurótico.

Definición de los síndromes funcionales según Von Uexküll: son "perturbaciones cuyo carácter e intensidad varían grandemente de un caso a otro y que van desde los síntomas somáticos localizables con relativa facilidad, como cefaleas, gastralgias o dolores precordiales, hasta sensaciones vagas de opresión".

Enfermedades psicosomáticas.

Clasificación de las perturbaciones psicosomáticas (según Engel, modificada según Heim):

Trastornos psicógenos: fenómenos psíquicos primarios con o sin participación imaginaria del organismo:

- síntomas de conversión;
- reacciones hipocondríacas;
- reacciones a estados psicopatológicos.

Trastornos psicofisiológicos: reacciones somáticas en su sentido más amplio, provocadas por factores psíquicos:

Fenómenos fisiológicos que acompañan a emociones o estados psíquicos similares; dolencias orgánicas provocadas por un stress emocional.

Enfermedades psicosomáticas en sentido estricto (trastornos somatopsíquicos-psicosomáticos), con las siguientes características:

Primera aparición a cualquier edad (sobre todo hacia el final de la adolescencia); una vez declarada la enfermedad, evolución crónica, simple o recidivante; stress psíquico decisivo en la etiología, condiciones psicodinámicas por lo general específicas de una enfermedad orgánica específica; características psicológicas sorprendentemente constantes de los pacientes.

Trastornos somatopsíquicos: reacciones psíquicas a enfermedades somáticas.

EQUIPO DE SALUD DE UN C.T.I.

"La actividad en un centro de medicina intensiva es multidisciplinaria por definición, y necesita de la concurrencia de muchas personas que realizan tareas muy diversas.

Todas las tareas deben integrarse, complementarse y mantener la continuidad durante las 24 horas de todos los días del año.

Los diferentes trabajos concurren a una actividad principal que es la salud, el confort y la tranquilidad del paciente".

PERSONAL DE ENFERMERIA DEL C.T.I.

"Entendemos que Enfermería ocuparía una posición que denominaremos bisagra en el servicio y posiblemente en los servicios de salud en general, por ser quienes mantienen un contacto permanente con el paciente y también con su familia, y de los pacientes con sus familiares (especialmente en C.T.I. con pacientes en coma)"

Las características del trabajo que se desarrolla en estas unidades, requieren que la enfermera posea experiencia clínica y madurez, que le permita hacer frente a la frecuente toma de decisiones.

Los profesionales de enfermería de cuidados intensivos se deben caracterizar por:

Capacidad intelectual para asimilar la formación requerida y desarrollar habilidades y actitudes para actuar correctamente ante las diferentes situaciones.

Estabilidad psicológica y emocional para hacer frente a múltiples situaciones de tensión provocadas por el ambiente, dificultades de comunicación, responsabilidades, contacto con el sufrimiento y la muerte.

Salud física y capacidad de trabajo, necesario para soportar la gran actividad de estas unidades.

Dedicación, vocación muy definida y humanidad.

Para contar con un profesional que reúna estas características es necesario realizar una selección previa y una formación adecuada, además, que las condiciones laborales sean satisfactorias evitando así otras tensiones que podrían sumarse a las propias de cada situación.

Si a todas estas exigencias le sumamos que puedan existir otros factores potencialmente estresantes que dificulten el desempeño, lo hacen un área rica para nuestro estudio.

EL TRABAJO EN UNIDADES DE CUIDADOS INTENSIVOS.

La Psicología del trabajo ha demostrado, que en el lugar del trabajo, influye de manera muy notable en el rendimiento del personal y en su nivel de satisfacción.

“ Las unidades de cuidados especiales presentan unas características, tanto físicas como psicológicas, que las hacen altamente traumáticas para los usuarios y para el personal.

Presenta un ambiente impersonal y opresivo, con muchos aparatos más o menos sofisticados, aislamiento, silencio y rutinización de los cuidados, a los que se añade el fantasma de la muerte con una presencia permanente, creando un clima de ansiedad constante. Ansiedad en los usuarios, en los familiares y en el equipo asistencial, especialmente en enfermería que se encuentra en la primera línea de asistencia. ”

“ Se señalan también como los motivos desencadenantes de la ansiedad en el personal de estas unidades, la extrema gravedad de los usuarios internados, la lentitud o falta de respuesta a la terapéutica, las complicaciones en la evolución, el riesgo permanente de muerte, la lucha contrarreloj en muchos casos, la irreversibilidad de las consecuencias de un fallo técnico, y la impotencia terapéutica en algunos casos. ”

Este tipo de trabajo genera en el trabajador alteraciones a nivel personal en el ámbito mental, físico y emocional, debido a la carga de estrés que conlleva; a nivel profesional generando desmotivación, disminución de la eficacia y de la productividad; a nivel institucional reflejado por el aumento de los accidentes laborales, los errores, la tensión generalizada y el absentismo.

A su vez el personal tendera a la rotación en el lugar de trabajo, generando para la institución la necesidad de tomar nuevo personal que deberá ser orientado y preparado a trabajar en el área.

FACTORES ESTRESANTES INSTITUCIONALES:

Según Gestal Otero: “la relación hombre trabajo y las consecuencias que para el primero se derivan de ella, esta condicionada por multitud de factores, inherentes tanto al trabajador como al trabajo, así como a la consideración social coyuntural respecto a esa relación: en la cultura cristiana occidental el trabajo ha sido considerado desde un castigo divino a la categoría de uno de los derechos fundamentales del hombre.

El trabajo por tanto, no es un hecho neutro, sino que esta cargado de connotaciones y significaciones psicosociológicas que deben ser considerados a la hora de valorar su impacto como posible factor morbigeno o generador de estrés.

En el momento actual se esta produciendo una abundante investigación sobre tres tipos de situaciones laborales presuntamente morbigenas:

Situaciones cuantitativamente anómalas como son: no haber conseguido trabajo nunca, paro, sobreempleo (pluriempleo, jornadas muy prolongadas, etc.) y trabajos de alto riesgo (físico y/o psíquicos).

Situaciones cualitativamente anómalas, en las que no importa tanto la cantidad o intensidad del trabajo, como la capacidad estresante de este, en virtud de las exigencias que le plantea al trabajador.

- Situaciones cuantitativas y cualitativamente anómalas en las que se produce una combinación de ambas situaciones que, generalmente, potencian sus efectos."

Autores como Cartwright, Leppanen, han señalado algunas fuentes de estrés que afectan, generalmente a los trabajadores de la salud, entre ellas se citan a la insatisfacción por el trabajo, la carga y servidumbre que comporta, la masificación, el contacto con los pacientes y sus familiares, y las condiciones físicas del trabajo.

Se afirma que la mayor parte del estrés del personal sanitario deriva de su propio rol, que implica el constante contacto con el sufrimiento, el miedo, la sexualidad y la muerte.

Según Rodríguez López "La sobrecarga de trabajo, entran frecuentemente, en conflicto con la vida familiar y de ocio, y es uno de los principales motivos esgrimidos en las encuestas, por el personal de salud, como factor estresante y responsable de la baja calidad asistencial, secundariamente, de la insatisfacción al trabajo.

Otra de las fuentes importantes de estrés, especialmente en el caso de la Enfermera, es los horarios de trabajo, los turnos rotatorios, con la dificultad de ajuste en la vida familiar y fatiga que con llevan, hacen de los profesionales sanitarios de enfermería, uno de los colectivos que presentan un mas alto índice de abandono profesional, accidentes y visitas medicas."

Podemos agrupar la variedad de los factores estresantes que predisponen al estrés profesional en dos apartados:

- Factores intrínsecos, propiamente del individuo
- Factores extrínsecos, referidos al entorno del profesional.
- Factores Intrínsecos: se relacionan directamente con el individuo y su entorno más próximo (familia y amigos), la capacidad estresante de estos factores esta determinada, por una parte, por la valoración subjetiva que realiza la propia persona en función de su nivel individual de tolerancia a los estímulos estresores y por otra parte por la intensidad o grado de tensión bajo la que debe funcionar. Otro factor condicionante es el apoyo social percibido, del que dispone. Es claro en el personal de enfermería, aquel que se siente con mayor apoyo, valoran más favorablemente su estado de salud y aparecen mas satisfechos de su trabajo.
- Factores Extrínsecos: son diversos los estudios que se han mostrado sobre cuales son los estresores específicos del hospital, tal como son percibidos por el personal, especialmente de enfermería.

Se podrían citar los siguientes:

- Proporción de enfermos que deben atender, de forma que cuanto mayor sea esta, menor la satisfacción. (Maslach y Pines, 1977)
- Escasez de personal, que influye directamente en la calidad de la asistencia que se ofrece y conlleva a una sobrecarga de trabajo y falta de tiempo para realizar los cuidados.
- Falta de participación en la toma de decisiones sobre temas profesionales y laborales.
- Desconocimiento de los problemas de los trabajadores por parte de la administración.

- **ESTRES Y ENFERMEDAD.**

"Desde que Seyle describió la situación de estrés como desencadenante del síndrome general de adaptación, se ha tratado de relacionar esta situación con la enfermedad.

El mismo Seyle consideraba que ese mecanismo, fisiológico en situaciones normales, podía ser alterado y convertirse en patológico (distres) por claudicación de los mecanismos de adaptación. Para López Sánchez (1985), esta claudicación se puede expresar en tres direcciones: manifestaciones somático-vegetativas (anorexia, insomnio, adinamia, etc.), manifestaciones psíquicas (ansiedad, disminución de la actividad psicomotriz, depresión, etc.) y manifestaciones psicosomáticas (infarto de miocardio, úlceras, colitis ulcerosas e incluso cáncer)."

INFORME FINAL.

MARCO REFERENCIAL.

El estudio se realizó en el CTI del Centro Nacional de Quemados de referencia Nacional.

El mismo se encuentra en el Hospital Universitario, en el piso 13.

Desde el año 1958, se estudia en la Universidad la posibilidad de establecer un área especializada en pacientes quemados.

En el año 1978, Facultad de Medicina crea la cátedra de Quemados y Cirugía Plástica.

En los años 1980-81, se unifican convenios con Francia, que ofrece equipamiento especial.

En el año 1993 la Universidad y representantes del Ministerio de Salud Pública, por convenio, ponen en marcha el proyecto del CE.NA.QUE., Primer centro Nacional de Medicina Altamente especializada, con una comisión directiva que establece todas las responsabilidades, presidida por el DR. Homblas.

En marzo del año 1995 se pone en marcha el Centro Nacional de Quemados, ya con su personal orientado en el área.

Departamento de Enfermería del CE.NA.QUE.:

Unidad Técnica Operativa y Administrativa que proporciona atención y asistencia de Enfermería a pacientes quemados, con régimen de atención en internación y ambulatoria, por lo que gestiona el personal de Enfermería necesario.

