



## TRATAMIENTO INTEGRAL DEL ESTRÉS.

**Oscar Suárez Oviedo; José Sardíñas Orozco; Reina Rondón Rodríguez.**

Hospital Provincial Psiquiátrico

René Vallejo Ortiz

Camagüey

CCSM Vertientes

### RESUMEN:

Se realizó un estudio experimental tipo ensayo clínico, longitudinal y prospectivo sobre un universo de 30 pacientes con patologías psiquiátricas donde el estrés es considerado un factor etiológico fundamental. Se realizó en el Centro de Atención Integral del Estrés perteneciente al Hospital Provincial Psiquiátrico René Vallejo Ortiz de la provincia de Camagüey con el objetivo de valorar la eficacia del tratamiento integral del estrés en trastornos donde el mismo sea un factor causal importante. La base de datos estuvo constituida por la historia clínica individual y por una encuesta confeccionada al efecto y que contenía las variables demográficas: edad, sexo, ocupación y estado civil. Fue aplicada por el investigador asesorado y supervisado por el tutor de la investigación. Se aplicaron las técnicas del yoga, hipnosis, acupuntura, relajación, meditación y psicoterapia, comparándose con un grupo control, el cual se trató con benzodiazepinas. Dentro de los resultados se señalan la prevalencia del sexo femenino, del estado civil casado. Dentro de la ocupación obreros, profesionales y desvinculados laboralmente. Existió una marcada reducción de los niveles de estrés en el grupo de estudio y no hubo diferencias significativas en la reducción de estos niveles en cuanto a las variables demográficas. La entidad nosológica con mejor evolución fue el Trastorno Mixto Depresivo Ansioso. Se pudo comprobar la acción de estas técnicas sobre los síntomas presentes: entre otros, ansiedad, depresión, insomnio, taquicardia y dificultades sexuales; así como la eficacia de la aplicación del tratamiento integral del estrés sobre los trastornos neuróticos y somatomorfos que se le relacionan causalmente.

### Introducción

Desde que Hans Selye propuso hace ya más de medio siglo su teoría de que muchas enfermedades tenían al estrés como causa común, su idea se ha ido matizando y confirmando. (1)

La existencia del estrés data del surgimiento mismo de la humanidad. En el hombre primitivo esto se presentaba de forma muy clara, por ejemplo: si presentía una fiera él tenía dos alternativas: luchar o huir. Cualquiera de estas dos le permitía liberar la energía para responder al peligro. (2)

La palabra estrés deriva del griego: stringere, que significa provocar tensión, de ahí la palabra se usa por primera vez en el idioma inglés y se emplea en diferentes textos para expresar tensión, dureza, adversidad, y aparece indistintamente como stress, stresse, strest, straisse, también en el francés se utilizó el término destresse. (3, 4,5)

El modelo básico de Selye pasó por modificaciones de una pléyade de seguidores y detractores, como por ejemplo de los primeros: Lennart Levi quien propuso que los niveles de estrés pueden ser alterados por la intensidad o por la cualidad del estímulo estresante. Si bien ya se habían expuesto concepciones interaccionistas del estrés, y ejemplo de ello es la de Wolf (1953) quien proponía que el estrés era "la interacción entre el medio interno y el organismo con las consecuencias pasadas del organismo como factor mayor". En 1982 se publicó un trabajo relativamente poco conocido en el que se trataba de operacionalizar de forma explícita las variables que determinan la relación entre el ambiente y el organismo (Karasek, Russell y Theorell, 1982). Esta aproximación consideraba los moderadores ambientales del estrés que son independientes de la propia naturaleza de la reacción del estrés. Otro de los clásicos del estudio del estrés fue el de Ursin y colaboradores. A partir de estudios realizados con situaciones estresantes de la vida real como saltos en paracaídas, estos investigadores encontraron una disminución marcada de algunas hormonas y variables bioquímicas durante la fase de entrenamiento. (6)

La OMS en su Diccionario de Términos de Psiquiatría y Salud Mental plantea que este término se usa de manera intercambiable para describir varios estímulos aversivos de excesiva intensidad, la respuesta fisiológica conductual y subjetiva a la misma, el contexto que media el encuentro entre el individuo y el estímulo estresor, o todo lo anterior como sistema. (7)

Para Richard Lazarus (1966) sería el resultado de la alteración entre el individuo y el entorno, evaluado por aquel como amenazante, que desbordan sus recursos y pone en peligro su bienestar. (8)

Cano Vindel, autor español estudioso del tema plantea que el estrés se produce como consecuencia de un desequilibrio entre las demandas del ambiente y los recursos disponibles del sujeto y puede ser definido como el proceso que se genera ante un conjunto de demandas ambientales que recibe el individuo a las cuales debe dar una respuesta adecuada, poniendo en marcha sus recursos de afrontamiento. Cuando la demanda del ambiente laboral, social, etc., es excesiva frente a los recursos de afrontamiento que se poseen se va a desarrollar una serie de reacciones adaptativas de movilización de recursos que implican activación fisiológica. Estas reacciones de estrés incluyen una serie de reacciones emocionales desagradables de las cuales las más importantes son la ansiedad, la ira y la depresión. (9)

Para el profesor Clavijo, en su libro "Crisis, familia y psicoterapia", plantea que el estrés constituye una reacción integral de alarma del organismo como respuesta ante necesidades imperiosas o agresiones del medio interno o externo, mediante la cual se movilizan distintos mecanismos de afrontamiento y defensa biológicos, psicológicos e incluso sociales, con el fin de buscar adaptación ante demandas críticas de diversa intensidad planteadas al organismo por un elemento potencialmente agresor. (10)

Estas respuestas al ser cuantificadas evidencian cambios hormonales que generan modificaciones en el organismo al responder de diferentes maneras ante el estrés. Si estos cambios se hacen en relativa armonía, es decir, si las respuestas son adecuadas a los estímulos, si están adaptadas a las posibilidades fisiológicas del sujeto, se habla de eustrés o buen estrés, y esto es indispensable para el desarrollo, funcionamiento y adaptación del organismo al medio. (4,10)

Si las demandas son excesivas, intensas y/o prolongadas, y aun siendo agradables superan la capacidad de resistencia y de adaptación del organismo llegamos al distrés o mal estrés. (4,10)

La disregulación funcional expresión del desajuste reversible del organismo o la personalidad, que se mantiene presente mientras estén actuando las circunstancias o factores tensionantes, pero que pueden volver a la normalidad cuando estas dejan de hacerlo como ocurre en los trastornos de adaptación. (10) La desincronización funcional por desorganización o claudicación de los procesos nerviosos ante el estrés, que se observa por ejemplo en algunos trastornos psicóticos agudos así como enfermedades psicosomáticas.(10)

El proceso del estrés esta relacionado con el proceso de adaptación siempre cambiante del individuo o su entorno, dicho concepto hace referencia a situaciones de emergencia que dan lugar a una respuesta generalizada y estereotipada que prepara al organismo para la defensa.(11)

El estudio del estrés abarca los cambios relacionados con el proceso de desarrollo de cada individuo, como los cambios provenientes de las situaciones o vicisitudes propias de su vida, su estudio comprende las diferentes áreas de la actividad personal, familiar, académica, laboral, recreativa y comunitaria. (12)

Lo agentes agresores pueden proceder del medio ambiente natural como ruidos, frío, calor, lluvias, movimientos sísmicos erupciones volcánicas. Pueden ser del medio cultural como la vida sedentaria, ayunos dietéticos, estimulantes livianos (café, licor, cigarros).Traumáticas como quemaduras, heridas, fracturas, operaciones. Por microorganismos como bacterias, virus, microbios. Pueden ser funcionales como sordomudez, tartamudez, obesidad, insomnio. También puede proceder del medio bioquímico por exceso de hormonas, carencia de nutrientes, baja presión de oxígeno, bajos puntos de hidratación, secreciones glandulares irregulares. Del plano psicológico por la forma en que vemos el mundo que nos rodea, o las demás personas a nosotros mismos, depende de la cosmovisión y filosofía de vida que hayamos adoptado para vivir. (13)

El organismo desde su historia evolutiva esta preparado para reaccionar ante situaciones de diversa índole; puede soportar factores aislados de estrés, pero el daño para la salud física y psíquica se produce cuando los factores productores de estrés provenientes desde distintas esferas como la conyugal, laboral, relaciones, económicas, ambientales, etc., tienen una intensidad, frecuencia y duración marcadas, que superan los mecanismos de afrontamiento. (14)