ASPECTOS METODOLOGICOS.

El estudio realizado fue de tipo descriptivo ,transversal.

▪ UNIVERSO Y MUESTRA:

El universo corresponde a todo el personal de Enfermería Profesional y Auxiliar del CTI del Centro Nacional de Quemados en el periodo comprendido entre el 20 de Mayo al 20 de Junio de 2002.

En la investigación no se selecciono una muestra, ya que todo el personal comprendido en el universo accedió a la misma.

▪ METODO DE RECOLECCION DE DATOS:

Se recogieron datos a través de una entrevista semiestructurada (Ver Anexo I) la cual fue entregada a toda aquella persona de nuestra población objeto, y que accedió a la misma.

El instrumento consta de dos partes:

1. La primera abarca todos aquellas variables sociodemográficas consideradas de importancia por existir relaciones interesantes entre las mismas y las manifestaciones psicosomáticas.
2. La segunda parte comprende algunas manifestaciones psicosomáticas.
 - fatiga
 - Insomnio.
 - Dolor de cuello.
 - Cefalea.
 - Molestias gastrointestinales
 - Irritabilidad.
 - Ansiedad.
 - Depresión.
 - Falta de concentración.
 - Hipertensión
 - Indiferencia.
 - Desmotivación sexual
 - Disminución de las defensas.

INFORME FINAL.

Se trabajo con una población de 35 funcionarios, de los cuales 10 correspondían a Profesionales en Enfermería y 25 a Auxiliares de Enfermería, que desarrollan sus actividades en el CTI del Centro Nacional de Quemados, en el periodo comprendido entre el 20 de Mayo al 20 de Junio de 2002.

Los datos se recogieron a través de una entrevista semiestructurada, realizada por las investigadoras. La misma tenía como objetivo obtener información relacionada a características sociodemográficas y manifestaciones psicosomáticas del personal de Enfermería, Profesional y Auxiliar del CTI del Centro Nacional de Quemados.

DEFINICION CONCEPTUAL Y OPERACIONALIZACION DE LAS VARIABLES.

- Variables Socio-demográficas.

- **EDAD:**

Concepto: Tiempo transcurrido desde el nacimiento a la fecha.

Operacionalización:

Indicador: Numero de años cumplidos al momento de la entrevista.

Categoría: Se toman 5 intervalos de 6 años cada uno.

Tipo de variable: Cuantitativa de proporción o razón.

- **SEXO:**

Concepto: Condición orgánica que distingue el hombre de la mujer.

Operacionalización:

Categoría: - Femenino

-Masculino

Tipo de variable: Cualitativa nominal.

- **CARGO QUE OCUPA EN LA INSTITUCION.**

Concepto: Se refiere a la descripción del cargo que ocupa en la Institución.

Operacionalización:

Categoría: - Licenciada en Enfermería.

- Auxiliar de Enfermería.

Tipo de variable: Cualitativa nominal.

- **SITUACION DE PAREJA.**

Concepto: Expresa la situación del entrevistado en relación a si tiene o no pareja y si convive o no con la misma.

Operacionalización:

Categoría: - Presencia de pareja

- Convive con la misma

Tipo de variable: Cualitativa nominal.

- NUMERO DE HIJOS.

Concepto: Expresa el número de hijos a cargo del entrevistado.

Operacionalización:

Categoría: - 0

- 1

- 2

- 3

- 4

Tipo de variable: Cuantitativa continua, de proporción o razón.

- SITUACION LABORAL.

Concepto: Refiere al tipo de contrato en el que se encuentra el entrevistado dentro de la institución.

Operacionalización:

Categoría: - Titular

- Suplente.

Tipo de variable: Cualitativa nominal.

- NUMERO TOTAL DE HORAS TRABAJADAS.

Concepto: Expresa el total de horas trabajadas semanalmente, ya sea en la institución como en otro ambiente laboral.

Operacionalización:

Categorías: - hasta 36 horas

- 37 horas o más

- Numero de horas variable.

Tipo de variable: Cuantitativa discontinua, intervalar.

- Variables Psicosomáticas.

- **FATIGA:**

Concepto: Estado emocional asociado con exposición extrema o prolongada a presiones psíquicas.

Operacionalización:

Categoría: - Si

- No

Tipo de variable: Cualitativa nominal

- **INSOMNIO:**

Concepto: Dificultad para conciliar el sueño, puede deberse a factores físicos y psíquicos como ser estrés emocional.

Operacionalización:

Categoría: -Si

- No

Tipo de variable: Cualitativa nominal.

- **MOLESTIAS GASTROINTESTINALES:**

Concepto: Se refiere a todas aquellas afecciones del tracto digestivo, sin relacionarse a patologías crónicas.

Operacionalización:

Categoría: -Si

- No

Tipo de variable: Cualitativa nominal.

- **IRRITABILIDAD:**

Concepto: Cambios en el estado anímico, caracterizados por episodios de ira y enojo.

Operacionalización:

Categoría: -Si

- No

Tipo de variable: Cualitativa nominal.

- **INDIFERENCIA:**

Concepto: Pérdida del interés en aquellas cosas o situaciones que anteriormente estaban presentes

Operacionalización:

Categoría: -Si

- No

Tipo de variable: Cualitativa nominal.

• DOLOR DE CUELLO:

Concepto: Dolor de la región cervical, variable en intensidad y presentación.

• CEFALEA:

Concepto: Dolor occipital resultado de una sobrecarga o tensión emocional que impide la relajación y el descanso.

Operacionalización:

Categoría: -Si

- No

Tipo de variable: Cualitativa nominal.

• ANSIEDAD:

Concepto: Estado o sensación de aprensión, desasosiego, agitación incertidumbre y temor. Puede ser resultado de una situación que produce tensión.

Operacionalización:

Categoría: -Si

- No

Tipo de variable: Cualitativa nominal.

• DEPRESION:

Concepto: Trastorno del humor caracterizado por sensaciones de tristeza, desesperación y falta de ánimo, que no responde a una causa real explicable.

Operacionalización:

Categoría: -Si

- No

Tipo de variable: Cualitativa nominal.

- FALTA DE CONCENTRACION:

Concepto: Dificultad para mantener la atención por diferentes causas.

Operacionalización:

Categoría: -Si

- No

Tipo de variable: Cualitativa nominal.

- HIPERTENSION:

Concepto: Trastorno caracterizado por mantenida de la tensión arterial por encima de 140/90 mmhg.

Operacionalización:

Categoría: -Si

- No

Tipo de variable: Cualitativa nominal.

- DESMOTIVACION SEXUAL:

Concepto: Disminución de la energía síquica o impulso instintivo que se asocia al deseo sexual, placer.

Operacionalización:

Categoría: -Si

- No

Tipo de variable: Cualitativa nominal.

- DISMINUCION DE LAS DEFENSAS:

Concepto: Disminución de las reacciones inconscientes, intrapsíquica, que protege al yo de cualquier situación de tensión.

INFORME FINAL

Operacionalización:

Categoría: -Si

- No

Tipo de variable: Cualitativa nominal.

RESULTADOS Y ANALISIS:¹

De los resultados obtenidos se desprende que 10 (29%) de los funcionarios encuestados corresponde a Licenciadas en Enfermería y 25 (71%) a Auxiliares en Enfermería.

En cuanto al sexo se desprende que 25 (71%) de los funcionarios corresponde al sexo femenino y 10 (29%) al sexo masculino.

En cuanto a la edad de los mismos, esta comprendida entre 29 a 58 años, siendo la media de edad de los funcionarios de 40 años.

En cuanto a la Situación laboral, 32 (91%) de los funcionarios son Titulares del cargo y 3 (9%) Suplentes al mismo.

Con respecto a la situación de pareja de los funcionarios, 23 (66%) de los mismos tienen pareja estable.

En cuanto al numero de hijos por funcionario, 10 (29%) no tiene hijos, 7 (20%) un hijo, 12 (34%) tiene 2 hijos y 3 (9%) tienen 3 y 4 hijos respectivamente.

De acuerdo a los datos obtenidos, en el rango de 27 a 36 horas, trabaja 1 de las 10 Licenciada en Enfermería y 7 Auxiliares. Mientras que 9 (90%) de 10 Licenciadas trabajan entre 54 a 76 horas, al igual que mas de la mitad (15) de los Auxiliares en Enfermería.

Con respecto al numero de horas variables, solo se encuentran 3 (12%) Auxiliares de Enfermería, en tanto no se encuentran Licenciadas en Enfermería en este grupo.

A continuación se presentan las manifestaciones psicosomáticas que se estudiaron, representándolas según orden de incidencia, para lo cual se presenta tabla y grafico.

¹ Fuente: Encuesta de 1997

- **Tabla N° 1:** Frecuencia de las Manifestaciones Psicosomáticas del personal de Enfermería. Centro Nacional de Quemados. 20 de Mayo al 20 de Junio de 2002.

Manifestaciones	Frecuencia Absoluta	Frecuencia Relativa
Dolor de Cuello	25	17%
M. Gastrointestinal	21	14%
Ansiedad	20	13%
Cefalea	15	10%
Irritabilidad	12	8%
F. Concentración	9	6%
D. Sexual	9	6%
Insomnio	8	5%
Indiferencia	8	5%
D. Defensas	7	5%
Hipertensión	6	4%
Fatiga	6	4%
Depresión	5	3%
Total	151	100%

Fuente Propia.



Fuente Propia.

El personal de Enfermería responde en el 86% (30) de los casos, a mas de una manifestación psicosomáticas. Siendo el 63% (22) de los mismos, funcionarios que presentan entre 2 a 6 manifestaciones, y un 23% (8), presentan entre 7 y 12 manifestaciones. Cabe destacar que el 14 % (5), presentan una sola manifestación.

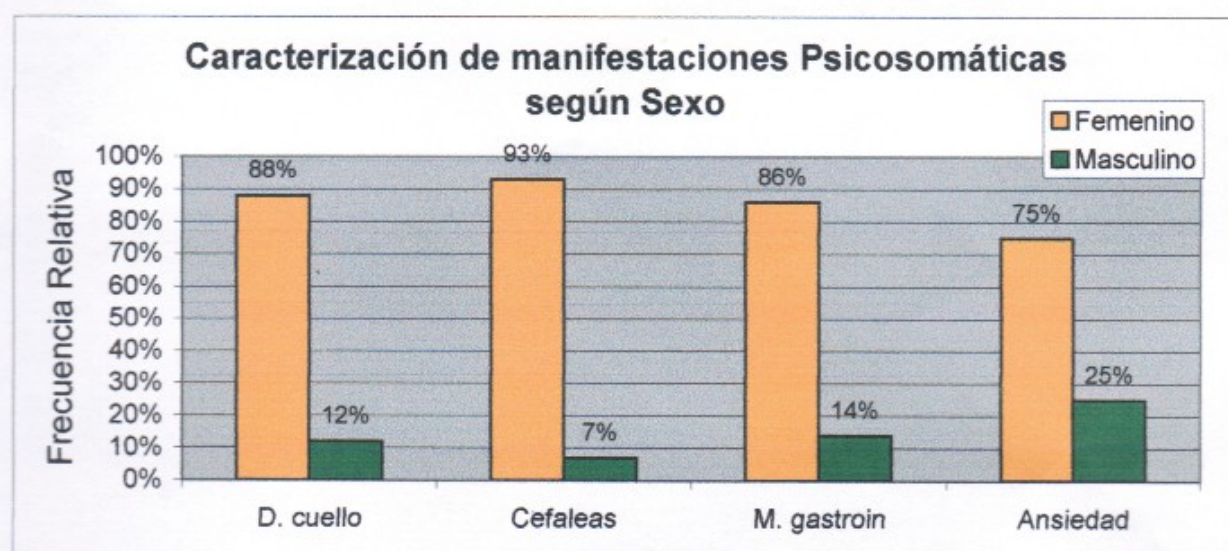
La media aritmética corresponde a 4 manifestaciones psicosomáticas por persona.

Del total de las manifestaciones psicosomáticas presentadas, se tomaron las 4 más significativas en cuanto a la incidencia.

- **Tabla N° 2:** Frecuencia de Manifestaciones Psicosomáticas del personal de Enfermería relacionadas al sexo. Centro Nacional de Quemados. 20 de Mayo a 20 de Junio de 2002.

Sexo						
M. Psicosomáticas	Femenino		Masculino		Total	
	F.A.	F.R.	F.A.	F.R.	F.A.A.	F.R.A.
Dolor de Cuello	22	86%	3	12%	25	100%
Cefaleas	14	75%	1	7%	15	100%
M. Gastrointestinal	12	86%	2	14%	14	100%
Ansiedad	15	75%	5	25%	20	100%

Fuente Propia.



Fuente Propia.

Con respecto a las manifestaciones analizadas, se desprende que el mayor numero se encuentra en el sexo femenino, debido a que la población en estudio es mayoritariamente de este sexo.

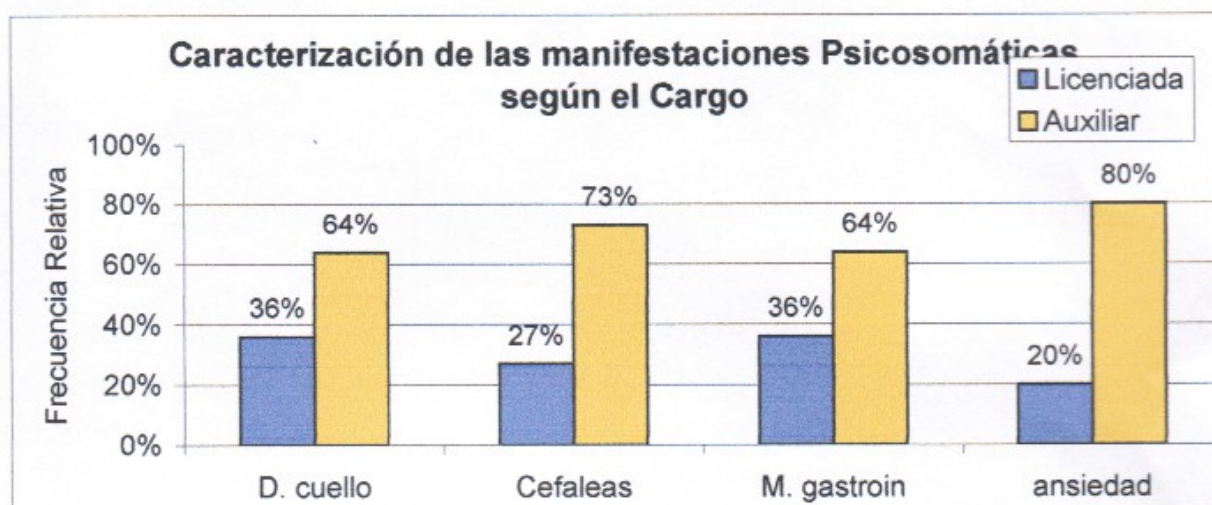
En las mujeres la mayor afectación se observa en el dolor de cuello con una incidencia de 22 (88%), del total de las mismas. El resto de las manifestaciones tiene un comportamiento similar entre ellas por encima del 48% (12).

El sexo masculino por su parte presenta su mayor afectación en la manifestación ansiedad, ya que la mitad de los mismos la padecen.

- **Tabla N° 3:** Incidencia de Manifestaciones Psicosomáticas del personal de Enfermería relacionadas al cargo. Centro Nacional de Quemados. 20 de Mayo a 20 de Junio de 2002.

Cargo						
Manifestaciones Psicosomáticas	Licenciada		Auxiliar		Total	
	F.A.	F.R.	F.A.	F.R.	F.A.A.	F.R.A.
Dolor de Cuello	9	36%	16	64%	25	100%
Cefaleas	4	27%	11	73%	15	100%
M. Gastrointestinal	5	36%	9	64%	14	100%
Ansiedad	4	20%	16	80%	20	100%

Fuente Propia.



Fuente Propia.

El mayor número de manifestaciones psicosomáticas las presentan los Auxiliares de Enfermería, ya que los mismos representan el 71% (25) de la población.

El comportamiento de las manifestaciones psicosomáticas varía entre el 64% (16 para dolor de cuello y 9 para Molestias gastrointestinales) y 80% (16 para Ansiedad) entre los auxiliares, en el caso de los Licenciados no supera el 36%. (9 para dolor de cuello y 5 para ansiedad).

- **Tabla N° 4: Incidencia de Manifestaciones Psicosomáticas del personal de Enfermería Licenciado y Auxiliar relacionada a la Situación Laboral. Centro Nacional de Quemados. 20 de Mayo a 20 de Junio de 2002.**

Cargo/Situación Laboral								
Manifestaciones Psicosomáticas	Licenciada Titular		Auxiliar Titular		Auxiliar Suplente		Total	
	F.A.	F.R.	F.A.	F.R.	F.A.	F.R.	F.A.A	F.R.A
Dolor de Cuello	9	36%	15	60%	1	4%	25	100%
Cefalea	4	27%	10	66%	1	7%	15	100%
M. Gastroint.	5	36%	9	64%	0	0%	14	100%
Ansiedad	4	20%	16	80%	0	0%	20	100%

Fuente Propia

El mayor número de manifestaciones psicosomáticas están comprendidas entre los Auxiliares de Enfermería en calidad de Titular, ya que los mismos corresponden al 63% (22) de la población estudiada, seguido por las Licenciadas en Enfermería en calidad de titular, representadas por el 29% (10) y por último los Auxiliares de Enfermería en calidad de suplentes, que corresponde al 8% (3) de la población. Se destaca que no hay Licenciada de Enfermería en calidad de Suplente.

- **Tabla N° 5: Incidencia de Manifestaciones Psicosomáticas del personal de Enfermería Licenciado y Auxiliar relacionada al Número de Horas trabajadas. Centro Nacional de Quemados. 20 de Mayo a 20 de Junio de 2002.**

Cargo/N° de horas trabajadas												
Manifestaciones Psicosomáticas	Lic. 27 a 36 horas		Aux. 27 a 36 horas		Lic. 54 a 76 horas		Aux. 54 a 76 horas		Aux. hrs. variables		Total	
	F.A.	F.R.	F.A.	F.R.	F.A.	F.R.	F.A.	F.R.	FA	F.R.	F.A.A	F.R.A
Dolor de cuello	1	4%	6	24%	8	32%	9	36%	1	4%	25	100%
Cefalea	1	7%	4	27%	3	20%	7	47%	0	0%	15	100%
M. Gastroint.	0	0%	4	29%	5	36%	4	29%	1	7%	14	100%
Ansiedad	1	5%	5	25%	3	15%	9	45%	2	10%	20	100%

Fuente Propia.

El mayor número de manifestaciones psicosomáticas se encuentra distribuido entre los Auxiliares de Enfermería con mayor carga horaria, seguido por las Licenciadas de Enfermería que tienen la misma carga horaria y los Auxiliares de Enfermería que trabajan de 27 a 36 horas. Por último encontramos, con un comportamiento semejante, a las Licenciadas con una carga horaria menor y los Auxiliares en calidad de suplentes.

- **Tabla N° 6: Incidencia de Manifestaciones Psicosomáticas del personal de Enfermería Licenciado y Auxiliar relacionada a la Edad. Centro Nacional de Quemados. 20 de Mayo a 20 de Junio de 2002.**

Cargo/Edad										
Manifestaciones Psicosomáticas	Lic. de 28 a 40 años		Aux. de 28 a 40 años		Lic. de 41 a 58 años		Aux. de 41 a 54 años		Total	
	F.A.	F.R.	F.A.	F.R.	F.A.	F.R.	F.A.	F.R.	F.A.A	F.R.A
Dolor de Cuello	4	16%	11	44%	5	20%	5	20%	25	100%
Cefalea	0	0%	8	53%	4	27%	3	20%	15	100%
M. Gastroint.	3	21%	6	44%	2	14%	3	21%	14	100%
Ansiedad	2	10%	8	40%	2	10%	8	40%	20	100%

Fuente Propla.