Se distinguen entonces tres fases sucesivas de adaptación del organismo: alarma, resistencia y agotamiento. En la fase de alarma se enfrenta el sujeto a la situación estresante, no tiene lugar de manera rápida sino paulatinamente. El organismo reacciona automáticamente preparándose para la respuesta, para la acción, tanto para luchar como para escapar; se genera una actividad del sistema nervioso con las típicas manifestaciones de sequedad de la boca, pupilas dilatadas, sudoración, tensión muscular, taquicardias, aumento de la frecuencia respiratoria y cardiaca, aumento de la secreción de adrenalina y noradrenalina, hay aumento de la atención y concentración. Es de corta duración y no es perjudicial cuando el organismo dispone de tiempo para recuperarse.(15)

En la fase de resistencia la situación estresante se mantiene y la persona trata de lograr un ajuste, una adaptación a esta aunque en general lo que se produce es deterioro físico y psíquico lento pero constante. En la fase de agotamiento las posibilidades psíquicas y físicas quedan exhaustas a causa de la resistencia mantenida por encima de las posibilidades psíquicas y físicas, y aparece la

enfermedad. (3,14)

Como se ha podido apreciar, el estrés no siempre es necesariamente nocivo y perjudicial, pues en muchas ocasiones es el motor que impulsa a la acción o a lograr metas en la vida. No obstante cuando el estrés es mantenido o alcanza niveles patológicos sus consecuencias negativas pueden ser múltiples.

Se destaca su influencia negativa sobre la salud, sobre el deterioro cognitivo y el rendimiento. Sobre la salud por cambio de hábitos, alteraciones de los sistemas fisiológicos, cambios del pensamiento que pueden afectar la conducta, las emociones y la salud. Modifica los hábitos de manera que la prisa, la falta de tiempo, la tensión, etc., fomentan las conductas no saludables como fumar y beber, comer en exceso y reduce las saludables como hacer ejercicios, dieta, y dormir suficiente. (16)

El estrés patológico puede producir una alteración fisiológica que, mantenida en el tiempo, provoca disfunciones psicológicas o psicosomáticas, tales como: cefalea, problemas cardiovasculares, digestivos, sexuales, etc.; y puede producir inmunodepresión, que hace aumentar el riesgo de infecciones y otras enfermedades. (16)

Las personas que padecen altos grados de estrés no funcionan con normalidad, se tornan irritables o deprimidos, tienen baja capacidad e tolerancia a las frustraciones, y en general padecen síntomas biológicos y afecciones psicosomáticas, aumento o disminución de la presión sanguínea, palpitations, trastornos afectivos como ansiedad, depresión, resentimientos; cognitivos como ideas erróneas, prejuicios, problemas de concentración. Puede existir consumo excesivo del alcohol, comida, tabaco, fobias, tics, aislamiento, falta de apoyo, exceso o falta de competitividad. (17)

Se señalan como las manifestaciones más frecuentes del estrés patológico: la fatiga, la cefalea, sensación de ahogo e insomnio. En la familia, peleas, discusiones, falta de comunicación, rabia constante o problemas de abuso de alcohol o drogas. (18) Cansancio, falta de concentración, baja productividad y creatividad. (19)

También es la causa de muchas enfermedades actuales. Se ha encontrado sospechosamente que los estados emocionales y en particular, los factores de estrés crónico promueven o agravan muchas de las enfermedades de curso lento y prolongado. (14) Además se le asocia al desarrollo y aparición de úlceras duodenales, enfermedades de la piel y caída del cabello. (2)

Actualmente el estrés constituye un problema mundial que afecta a las personas de las más diversas regiones, clases sociales, profesiones, etc. Informes afirman que en Japón el 60 % de sus habitantes sufren estrés, en Marruecos el 40 % de los ejecutivos lo sufren. En Estados Unidos el 25 % de los empleados sufren estrés, y de ellos el 15 % padece trastornos depresivos generados por niveles patológicos de estrés. (3)

La Fundación Española de Mejora de la Calidad de las Condiciones de Vida y Trabajo señala que el 28 % de los trabajadores europeos sufren estrés. (15) En EUA el estrés y las enfermedades mentales suponen un costo anual de 230 millones de dólares y el 80 % desea cambiar de trabajo por el estrés, y sus gastos representan el 1 % del PIB. En Argentina, según la Asociación Médica del Estrés, el 43 % de la población consume algún fármaco contra el estrés. (20) Una estimación moderada según la Sociedad Española para el Estudio de la Ansiedad y el Estrés plantea que los

costos que origina el estrés relacionado con el trabajo están sobre los 200 000 millones de euros anuales. (21)