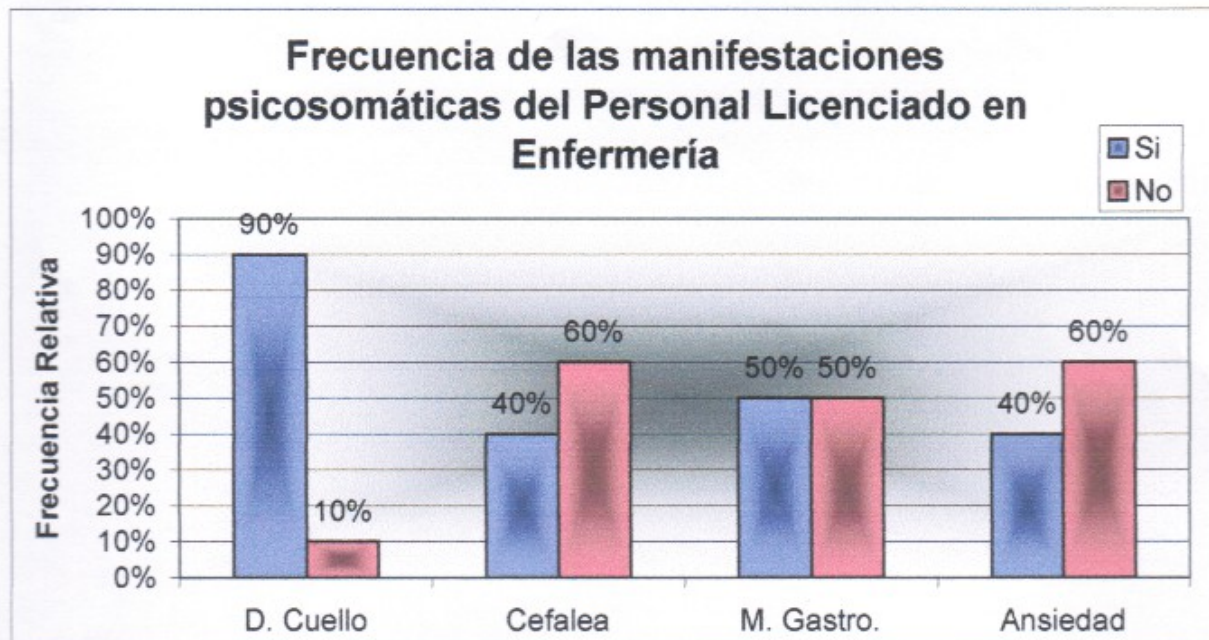
Como criterio de selección de los rangos de edad se tomó la media aritmética (40 años) para el estudio del comportamiento de las manifestaciones psicosomáticas.

El mayor número de manifestaciones psicosomáticas corresponde a los Auxiliares de Enfermería comprendidos en el rango de 28 a 40 años, siendo esta la población mayoritaria con el 43% (15), seguido por los Auxiliares de Enfermería de 41 a 54 años, correspondiendo el 29% (10). Luego encontramos a las Licenciadas en Enfermería en el rango atareo de 41 a 58 años, y finalmente los comprendidos entre 28 y 40 años con el 14% (5) en ambos casos.

- **Tabla N° 7:** Frecuencia de las Manifestaciones Psicosomáticas del personal de Enfermería Profesional. Centro Nacional de Quemados. 20 de Mayo a 20 de Junio de 2002.

CARGO						
Manifestaciones Psicosomáticas	Licenciada SI		Licenciada NO		Total	
	F.A.	F.R.	F.A.	F.R.	F.A.A	F.R.A
Dolor de Cuello	9	90%	1	10%	10	100%
Cefalea	4	40%	6	60%	10	100%
M. Gastroint.	5	50%	5	50%	10	100%
Ansiedad	4	40%	6	60%	10	100%

Fuente Propia.



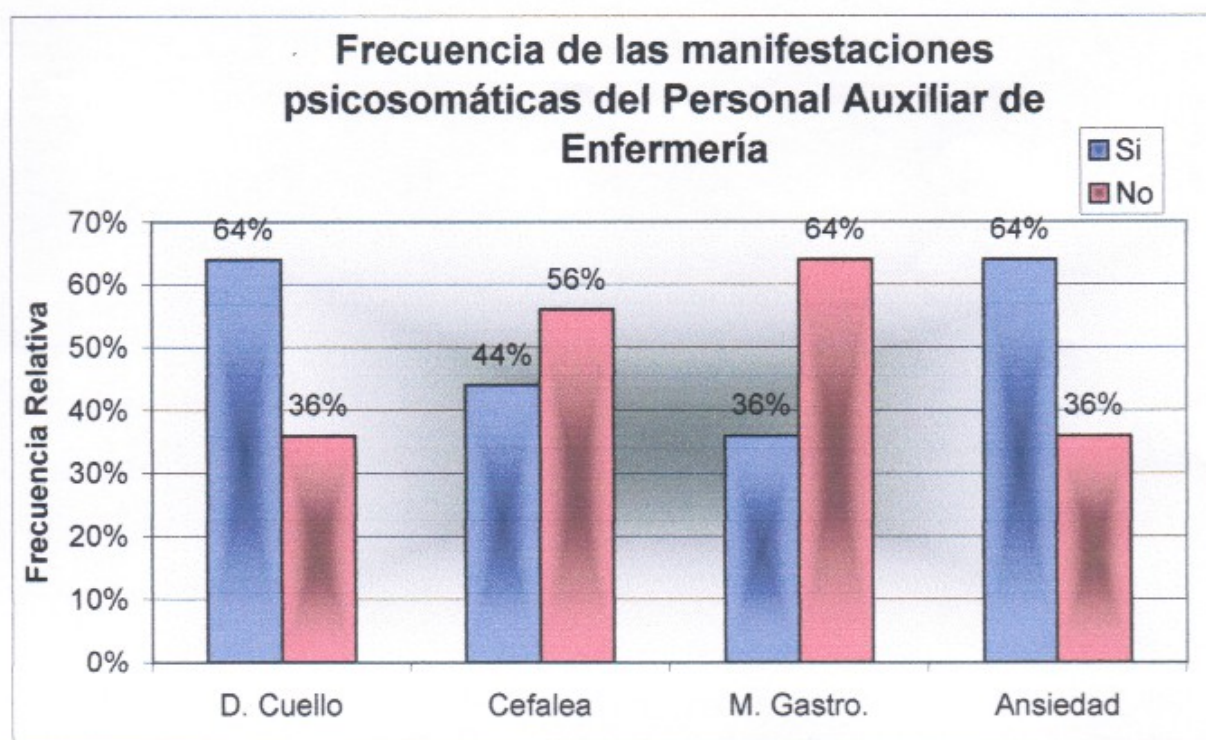
Fuente Propia.

Cabe destacar que de los datos obtenidos se puede observar que 9 de 10 Licenciadas en Enfermería presentan dolor de cuello, la mitad de la población (5) presenta molestias gastrointestinales, mientras que 4 de 10 presentan las manifestaciones cefaleas y ansiedad.

- **Tabla N° 8:** Frecuencia de las Manifestaciones Psicosomáticas del personal de Enfermería Auxiliar. Centro Nacional de Quemados. 20 de Mayo a 20 de Junio de 2002.

Manifestaciones Psicosomáticas	Cargo					
	Auxiliar SI		Auxiliar NO		Total	
	F.A.	F.R.	F.A.	F.R.	F.A.A	F.R.A
Dolor de Cuello	16	64%	9	36%	25	100%
Cefalea	11	44%	14	56%	25	100%
M. Gastroint.	9	36%	16	64%	25	100%
Ansiedad	16	64%	9	36%	25	100%

Fuente Propia.



Fuente Propia.

Se desprende de los datos obtenidos que la mayor afectación en esta población corresponde a las manifestaciones dolor de cuello y ansiedad, con un 64% (16) respectivamente. Menos de la mitad presentan cefalea 44% (11) y poco más de la tercera parte 36% (9) presentan Molestias gastrointestinales.

CONCLUSIONES.

Para concluir y respondiendo a los objetivos planteados, se tomo como base aquellas manifestaciones psicosomáticas mas relevantes, relacionándolas con las variables sociodemográficas, para describir el comportamiento de las mismas en la población en estudio.

Se destaca que el 97% (34) de los encuestados presentaron manifestaciones psicosomáticas.

El 63%, que corresponde a 22 funcionarios presentaron entre 2 y 6 manifestaciones psicosomáticas, 20% (7) presentaron entre 7 y 12 manifestaciones y tan solo el 14% (5) presentó una sola.

La media aritmética de las mismas es de 4 por cada funcionario.

Por su parte se observó una gran afectación en las Licenciadas en Enfermería por la manifestación dolor de cuello, mientras que en los Auxiliar^{es} de Enfermería dicha manifestación y ansiedad se presentan con mayor incidencia.

Es de destacar que de las 25 mujeres encuestadas, el 88% (22) presentaron dolor de cuello.

SUGERENCIAS.

Sobre la base de lo concluido con respecto a la investigación, creemos pertinente sugerir la formación de una red de apoyo y seguimiento a todo el personal de Enfermería integrado por profesionales vinculados a la temática.

Por medio de este, determinar con mayor exactitud los desencadenantes de dichas manifestaciones, así aportar información con el objetivo de enriquecer los programas de abordaje ya existentes para prevenir la aparición de las misas, o realizar un tratamiento efectivo en su disminución.

Se detectó un alto porcentaje de manifestaciones psicosomáticas asociadas a otros factores aquí estudiados, en un alto porcentaje de la población en estudio, destacándose que se logró acceder a la totalidad de la misma.

BIBLIOGRAFIA:

- Haynal, W. Pasini, Manual de Medicina Psicosomática. Editorial Maysson.
- Cano, M.A., et al. , Esta quemada la enfermería? "Síndrome de Burnout" Revista Medicina Intensiva 1996, 7(4): 138-146.
- Dejeur, Christopher, Trabajo y desgaste mental, Facultad de Psicología de la Universidad de Buenos Aires, Editorial Humanitas.
- Eco, Humberto, Como realizar una Tesis.
- Gestal Otero, J.J. Riesgos del trabajo del personal sanitario. 2 Ed. Madrid, Interamericana, 1993, p 448-457, p 458-463.
- Hernández de Canales, F., Y Albarado, E., Pineda, E, Metodología de la investigación, Manual para el desarrollo del personal de salud 1 Ed. S.I. OPS, 1986.
- Hernández, R; Dr. Fernández, C.; Dra. Baptista, P.: Metodología de la Investigación; Editorial McGraw – Hill interamericana de Mexico, S.A. de C.V.(1991)
- Luban, B., W. Poldinger, El enfermo psicosomático y el medico practico, Editorial Roche, 1975.
- Manual Merck de Diagnostico y Terapéutica, Novena Edición, Harcourt Brace.
- Ridruejo Alonso P., Medina de León A., Rubio Sánchez J.L., Psicología Medica, 1Ed, Madrid, Interamericana, 1996, Pág. 531-536.
- Silveira, Nahir, "Acerca de una experiencia grupal con enfermería del CTI en el Hospita de Clínicas Dr. Manuel Quintela. Revista Paciente Crítico 1995, 8(2): 185-191.



ANEXO I

✦ PROTOCOLO:

✦ **Título:** Manifestaciones psicosomáticas del personal de Enfermería Profesional y Auxiliar del CTI del Centro Nacional de Quemados, en el periodo comprendido entre Mayo-Junio de 2002.

✦ Introducción:

El presente corresponde al protocolo del trabajo de Investigación Final de la carrera de Licenciatura en Enfermería.

El mismo fue elaborado por un grupo de cuatro estudiantes de generación 97

La investigación propuesta es de tipo descriptiva, transversal.

✦ Problema:

¿Que tipo de manifestaciones psicosomáticas existe en el personal de Enfermería del CTI del Centro Nacional de Quemados en el periodo comprendido entre Mayo - Junio de 2002?