Históricamente en esta "Era de los Psicofármacos" se tiende a buscar soluciones rápidas que parecen milagrosas, que barren con la angustia generada por las frustraciones y los conflictos sin resolver. Vivimos bajo la presión de la inmediatez, sin mirar las consecuencias desastrosas que la "paz de los comprimidos" produce no solo en nuestro organismo sino también en la imagen que tenemos de nosotros mismos como seres incapaces de dar cuenta de nuestros propios actos. (14)

Para enfrentar el estrés de forma integral se utilizan en el mundo actual un grupo de técnicas, las cuales han demostrado su eficacia y que poco a poco han ido superando el tradicional uso de psicofármacos, sobre todo de benzodiazepinas, debido a que crean mecanismos de autocontrol para enfrentar futuras recaídas y pueden ser utilizados sin reacciones adversas. (1)

Dentro de estas técnicas se destaca la relajación que tiene como objetivo básico que el sujeto sea capaz de percibir su estado de tensión con el fin de que consiga relajar su musculatura de una forma consciente. (23)

Otros de los recursos es la meditación, que no es mas que un estado mental que permite a la persona alejar los pensamientos de los quehaceres habituales y concentrarla a profundidad en un enfoque libre de estrés.. (23,26)

También es altamente eficaz el uso del yoga terapéutico en el cual, con ejercicios en formas de posturas (Aznas) y técnicas de respiración (Pranayamas) se logra eliminar la tensión y el estrés, y logra un efectivo autocontrol, factor fundamental para evitar una recaída. (27)

La hipnosis es otra de las técnicas más antiguas utilizadas en este tipo de terapia. Según el Tesoro Cubano de psicología, es un estado alterado de conciencia en el cual las ideas son aceptadas por sugestión en vez de por evaluación lógica. Se caracteriza por la pérdida de la orientación generalizada de la realidad, es decir que la persona que se encuentra sometida a ese estado pierde durante el mismo el cuadro consciente de referencia que marca el contexto dentro del cual uno interpreta todas las experiencias conscientes que se producen. (28)

Otra de las técnicas milenarias es la acupuntura, la cual consiste en estimular puntos específicos de la piel con agujas los cuales están orientados y organizados en diferentes canales de energía que al ser estimulado disminuyen la tensión y el estrés, por lo tanto este tratamiento ha demostrado eficacia en estos trastornos a lo largo de estos años. (29, 30)

Todo esto combinado con un ciclo de psicoterapia de grupo con técnicas mixtas de carácter didáctico para grupos numerosos, heterogéneos, abiertos, directos. (10)

En nuestro medio existen abundantes factores estresantes lo que conlleva a un incremento de enfermedades relacionadas con el estrés y la asistencia de pacientes a nuestras consultas, solicitando ayuda para resolver estos problemas. Además, la presencia del estrés como factor etiológico fundamental en muchas patologías psiquiátricas y no psiquiátricas, constituyeron la principal motivación para la realización de este trabajo.

## **Objetivos**

### GENERAL:

1- Valorar la efectividad del "tratamiento integral del estrés" aplicado, en trastornos mentales donde el mismo sea un factor causal importante.

### ESPECIFICOS:

1- Caracterizar los pacientes atendidos de acuerdo a las variables demográficas: Edad, sexo, estado civil y ocupación.

2- Determinar el nivel de estrés en los pacientes estudiados al inicio, al final y al mes de haber concluido el tratamiento.

3- Cuantificar la evolución con relación a esta terapéutica de las diferentes entidades nosológicas tratadas con estos procedimientos.

4- Analizar en el grupo estudiado la eficacia del uso combinado de las siguientes modalidades terapéuticas:

- Meditación trascendental.
- Yoga terapéutico.
- Relajación.
- Psicoterapia de grupo con técnicas mixtas.
- Acupuntura.
- Hipnosis.

## **Material y método**

Se realizó un estudio experimental tipo ensayo clínico longitudinal y prospectivo con el objetivo de valorar la efectividad del tratamiento integral del estrés en trastornos mentales donde el mismo sea un factor causal importante.