✦ Fundamentación:

Se tomo en cuenta este problema considerando que existe un alto índice de afectación del trabajador de la salud , a lo que se le suma el trabajo en un área cerrada que comprende tanto una estructura arquitectónica como el tipo de trabajo, lo que contribuye a crear una situación altamente estresante.

El personal de Enfermería es quien se encuentra en la primera línea de asistencia presentando frecuentemente manifestaciones psicosomáticas

Este estudio se realizara en el CTI del Centro Nacional de Quemados por ser un área altamente especializada, de reconocimiento internacional y que actualmente presenta características peculiares que consideramos agravan la situación de estrés.

☐ Objetivo General:

- Identificar cuales son las manifestaciones psicosomáticas en el personal de Enfermería del CTI, del Centro Nacional de Quemados.

☐ Objetivos Específicos:

- ☐ Caracterizar al personal de Enfermería del CTI del Centro Nacional de Quemados en el periodo comprendido entre Mayo-Junio de 2002 a través de datos demográficos.
- ☐ Caracterizar al personal de Enfermería del CTI del Centro Nacional de Quemados en el periodo comprendido entre Mayo-Junio de 2002 a través de aspectos psicosomáticos.
- ☐ Elaborar un instrumento de recolección de datos.
- ☐ Realizar un análisis de los datos obtenidos.
- ☐ Conocer en el personal de Enfermería Profesional y Auxiliar, del CTI del Centro Nacional de Quemados , las manifestaciones psicosomáticas, en le periodo comprendido entre Mayo-Junio de 2002.

☐ MARCO TEORICO:

✦ MANIFESTACIONES PSICOSOMÁTICAS:

Según Grinker, es un "enfoque que engloba la totalidad de los procesos integrados de transacciones entre muchos sistemas: somático, psíquico, social y cultural. De hecho la noción de "psicosomática" no se refiere ni a la fisiología o al pato fisiología, ni a la psicología o la psicopatología, sino a un concepto de proceso entre los sistemas vivos y su elaboración social y cultural.

Según Harold Wolff existe una especificidad de la respuesta funcional del individuo. En su perspectiva, lo específico es la significación de una situación por la existe una respuesta a nivel de vivencia psíquica y otra a nivel del cuerpo. Wolff postulo diversos stress constituyen un peligro frente al cual el individuo pone en marcha reacciones corporales adaptativas, protectoras, defensivas u ofensivas. Estas reacciones, sobre todas las defensivas, dependen de diferentes sistemas de órganos.

✦ MEDICINA PSICOSOMÁTICA:

Los factores psicológicos pueden contribuir directa o indirectamente a la etiología de varios trastornos físicos; en otros casos los síntomas psiquiátricos pueden ser una expresión directa de una lesión que afecta órganos neurales o endocrinos. También pueden presentarse síntomas psicológicos como una reacción a la enfermedad física. El empleo del termino "psicosomático" para abarcar estas posibilidades es un concepto difuso, pero llama la atención sobre la ubicuidad de los trastornos emocionales y las interrelaciones psicológicas con la enfermedad y la incapacidad somática.

En un sentido mas limitado "psicosomático" se refiere a los estados en que los factores psicológicos tienen importancia etiológica. Incluso en estas enfermedades sin embargo, la etiología es siempre compleja y multifactorial, y los factores psicológicos no son los únicos que contribuyen a la enfermedad. Es útil considerar un componente biológico necesario, que cuando se combina con reacciones psicológicas y con el estrés social resulta en un conjunto de circunstancias suficientes para producir enfermedad, lo que explica el termino biopsicosocial. Los acontecimientos ambientales estresantes y las reacciones psicológicas pueden considerarse desencadenantes de la enfermedad.

El hecho de que el estrés psicológico pueda desencadenar o modificar el curso de enfermedades orgánicas de envergadura se conoce desde hace tiempo, pero es difícil de aceptar y de entender por los médicos.

☐ PROCESOS PSICOSOMATICOS.

La voz "psicosomático" representa un recurso de utilización común, cuando se quiere mostrar el sentido cabal y pleno del saber y del quehacer médicos. La interpretación más extensa y literal de su significado es la que recoge el Diccionario de la Lengua remitiéndolo a aquello "que implica o da lugar a una acción de la psique sobre el cuerpo o al contrario". Se trata pues de estudiar la efectivas relaciones entre esos dos referentes de visual apelación. Claro esta que, con esta interpretación del vocablo, no lograríamos más que desarrollar el mensaje aplicativo de la dialéctica mente-cuerpo.

Se suele recurrir a la figura del medico internista y además psiquiatra, Johann Heinroth, como introductor en, 1818, del termino clínico "psicosomática" y en 1828 del de "somatopsiquia". Heinroth, defendía, de manera precisa, la influencia de lo "pasional" en

las patologías tuberculosas y cancerosas y, paralelamente, el papel que desempeñan los trastornos corporales en la suerte de los estados de ánimo. Dice Haynal (1980) que, de esta forma, "quedan históricamente establecidos los jalones de una nueva forma de aprender sobre determinadas enfermedades", y así, inaugurado el ciclo de una nueva singladura médica. Beneke, a mitad de siglo, como subraya Alexander (1970), describió el camino que recorren las ideas simbolizadas hacia su manifestación en reacciones físicas. Y a finales de siglo, Mandsley, en su famosa obra *"The Physiology of mind"* (1876) desvelara los senderos de la emoción y de su fijación en los órganos. Rosenbach (1860), por su cuenta, afrontara a su vez una "terapia psíquica de las enfermedades internas".

Para definir la Psicósomática como una disciplina científica, Lipowski (1976) dice que se trata de "una ciencia de las relaciones entre variables psicológicas, biológicas y sociales, en cuanto afectan a la salud y a la enfermedad humana". Por su parte Grinker (1959) piensa en la peculiaridad de su objeto, que no es otro sino el que se atañe al "concepto de proceso entre los sistemas vivos", "procesos integrados de transacciones entre muchos sistemas: somático, psíquico, social y cultural".

Resulta desde luego, en el cauce del psicoanálisis donde se sitúa la más amplia fuente de inspiración de la Psicósomática.

La doctrina freudiana de la angustia, en el interior del yo, esta cargada de consideraciones sobre los efectos devastadores que acarrea al mundo mental y al orgánico.

La Escuela psicoanalítica dota de constante aportaciones al trabajo psicósomático, entre las que deben destacarse las de Deutsch (1939), que denuncia la aparición en órganos afectados somáticamente en otro tiempo, de una especial sensibilidad por la expresión simbólica.

Deutsch se detiene también en el impacto de los traumas infantiles, que predisponen a la patología psicósomática del adulto.

Franz Alexander, en 1958, reelaborara el concepto de síntoma psicósomático, como el propio de aquellos órganos inervados por el sistema autónomo que, siendo afectados por estados fisiopatológicos prolongados, son capaces de dar expresión a ciertos conflictos específicos reprimidos inconscientemente.

Otra corriente conformadora de la psicósomática procede de la tradición psicofisiológica rusa, de la que Pavlov, en su máximo exponente. Su enclave fundamental es la doctrina del reflejo, comunidad dialéctica del organismo y del ambiente; esto es, reacción del organismo en respuesta a una excitación de sus extero o interoceptores.

Claro que, en el nivel de las contribuciones psicofisiológicas a la psicósomática, es necesario rescatar los aportes de la Fisiología de Cannon (1927 y 1935), que demuestran las consecuencias fisiológicas de la emoción y el papel del sistema autónomo. Debemos a Cannon el primer enunciado del "estrés", entendido como estímulo capaz de provocar reacciones agónicas, con lo que se abre camino el descubrimiento de sus potenciales patógenos. Con la invocación al estrés, queda abierta una ruta preferente para enlazar estímulos ambientales y reacciones fisiológicas. Seyle (1945) piensa que el estrés, concebido como respuesta, se instala en el entramado del síndrome general de adaptación, con sus tres fases de reacción de alarma, reacción de adaptación y fase de agotamiento.

También se debe citar la contribución de representantes de la línea psicossocial y psicocultural, en el que priman figuras como las de Mead, Horney, Meyer, Halliday, Ruesch, Holmes y Rahe, etc. Los factores que contemplan, provienen del campo de la interacción personal y social, de las influencias socio estructurales y culturales, de las perturbaciones de la comunicación, de los azares del vínculo materno-filial y familiar, y de

los acontecimientos críticos estresantes que afectan a los estados de salud y al futuro bienestar.

□ TRABAJO Y DESGASTE MENTAL.

Según Christopher Dejeur: "Cuando las defensas del carácter y del comportamiento no intervienen en el trabajo, el riesgo que se corre es una acumulación de energía pulsional que no encuentra donde descargarse.

Para ser mas precisos hay que saber que puede ocurrir lo contrario a la exagerada intervención de una defensa compartimental o de un sistema defensivo caracterial en perjuicio de otros mecanismos de defensa que no intervinieron, puede conducir a una desorganización.

El efecto principal de la neutralización de las defensas del carácter y del comportamiento es la aparición de una enfermedad somática"

"La organización libre del trabajo no es mas que un ordenamiento del modo operativo que tiene en cuenta las aptitudes individuales, las necesidades de la personalidad donde cada gesto se armoniza espontáneamente con las defensas del comportamiento y del carácter.

La libre organización del trabajo se vuelve una pieza fundamental del equilibrio psicosomático y de la satisfacción.

La organización del trabajo en la medida en que puede bloquear los esfuerzos del trabajador para poner en conformidad el modo operativo con las necesidades de su estructura mental, causa un debilitamiento somático."

✦ EL ENFERMO PSICOSOMATICO Y EL MEDICO PRACTICO.

I- Conceptos fundamentales de la medicina psicosomática

El término psicosomático puede aplicarse a dos conceptos distintos, según se hable de medicina psicosomática o de enfermedades psicosomáticas.

La medicina psicosomática es una concepción moderna ya que no nueva, una orientación general de toda la terapéutica que pretende hacer resaltar la importancia de los factores psíquicos en el origen de las enfermedades y, sobre todo en su tratamiento. Pero existen también cierto número de trastornos funcionales y dolencias a las que se suele calificar de psicosomáticas en un sentido estricto.

La imposibilidad de disociar el alma de la salud del cuerpo es una idea que ya se vislumbra en el Libro de Job y en la obra de Platón.

El término "psicosomático" fue utilizado por primera vez en 1818 por el médico alemán Heuroth (1773-1843), en el curso de una discusión con Jacobi. Este introdujo en el año 1828 el término "somatopsíquico", para subrayar el predominio de lo corporal en la génesis de algunas enfermedades.

Groos escribió en 1824: "si se busca la causa primera de las más diversas enfermedades, ésta suele estar en el efecto nocivo que ejercen las pasiones sobre el cuerpo".