El estudio consistió en la aplicación combinada de diferentes modalidades terapéuticas utilizadas en el "tratamiento integral del estrés" para prevenir y controlar las diferentes enfermedades mentales donde el mismo es un factor causal fundamental.

El estudio se realizó en el Centro de Atención Integral del Estrés del Hospital Provincial Psiquiátrico Docente René Vallejo Ortiz de la Provincia de Camaguey, desde Enero del 2006 hasta Diciembre del 2006.

El universo de trabajo estuvo constituido por 100 de los pacientes atendidos por patologías psiquiátricas relacionadas con el estrés, en el Servicio de Medicina Natural y Tradicional del Hospital Psiquiátrico René Vallejo Ortiz de la Provincia de Camagüey en el periodo de tiempo señalado anteriormente.

De ese universo de trabajo se seleccionó una muestra de 30 pacientes, de forma aleatoria simple, que recibieron el "tratamiento integral del estrés" y que constituyeron el Grupo de Estudio. Para esta selección se tuvieron en cuenta los siguientes criterios:

Criterios diagnósticos:

El diagnóstico fue realizado a través del examen clínico de acuerdo a la clasificación internacional de enfermedades CIE-10 donde están recogidos todos los trastornos mentales vinculados directamente con por el estrés.

Criterios de inclusión:

- 1- Todo paciente que presente trastornos neuróticos y somatomorfos secundarios a situaciones estresantes. (F40 y F49 de la CIE-10)
- 2- Edades entre 20 y 59 años.
- 3- Suspensión de psicofármacos y medicamentos colaterales.

Criterios de exclusión

- 1- Pacientes que presenten enfermedades malignas o caquetizantes.
- 2- Embarazadas.
- 3- Voluntad del paciente.
- 4- Ausencia del familiar responsable.
- 5- Para el grupo control, pacientes con otro tipo de tratamiento que no sea benzodiazepinas.

Criterios de salida:

- 1- Voluntariedad del paciente.
- 2- Ausencia a 5 sesiones del tratamiento.
- 3- Ausencia de síntomas y signos.

Criterio de evaluación.

Fueron evaluados todos los pacientes semanalmente por el investigador, teniendo en cuenta como criterios de evaluación.

Bueno: Elimina todos los síntomas y signos.

Regular: Elimina mas de la mitad de los síntomas y signos.

Malo: Elimina menos de la mitad de los síntomas y signos.

El grupo de estudio se comparó en su evolución con un grupo control seleccionado con los mismos criterios del grupo de estudio y estuvo integrado por pacientes provenientes de las salas de hospitalización de nuestro centro (y de las consultas externas de las diferentes áreas de salud de Camagüey, Este grupo control se trató solamente con benzodiazepinas.

Los pacientes escogidos para ambos grupos fueron recepcionados por el autor y uno de los asesores en el Servicio de Medicina Natural y Tradicional en el Hospital Psiquiátrico René Vallejo Ortiz, donde radica el Centro del Atención Integral del Estrés, a los mismos se les aplicó el Inventario de Estrés antes de iniciar el tratamiento, al término de las 12 semanas de tratamiento y al mes de haber dado el alta. Se les confeccionó además una encuesta donde se recogen todos los aspectos planteados en los objetivos específicos.

El registro primario de los datos fue la historia clínica individual de cada paciente y se tomo la encuesta antes mencionada como registro definitivo de datos, esta contenía además las variables

demográficas relacionadas con la investigación, las cuales fueron: edad, sexo, estado civil y ocupación.

Fueron utilizadas las siguientes modalidades terapéuticas:

- Meditación trascendental.
- Yoga terapéutico.
- Relajación.
- Psicoterapia de grupo con técnicas mixtas.
- Acupuntura.
- Hipnosis.

La duración del tratamiento fue de 12 semanas con una frecuencia semanal de 8 horas.

Se comenzó con ejercicios Yogas 20 minutos como mínimo La otra técnica utilizada es la conocida como respiración completa. En cuanto a las posturas del yoga utilizamos la Salutación al sol, la cobra, flexión en pie, perro cara al suelo, perro cara al cielo y la gran finta. Además se utilizaron la posición del árbol, el triángulo y el loto.