Maudsley en 1876 afirma: "si la emoción no se libera en un ejercicio físico o en una actividad mental adecuada, actúa sobre los órganos y altera su funcionamiento. La aflicción que puede expresarse por medio de lamentos y lágrimas se olvida rápidamente, en tanto que la pena muda que muerde incesantemente el corazón acaba por romperlo".

También Klages intentó resolver el problema de la dualidad del alma y el cuerpo: "El cuerpo es la forma visible del alma, y el alma es lo que da sentido a la forma que ha adoptado el cuerpo".

Las expresiones "enfermedades psicosomáticas" y "medicina psicosomática" se han generalizado únicamente en los últimos decenios, tras haber sido utilizado el adjetivo "psicosomático", por primera vez por Deutsch, y después por Alexander, Cobb, Dunbar, Von Weizsäcker y otros autores. Ferenczi, Groddeck y Jelliffe, diez años antes de Deutsch, sólo hablaban de "neurosis de órganos" y "psicosis de órganos".

En la actualidad el número de publicaciones acerca de medicina psicosomática ha aumentado considerablemente y los autores no pertenecen exclusivamente al círculo de los psicoanalistas como sucedía hasta hace unos años. Las relaciones psicosomáticas se reconocen como realidad clínica, sobre todo en medicina interna, pediatría y ginecología. Sin embargo, sólo se las suele tener en cuenta a la hora de identificar la patogénesis y elucidar los factores psíquicos etiológicos; el tratamiento, que en medicina psicosomática al igual que en los demás sectores de la medicina debe tener su fundamento en la etiología, sigue siendo más bien el dominio propio de los psicoterapeutas.

Reproducimos a continuación un brillante análisis psicológico: "Hoy en día todo el mundo se cierra en una forma de existencia egoísta: cada cual se aísla en su celdilla, se aparta, y oculta lo que posee. Acaba por rechazar a la humanidad y la humanidad le rechaza a él. Acumula un capital y se dice convencido: "¿Qué poderoso soy ahora! Ya estoy seguro." Y el insensato no comprende que cuanto más acumula más se hunde en una impotencia suicida, ya que separándose de los demás se ha acostumbrado a no esperar nada más que de sí mismo. Ha impuesto a su espíritu el escepticismo en la caridad de las personas y de la humanidad en general. Tiembla al pensar que podría perder su dinero y las prerrogativas que por medio de éste ha adquirido. En nuestros días el espíritu humano se niega por las buenas a reconocer que la auténtica seguridad del individuo no consiste en su fuerza personal aislada, sino en el vínculo que le une con todos sus semejantes."

Estas líneas, que fueron escritas en 1864, pertenecen a "La enfermedad de nuestro tiempo", de Dostoievski. Podríamos decir que el aislamiento del individuo que el autor denuncia tiene su origen en el mismo punto de vista que lleva a separar las diversas especialidades o súper especialidades dentro de la medicina.

Cuanto más se investiga el fondo etiológico y patogénico de las enfermedades psíquicas, más claras se dibujan las posibilidades y límites del tratamiento. Mientras que el término "psiquiatría" resume todos los conocimientos, incluso las divergentes entre sí, aplicables para lograr una explicación científica de las enfermedades mentales, se entiende por "psicoterapia" un método centrado en el individuo, orientado a sus peculiaridades, a su destino único y a su vivencia personal.

Los pacientes aquejados de dolencias funcionales suelen acudir actualmente al médico general. Este tiene que vérselas, las más de las veces, con personas que presentan sus conflictos como síntomas y enfermedades físicas concretas. Precisamente es a estos pacientes a los que el médico debe procurar ayudar mediante un acercamiento psicoterapéutico bien entendido.

◆Correlaciones psicosomáticas-

Cremerius ha escrito: "Con la teoría de la libido y todos los conocimientos acerca de la neurosis que en ella se fundamentan, Freud creó un modelo psicofísico y a la vez un concepto que contiene convincentemente las posibilidades etiológicas de la psicogénesis de síntomas somáticos... Creo que el psicoanálisis es hasta el momento la base más sólida de la medicina psicosomática." Por otra parte Freud nunca quiso traspasar la frontera que separa lo psicológico de lo fisiológico. A pesar de todos los esfuerzos interdisciplinarios, el paso misterioso de lo psíquico a lo físico no ha llegado todavía a ser explicado por completo.

Proust lo expresa mediante símbolos que siguen gozando de actualidad: "Cuando estamos enfermos es cuando nos damos cuenta de que no vivimos solos, sino encadenados a un ser de otro reino diferente del que nos separa un abismo, un ser que no nos conoce y que es incapaz de comprendernos: nuestro propio cuerpo. A cualquier bandido que nos encontramos en un camino tal vez logremos sensibilizarlo a su interés personal, ya que no a nuestra desgracia. Pero pedir compasión a nuestro cuerpo es como hablar con un pulpo para el que las palabras tienen menos sentido que el ruido del agua, y con quien nos horrorizaría vernos condenados a vivir." (Marcel Proust, "Por el camino de Guermantes", en: *En busca del tiempo perdido*).

Contrariamente a lo que suele decirse, la medicina psicosomática no se basa en especulaciones puramente teóricas, sino más bien sobre un hecho observado y confirmado experimentalmente repetidas veces: que las emociones pueden influir decisivamente en las funciones orgánicas.

Las emociones van unidas a procesos fisiológicos, como todo el mundo sabe: ver u oler alimentos hace la boca agua a quien tiene hambre, y la percepción de estímulos eróticos da lugar a modificaciones fisiológicas de los órganos sexuales.

En resumen, determinados afectos provocan determinadas modificaciones neurovegetativas. Esta asociación puede considerarse un *modelo psicosomático*. Por medio del diencéfalo y del sistema neurovegetativo, los factores neuróticos inconscientes ejercen sobre la fisiología del organismo una influencia que puede manifestarse en disfunciones y alteraciones orgánicas.

Según los neurofisiólogos, toda situación de stress conduce a una activación del hipotálamo que pone en marcha inmediatamente los mecanismos de protección y defensa por vía motora, visceral y neuro - hormonal, a la vez que dirige señales hacia la corteza cerebral, de modo que la emoción pueda ser percibida. Si la amenaza persiste, las fuerzas de la homeostasis deben actuar durante más tiempo, lo que puede provocar trastornos funcionales e incluso orgánicos periféricos en los sistemas afectados. La antropología moderna, que estudia al hombre en sus relaciones sociales e interpersonales, hace hincapié en los conflictos nacidos de dichas relaciones y subraya su importancia en la aparición de las perturbaciones psicosomáticas; así por ejemplo, un individuo puede experimentar un empeoramiento repentino de su estado general de salud al abandonar bruscamente una actividad dinámica y satisfactoria.

Engel emplea el término *somtopsiquico -psicosomático*. Según Heim, consiguió "ampliar la concepción tradicional de las enfermedades psicosomáticas en el sentido más estricto, llegando a considerar dos puntos de vista etiológicos y patogénicos fundamentales:

"1. El primer factor en la génesis de estos trastornos es un proceso somático, que no sólo es responsable de la perturbación orgánica que acabará por presentarse, sino que ejerce también una acción directa e indirecta en el desarrollo de características psicológicas propias.

“2. Estas determinan de forma más o menos específica las condiciones experimentadas como stress y bajo cuya influencia puede ser activado el proceso orgánico.”

Selye ha descrito una *patogénesis del stress* que corresponde también a las situaciones de stress psicológicas. Con su *síndrome de adaptación*, este autor ha enriquecido las enseñanzas de Cannon, al considerar el “estadio de agotamiento” del organismo como preludio del estado de alarma (con fase de shock) y del estadio de defensa, cuando un factor dañino, por ejemplo de tipo tóxico, llega a ser irreprimible.

El conocimiento de las enfermedades psicosomáticas se basa en múltiples observaciones clínicas bastante convincentes. Sin embargo, rara vez es posible explicar demostrativamente los diversos procesos parciales, del mismo modo que son escasas las hipótesis confirmadas experimentalmente.

Nos debemos preguntar dónde hay que trazar la línea de demarcación entre las enfermedades psicosomáticas y las demás enfermedades. Se trata de un problema delicado que hace hincapié en la contradicción que encierra el término “psicosomático”.

El problema es transparente para Minkowski: “La asociación de dos elementos tanto en la expresión “psicosomático” como “somatopsíquico” no llega a convencer plenamente, al sugerir un dualismo que en realidad no existe. Sano o enfermo, el ser humano es una entidad. No hay otra posibilidad de expresarse. Opino que la esencia de la medicina psicosomática no es tanto limitarse a unir factores psíquicos y somáticos como esforzarse en ver al ser humano tal como es, una yuxtaposición dinámica del espíritu y el cuerpo”.

Estas consideraciones previas querían mostrar que la medicina psicosomática es más bien una doctrina acerca de la pluralidad de las causas que engendran la enfermedad, abarcando por consiguiente un amplio terreno de investigación, que una especialización de la medicina. Se podría definir más exactamente como una actitud mental que participa en la práctica de la medicina en general y lleva a lo que podría denominarse la medicina “íntegra”, incluso cuando el interés, sobre todo en lo referente a la investigación, se dirige fundamentalmente hacia el grupo específico de enfermedades en las que los factores emocionales tienen una importancia primordial.

Las perturbaciones psicosomáticas suelen dividirse en dos grandes grupos:

1. Los trastornos psicosomáticos funcionales o neurosis de órgano, es decir, enfermedades que se caracterizan por trastornos funcionales de distintos órganos. El estómago o el intestino, por ejemplo, están sanos, sin presentar lesión ni alteración orgánica. Pero hay hiperacidez gástrica o atonía intestinal: como consecuencia de factores psíquicos, un órgano puede sufrir una disfunción.
2. Las enfermedades psicosomáticas en un sentido más estricto, en las que ya hay alteración o lesión de los tejidos (en alemán, *Psychosomatosen*).

Se trata, en este caso, de enfermedades en sentido corporal, en las que a los factores que intervienen en los trastornos psicosomáticos funcionales se suma algo

especial, de forma que se pasa de una alteración cuantitativa a una modificación cualitativa (Langen). Estas dolencias corporales especiales no sólo son provocadas por un proceso orgánico, sino que muy bien pueden haber sido desencadenadas por factores psíquicos. La causalidad emocional de las alteraciones orgánicas morfológicamente comprobables es una característica fundamental. Esta definición rigurosa excluye, pues, las perturbaciones de tipo neurovegetativo y, sobre todo, neurótico.

Definición de los *síndromes funcionales* según Von Uexküll: son "perturbaciones cuyo carácter e intensidad varían grandemente de un caso a otro y que van desde los síntomas somáticos localizables con relativa facilidad, como cefáleas, gastralgias o dolores precordiales, hasta sensaciones vagas de opresión".

☐ Enfermedades psicosomáticas

Clasificación de las perturbaciones psicosomáticas (según Engel, modificada según Heim):

Trastornos psicógenos: fenómenos psíquicos primarios con o sin participación imaginaria del organismo:

- ☐ síntomas de conversión;
- ☐ reacciones hipocondríacas;
- ☐ reacciones a estados psicopatológicos.

Trastornos psicofisiológicos: reacciones somáticas en su sentido más amplio, provocadas por factores psíquicos:

Fenómenos fisiológicos que acompañan a emociones o estados psíquicos similares; dolencias orgánicas provocadas por un stress emocional.

Enfermedades psicosomáticas en sentido estricto (trastornos somatopsíquicos-psicosomáticos), con las siguientes características:

Primera aparición a cualquier edad (sobre todo hacia el final de la adolescencia); una vez declarada la enfermedad, evolución crónica, simple o recidivante; stress psíquico decisivo en la etiología, condiciones psicodinámicas por lo general específicas de una enfermedad orgánica específica; características psicológicas sorprendentemente constantes de los pacientes.

Trastornos somatopsíquicos: reacciones psíquicas a enfermedades somáticas.

↓ EQUIPO DE SALUD DE UN C.T.I.

“La actividad en un centro de medicina intensiva es multidisciplinaria por definición, y necesita de la concurrencia de muchas personas que realizan tareas muy diversas.

Todas las tareas deben integrarse, complementarse y mantener la continuidad durante las 24 horas de todos los días del año.

Los diferentes trabajos concurren a una actividad principal que es la salud, el confort y la tranquilidad del paciente “.

PERSONAL DE ENFERMERIA DEL C.T.I.

“Entendemos que Enfermería ocuparía una posición que denominaremos bisagra en el servicio y posiblemente en los servicios de salud en general, por ser quienes mantienen un contacto permanente con el paciente y también con su familia, y de los pacientes con sus familiares (especialmente en C.T.I. con pacientes en coma)”

Se han detectado mayores índices de Síndrome de Burnout en las enfermeras pertenecientes a las unidades de cuidados intensivos.

Las características del trabajo que se desarrolla en estas unidades, requieren que la enfermera posea experiencia clínica y madurez, que le permita hacer frente a la frecuente toma de decisiones.

Los profesionales de enfermería de cuidados intensivos se deben caracterizar por:

Capacidad intelectual para asimilar la formación requerida y desarrollar habilidades y actitudes para actuar correctamente ante las diferentes situaciones.

Estabilidad psicológica y emocional para hacer frente a múltiples situaciones de tensión provocadas por el ambiente, dificultades de comunicación, responsabilidades, contacto con el sufrimiento y la muerte.

Salud física y capacidad de trabajo, necesario para soportar la gran actividad de estas unidades.

Dedicación, vocación muy definida y humanidad.

Para contar con un profesional que reúna estas características es necesario realizar una selección previa y una formación adecuada, además, que las condiciones laborales sean satisfactorias evitando así otras tensiones que podrían sumarse a las propias de cada situación.

Si a todas estas exigencias le sumamos que puedan existir otros factores potencialmente estresantes que dificulten el desempeño, lo hacen un área rica para nuestro estudio.

□ EL TRABAJO EN UNIDADES DE CUIDADOS INTENSIVOS.

La Psicología del trabajo ha demostrado, que en el lugar del trabajo, influye de manera muy notable en el rendimiento del personal y en su nivel de satisfacción.

“Las unidades de cuidados especiales presentan unas características, tanto físicas como psicológicas, que las hacen altamente traumáticas para los usuarios y para el personal.

Presenta un ambiente impersonal y opresivo, con muchos aparatos mas o menos sofisticados, aislamiento, silencio y rutinización de los cuidados, a los que se añade el fantasma de la muerte con una presencia permanente, creando un clima de ansiedad constante. Ansiedad en los usuarios, en los familiares y en el equipo asistencial, especialmente en enfermería que se encuentra en la primera línea de asistencia. ”

“ Se señalan también como los motivos desencadenantes de la ansiedad en el personal de estas unidades, la extrema gravedad de los usuarios internados, la lentitud o falta de respuesta a la terapéutica, las complicaciones en la evolución, el riesgo permanente de muerte, la lucha contrarreloj en muchos casos, la irreversibilidad de las consecuencias de un fallo técnico, y la impotencia terapéutica en algunos casos. ”

Este tipo de trabajo genera en el trabajador alteraciones a nivel personal en el ámbito mental, físico y emocional, debido a la carga de estrés que conlleva; a nivel profesional generando desmotivación, disminución de la eficacia y de la productividad; a nivel institucional reflejado por el aumento de los accidentes laborales, los errores, la tensión generalizada y el absentismo.

A su vez el personal tendera a la rotación en el lugar de trabajo, generando para la institución la necesidad de tomar nuevo personal que deberá ser orientado y preparado a trabajar en el área.

FACTORES ESTRESANTES INSTITUCIONALES:

Según Gestal Otero: “la relación hombre trabajo y las consecuencias que para el primero se derivan de ella, esta condicionada por multitud de factores, inherentes tanto al trabajador como al trabajo, así como a la consideración social coyuntural respecto a esa relación: en la cultura cristiana occidental el trabajo ha sido considerado desde un castigo divino a la categoría de uno de los derechos fundamentales del hombre.

El trabajo por tanto, no es un hecho neutro, sino que esta cargado de connotaciones y significaciones psicosociológicas que deben ser considerados a la hora de valorar su impacto como posible factor morbigeno o generador de estrés.

En el momento actual se esta produciendo una abundante investigación sobre tres tipos de situaciones laborales presuntamente morbigenas:

Situaciones cuantitativamente anómalas como son: no haber conseguido trabajo nunca, paro, sobre empleo (pluriempleo, jornadas muy prolongadas, etc.) y trabajos de alto riesgo (físico y/o psíquicos).

Situaciones cualitativamente anómalas, en las que no importa tanto la cantidad o intensidad del trabajo, como la capacidad estresante de este, en virtud de las exigencias que le plantea al trabajador.

Situaciones cuantitativas y cualitativamente anómalas en las que se produce una combinación de ambas situaciones que, generalmente, potencian sus efectos.”

Autores como Cartwright, Leppanen, han señalado algunas fuentes de estrés que afectan, generalmente a los trabajadores de la salud, entre ellas se citan a la insatisfacción por el trabajo, la carga y servidumbre que comporta, la masificación, el contacto con los pacientes y sus familiares, y las condiciones físicas del trabajo.

Se afirma que la mayor parte del estrés del personal sanitario deriva de su propio rol, que implica el constante contacto con el sufrimiento, el miedo, la sexualidad y la muerte.

Según Rodríguez López "La sobrecarga de trabajo, entran frecuentemente, en conflicto con la vida familiar y de ocio, y es uno de los principales motivos esgrimidos en las encuestas, por el personal de salud, como factor estresante y responsable de la baja calidad asistencial, secundariamente, de la insatisfacción al trabajo.

Otra de las fuentes importantes de estrés, especialmente en el caso de la Enfermera, es los horarios de trabajo, los turnos rotatorios, con la dificultad de ajuste en la vida familiar y fatiga que con llevan, hacen de los profesionales sanitarios de enfermería, uno de los colectivos que presentan un mas alto índice de abandono profesional, accidentes y visitas medicas."

Podemos agrupar la variedad de los factores estresantes que predisponen al estrés profesional en dos apartados:

Factores intrínsecos, propiamente del individuo

Factores extrínsecos, referidos al entorno del profesional.

Factores Intrínsecos: *se relacionan directamente con el individuo y su entorno más próximo(familia y amigos), la capacidad estresante de estos factores esta determinada, por una parte, por la valoración subjetiva que realiza la propia persona en función de su nivel individual de tolerancia a los estímulos estresores y por otra parte por la intensidad o grado de tensión bajo la que debe funcionar. Otro factor condicionante es el apoyo social percibido, del que dispone. Es claro en el personal de enfermería, aquel que se siente con mayor apoyo, valoran mas favorablemente su estado de salud y aparecen mas satisfechos de su trabajo.*

Factores Extrínsecos: *son diversos los estudios que se han mostrado sobre cuales son los estresores específicos del hospital, tal como son percibidos por el personal, especialmente de enfermería.*

Se podrían citar los siguientes:

Proporción de enfermos que deben atender, de forma que cuanto mayor sea esta, menor la satisfacción.(Maslach y Pines, 1977)

Escasez de personal, que influye directamente en la calidad de la asistencia que se ofrece y conlleva a una sobrecarga de trabajo y falta de tiempo para realizar los cuidados.

Falta de participación en la toma de decisiones sobre temas profesionales y laborales.

Desconocimiento de los problemas de los trabajadores por parte de la administración.

Marco Referencial:

El estudio se realizara en el CTI del Centro Nacional de Quemados, ubicado en el piso 13 del Hospital de Clínicas, Dr. Manuel Quintela, en Av. Italia S/n en el barrio de Parque Batlle, Montevideo, Uruguay. El mismo se encuentra en el área de la seccional policial Novena.

Geográficamente esta delimitado al Sur: Av. : Dr. Manuel Quintela, al Este Av. : Las Heras, al Oeste Av. : Dr. Américo Ricaldoni.

Desde el año 1958, se estudia en la Universidad la posibilidad de establecer un área especializada en pacientes quemados.

En el año 1978, facultad de medicina crea la cátedra de Quemados y Cirugía Plástica.

En los años 1980-81, se unifican convenios con Francia, que ofrece equipamiento especial.

En el año 1993 la Universidad y representantes del Ministerio de Salud Pública, por convenio, ponen en marcha el proyecto del CE.NA.QUE., Primer centro Nacional de Medicina Altamente especializada, con una comisión directiva que establece todas las responsabilidades, presidida por el DR. Homblas.

En marzo del año 1995 se pone en marcha en Centro Nacional de Quemados, ya con su personal orientado en el área.

Departamento de Enfermería del CE.NA.QUE.:

Unidad Técnica Operativa y Administrativa que proporciona atención y asistencia de Enfermería a pacientes quemados, con régimen de atención en internación y ambulatoria, por lo que gestiona el personal de Enfermería necesario.

Funciones del departamento. docencia, asistencia e investigación.

Dentro de la estructura del departamento hay diferentes niveles de enfermería:

- 1- Dirección
- 2- Supervisión
- 3- Operativo.

Se calcularon 108 horas mensuales distribuidas en cuatro turnos de 6 horas en todas las áreas.

La planta física cuenta con 6 camas en CTI, 8 camas en CI y 11 camas en Cirugía Plástica.

La dotación del personal establecida por paciente fue cambiando, según la necesidad.