Se continúan con la meditación trascendental, repetición de sonido o mantra universal durante 20 minutos dos veces al día, diariamente en la casa y un control semanal en el hospital. En la relajación se utilizaron diversas técnicas destacándose las técnicas de entrenamiento autógeno de Shultz, la de B. Weiss, la orientación de paseos, y las visualizaciones. La hipnosis se realizó una vez por semana, individual y grupal con diferentes métodos de inducción de acuerdo al grado de susceptibilidad hipnótica de cada paciente. Los métodos usados fueron el de B. Weiss, Braid, Faria y parpadeo sincronizado. La psicoterapia fue con grupo abierto, heterogéneo, didáctico, directivo, con una duración de 12 semanas con un encuentro semanal.

Primera semana:

Tema: Los trastornos nerviosos. · ¿Qué son los trastornos nerviosos? · Actitudes populares injustificadas ante los mismos (pena, pesimismo, sobrevaloración) · Vías de manifestarse, repercusión familiar y social.

Segunda semana:

Tema: Las experiencias anteriores. · Su importancia en la determinación del significado de las situaciones actuales y de la conducta.

Tercera semana.

Tema: La auto y heterovaloración. · La incorporación de valores. · Repercusión interpersonal de sus distorsiones.

Cuarta semana.

Tema: La inmadurez emocional. · Factores determinantes, formas de expresión, repercusión interpersonal y orientaciones para superarla.



Quinta semana.

Tema: La hostilidad. · Factores determinantes, formas de expresión, como evitar sus consecuencias.

Sexta semana:

Tema: Las frustraciones. Factores determinantes y formas de reaccionar.

Séptima semana:

Tema: Los sentimientos de inferioridad. · Factores determinantes, formas de manifestarse, repercusión interpersonal, inferioridad y celos.

Octava semana.

Tema: La inseguridad. · Factores determinantes, formas de manifestarse, importancia de su enfrentamiento y como superarla.

Novena semana.

Tema: La sobrevaloración de los sufrimientos como actitud derrotista. · Tendencia a sentirse el mas golpeado por la vida. Ejemplificar experiencias humanas difíciles afrontadas y superadas por otras personas.

Décima semana.

Tema: Las relaciones interpersonales. · Su evolución desde la infancia. · Relaciones interpersonales en el matrimonio y con las demás personas.

Undécima semana.

Tema: Distorsiones populares sobre la vida sexual. · La culpa por masturbación infantil. · Eyaculación durante el sueño. · Frecuencia normal del coito. · Etapas de la excitación sexual.

Duodécima semana.

Tema: La personalidad normal. · Existe la personalidad perfecta. · Parámetros para considerar una personalidad normal. · Normas de higiene mental.

La acupuntura se realizó tres veces por semanas en puntos específicos para eliminar síntomas. Los puntos más utilizados fueron vasogobernador 20, Shen-men, el punto ansiolítico del lóbulo de la oreja, corazón 7, pericardio 6, estomago 36.

Las benzodiazepinas utilizadas fueron una de las siguientes: Diazepan (5Mg), Nitrazepán (5Mg), Medazepán (10Mg) y Clordiazepoxido (10 Mg). Se escogieron por ser las que se producen en nuestro país, se expenden en las redes de farmacias y estan incluidas en el cuadro básico de medicamentos del hospital psiquiátrico.

## DEFINICIONES OPERACIONALES

Categoría ocupacional: El término obrero se refiere a técnicos medios, mecánicos, choferes y otro personal sin calificación universitaria. Incluye a trabajadores por cuenta propia. El término "sin vinculo laboral" se refiere a desvinculados laboralmente, jubilados, pensionados y amas de casas.

En la distribución de síntomas el término dificultades sexuales incluye inhibición del deseo sexual, disfunción sexual eréctil, eyaculación precoz y anorgasmia.

El término "Trastornos del sueño" incluye insomnio.

## Análisis y discusión de resultados

Al realizar el análisis de la tabla No 1 podemos ver los estadígrafos de hipótesis para comparar la homogeneidad de la muestra según la edad en ambos grupos de tratamiento. Podemos apreciar que no existen diferencias estadísticas significativas lo que nos confirma que la muestra es homogénea. En ambos grupos predominan las edades comprendidas entre 20-29 y de 30-39, con 22 casos en total en el grupo de estudio para un 80 % de la muestra y 26 casos en el de control para un 86.6 %.