Actualmente se cuenta con una Licenciada en enfermería por turno para CTI y CI; y con una auxiliar de Enfermería por pacientes en cada una de las áreas.

Universo y Muestra:

El universo corresponde a todo el personal de Enfermería del CTI del Centro Nacional de Quemados en el periodo comprendido entre abril- mayo 2002.

La muestra corresponde a todo el personal de Enfermería del CTI del Centro Nacional de Quemados de los cuatro turnos mañana, tarde, vespertino y noche en el periodo comprendido entre abril- mayo, y que accedan a participar en dicho estudio.

Método de Recolección de Datos:

Se recogerán datos a través de una entrevista semiestructurado la cual será entregada a toda aquella persona que entre dentro de nuestra población objeto, y que acceda a la misma.

Instrumento:

El presente cuestionario tiene como el objetivo de identificar el tipo y la cantidad de manifestaciones psicosomáticas de nuestra población objeto.

UNIVERSIDAD DE LA REPÚBLICA
INSTITUTO NACIONAL DE ENFERMERÍA

INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS:

Entrevista dirigida al personal de Enfermería (Licenciada, Auxiliar) del C.T.I. del CENAQUE, en el período comprendido en abril - mayo 2002

Características socio demográficas:
--

1) EDAD (años cumplidos)

--

2) SEXO

F	
M	

3) CARGO QUE OCUPA EN LA
INSTITUCIÓN

Licenciada	
Auxiliar	

4) SITUACIÓN DE
PAREJA

Presencia	
Convive con su pareja	

5) HIJOS

SÍ		Nº	
NO			

6) SITUACION
LABORAL

Contratado	
Efectivo	
Suplente	

7) Nº TOTAL DE HORAS TRABAJADAS POR
SEMANA

--

**Manifestaciones
psicosomáticas:**

Las Manifestaciones psicosomáticas descriptas a continuación no deben asociarse a
patología crónicas.

FATIGA CRÓNICA

SÍ	NO

INSOMNIO

SÍ	NO

DOLORES DE CUELLO

SÍ	NO

CEFALEAS

SI	NO

MOLESTIAS
GASTROINTESTINALES

SI	NO

IRRITABILIDAD

SI	NO
----	----

	☐	☐
ANSIEDAD	☐ SI	☐ NO
DEPRESION	☐ SI	☐ NO
FALTA DE CONCENTRACIÓN	☐ SI	☐ NO
INDIFERENCIA	☐ SI	☐ NO
DESMOTIVACIÓN SEXUAL	☐ SI	☐ NO
DISMINUCIÓN DE LAS DEFENSAS	☐ SI	☐ NO
HIPERTENSION	☐ SI	☐ NO

El mismo consta de dos partes:

1. La primera abarca todos aquellos indicadores demográficos considerados de importancia seleccionados para caracterizar a la población.
2. La segunda parte comprende algunas manifestaciones psicosomáticas.

- ♦ fatiga crónica
- ♦ Insomnio.
- ♦ Dolor de cuello.
- ♦ Cefalea.
- ♦ Molestias gastrointestinales.
- ♦ Irritabilidad.
- ♦ Ansiedad.
- ♦ Depresión.
- ♦ Falta de concentración.
- ♦ Hipertensión
- ♦ Indiferencia.
- ♦ Desmotivación sexual
- ♦ Disminución de las defensas.

DEFINICION CONCEPTUAL Y OPERACIONALIZACION DE LAS VARIABLES.

- Variables Socio-demográficas.

- **EDAD:**

Concepto: Tiempo transcurrido desde el nacimiento a la fecha.

Operacionalización:

Indicador: Numero de años cumplidos al momento de la entrevista.

Categoría: Se toman 5 intervalos de 6 años cada uno.

Tipo de variable: Cuantitativa de proporción o razón.

- **SEXO:**

Concepto: Condición orgánica que distingue el hombre de la mujer.

Operacionalización:

Categoría: - Femenino

-Masculino

Tipo de variable: Cualitativa nominal.

- **CARGO QUE OCUPA EN LA INSTITUCION**

Concepto: Se refiere a la descripción del cargo que ocupa en la Institución.

Operacionalización:

Categoría: - Licenciada en Enfermería.
- Auxiliar de Enfermería.

Tipo de variable: Cualitativa nominal.

- SITUACION DE PAREJA.

Concepto: Expresa la situación del entrevistado en relación a si tiene o no pareja y si convive o no con la misma.

Operacionalización:

Categoría: - Presencia de pareja

- Convive con la misma

Tipo de variable: Cualitativa nominal.

- NUMERO DE HIJOS.

Concepto: Expresa el número de hijos a cargo del entrevistado.

Operacionalización:

Categoría: - 0

- 1

- 2

- 3

- 4

Tipo de variable: Cuantitativa continua, de proporción o razón.

- SITUACION LABORAL.

Concepto: Refiere al tipo de contrato en el que se encuentra el entrevistado dentro de la institución.

Operacionalización:

Categoría: - Titular

- Suplente.

Tipo de variable: Cualitativa nominal.

- **NUMERO TOTAL DE HORAS TRABAJADAS.**

Concepto: Expresa el total de horas trabajadas semanalmente, ya sea en la institución como en otro ambiente laboral.

Operacionalización:

Categorías: - hasta 36 horas
- 37 horas o más
- Numero de horas variable.

Tipo de variable: Cuantitativa discontinua, intervalar.

- **VARIABLES PSICOSOMATICAS.**

- **FATIGA:**

Concepto: Estado emocional asociado con exposición extrema o prolongada a presiones psíquicas.

Operacionalización:

Categoría: - Si
- No

Tipo de variable: Cualitativa nominal

- **INSOMNIO:**

Concepto: Dificultad para conciliar el sueño, puede deberse a factores físicos y psíquicos como ser estrés emocional.

Operacionalización:

Categoría: -Si
- No

Tipo de variable: Cualitativa nominal.

- **MOLESTIAS GASTROINTESTINALES:**

Concepto: Se refiere a todas aquellas afecciones del tracto digestivo, sin relacionarse a patologías crónicas.

Operacionalización:

Categoría: -Si
- No

Tipo de variable: Cualitativa nominal.

- IRRITABILIDAD:

Concepto: Cambios en el estado anímico, caracterizados por episodios de ira y enojo.

Operacionalización:

Categoría: -Si
- No

Tipo de variable: Cualitativa nominal.

- INDIFERENCIA:

Concepto: Pérdida del interés en aquellas cosas o situaciones que anteriormente estaban presentes

Operacionalización:

Categoría: -Si
- No

Tipo de variable: Cualitativa nominal.

- DOLOR DE CUELLO:

Concepto: Dolor de la región cervical, variable en intensidad y presentación.

- CEFALEA:

Concepto: Dolor occipital resultado de una sobrecarga o tensión emocional que impide la relajación y el descanso.

Operacionalización:

Categoría: -Si
- No

Tipo de variable: Cualitativa nominal.

- ANSIEDAD:

Concepto: Estado o sensación de aprensión, desasosiego, agitación incertidumbre y temor.
Puede ser resultado de una situación que produce tensión.

Operacionalización:

Categoría: -Si
- No

Tipo de variable: Cualitativa nominal.

- DEPRESION:

Concepto: Trastorno del humor caracterizado por sensaciones de tristeza, desesperación y falta de ánimo, que no responde a una causa real explicable.

Operacionalización:

Categoría: -Si
- No

Tipo de variable: Cualitativa nominal.

- FALTA DE CONCENTRACION:

Concepto: Dificultad para mantener la atención por diferentes causas.

Operacionalización:

Categoría: -Si
- No

Tipo de variable: Cualitativa nominal.

- HIPERTENSION:

Concepto: Trastorno caracterizado por mantenida de la tensión arterial por encima de 140/90 mmhg.

Operacionalización:

Categoría: -Si
- No

Tipo de variable: Cualitativa nominal.

- DESMOTIVACION SEXUAL:

Concepto: Disminución de la energía síquica o impulso instintivo que se asocia al deseo sexual, placer.

Operacionalización:

Categoría: -Si

- No

Tipo de variable: Cualitativa nominal.

- DISMINUCION DE LAS DEFENSAS:

Concepto: Disminución de las reacciones inconscientes, intrapsíquica, que protege al yo de cualquier situación de tensión.

Operacionalización:

Categoría: -Si

- No

Tipo de variable: Cualitativa nominal.

□ PRESENTACION DE LOS DATOS:

Los datos obtenidos se representaran en tablas conteniendo los resultados entre el número de personas que responden a cada opción (frecuencia absoluta), y el porcentaje que representan (frecuencia relativa), y las variables demográficas, variable principal y sus indicadores.

RECURSOS:

- Humanos: La presente investigación será realizada por cuatro estudiantes de la carrera Licenciatura en enfermería. Se contará con la tutoría docente del Departamento de Salud Mental.

- Institucionales: CTI, del Centro Nacional de Quemados del Hospital de Clínicas, Dr. Manuel Quintela.

- Materiales y Financieros:

*Gastos de suministros: - Gasto Teléfono: \$U 200, Tiempo en Internet \$U 500.

- Gasto Fotocopias: \$U 100.

- Papelería: \$U 200.

- Costo de impresión: \$U 300.

*Viáticos: \$U 80/día.

*Imprevistos: 5% del total.

BIBLIOGRAFIA:

- ☐ A. Haynal, W. Pasini, Manual de Medicina Psicosomatica. Editorial Maysson.
- ☐ Cano, M.A., et al. , Esta quemada la enfermeria? "Sindrome de Burnoul" Revista Medicina Intensiva 1996, 7(4): 138-146.
- ☐ Dejeur, Christopher, Trabajo y desgaste mental, Facultad de Psicología de la Universidad de Buenos Aires, Editorial Humanitas.
- ☐ Eco, Humberto, Como realizar una Tesis.
- Gestal Otero, J.J. Riesgos del trabajo del personal sanitario. 2 Ed. Madrid, Interamericana, 1993, p 448-457, p 458-463.
- ☐ Hernández de Canales, F., Y Albarado, E., Pineda, E, Metodología de la investigación, Manual para el desarrollo del personal de salud 1 Ed. S.I. OPS, 1986.
- ☐ Luban, B., W. Poldinger, El enfermo psicosomático y el medico practico, Editorial Roche, 1975.
- ☐ Manual Merck de Diagnostico y Terapéutica, Novena Edición, Harcourt Brace.
- ☐ Ridruejo Alonso P., Medina de León A., Rubio Sánchez J.L., Psicología Médica, 1Ed, Madrid, Interamericana, 1996, Pág. 531-536.
- ☐ Silveira, Nahir, "Acercas de una experiencia grupal con enfermería del CTI en el Hosptial de Clínicas Dr. Manuel Quintela. Revista Paciente Crítico 1995, 8(2): 185-191.