EDAD	TRATAMIENTO				Total	
	Benzodiazepinas		Integral			
	Cantidad	%	Cantidad	%	Cantidad	%
20 a 29	13	43.3	11	36.6	24	40
30 a 39	13	43.3	11	36.6	24	40
40 0 más	4	13.4	8	26.8	12	20
Total	30	100	30	100	60	100

$\chi^2_{\text{CALCULADA}} = 5.3405$ ;  $G1 = 2$ ;  $\alpha = 0.05$ ;  $\chi^2_{\text{TABULADA}} = 5.991$  » No hay diferencia significativas.

En la tabla No 2 nos muestra los estadígrafos de hipótesis para comparar la homogeneidad de la muestra de ambos grupos de trabajo según el sexo. Predominando para ambos el sexo femenino con 20 pacientes en el grupo de estudio lo que representa el 66.6 % de la muestra y 18 pacientes en el de control lo que significa el 60 % del os casos.

SEXO	TRATAMIENTO				Total	
	Benzodiazepinas		Integral			
	Cantidad	%	Cantidad	%	Cantidad	%
Femenino	18	60	20	66.6	38	63.3
Masculino	12	40	10	33.4	22	36.7
Total	30	100	30	100	60	100

$\chi^2_{\text{CALCULADA}} = 2.3405$ ;  $G1 = 1$ ;  $\alpha = 0.05$ ;  $\chi^2_{\text{TABULADA}} = 3.841$  » No hay diferencia significativas.

Analizando la tabla No 3 podemos ver la homogeneidad de la muestra de acuerdo al estado civil. En el grupo de estudio predominan los estados civiles casados y solteros con 13 pacientes en cada uno de ellos lo que representa el 86.6 % del total de la muestra. En el grupo control predomina el

estado civil casado con 17 pacientes lo que determina el 56.6 de la casuística. No existiendo diferencias estadísticas significativas por lo que se considera que la muestra es homogénea.

Estado Civil	TRATAMIENTO				Total	
	Benzodiazepinas		Integral			
	Cantidad	%	Cantidad	%	Cantidad	%
Soltero	9	30.0	13	43.3	22	36.6
Casado	17	56.6	13	43.3	30	50.0
Otros	4	13.4	4	13.4	8	13.4
<b>Total</b>	<b>30</b>	<b>100</b>	<b>30</b>	<b>100</b>	<b>60</b>	<b>100</b>

$\chi^2_{\text{CALCULADA}} = 4.105$ ;  $Gl = 2$ ;  $\alpha = 0.05$ ;  $\chi^2_{\text{TABULADA}} = 5.991$  » No hay diferencia significativas.

En la tabla No 4 se observa la distribución de la muestra según ocupación donde podemos apreciar un predominio de los grupos ocupacionales obreros, profesionales y sin vínculo laboral para ambos grupos de tratamiento. En el grupo de estudio 10 obreros para un 33.3% de la muestra, 9 profesionales lo que significa el 30.0% del los casos y 8 sin vinculo laboral para un 26.7%. En el de control 13 obreros que corresponde al 43.3% de la muestra, 9 sin vinculo laboral para un 30.0% y 5 profesionales para un 16.7%. No existiendo diferencias en los estadígrafos de pruebas de hipótesis por lo que se considera homogénea a la muestra en cuanto a este acápite.

Ocupación	TRATAMIENTO				Total	
	Benzodiazepinas		Integral			
	Cantidad	%	Cantidad	%	Cantidad	%
Sin vinculo	9	30.0	8	26.7	17	28.3
Obreros	13	43.3	10	33.3	23	38.3
Estudiantes	3	10.0	3	10.0	6	10.0
Profesionales	5	16.7	9	30.0	14	23.3
<b>Total</b>	<b>30</b>	<b>100</b>	<b>30</b>	<b>100</b>	<b>60</b>	<b>100</b>

$\chi^2_{\text{CALCULADA}} = 6.679$ ;  $Gl = 3$ ;  $\alpha = 0.05$ ;  $\chi^2_{\text{TABULADA}} = 7.815$  » No hay diferencia significativas.

En la tabla No 5 se presenta los Estadígrafos de la prueba de hipótesis de diferencia de rango de Wicolxon para comparar la evolución de la enfermedad entre el tratamiento de control y el investigativo. En ella vemos que existe una marcada diferencia estadística entre ambos grupos de trabajo a partir de la semana 4 y que se mantiene hasta la semana 10 del tratamiento lo que nos traduce que uno de los dos grupos tuvo una diferencia importante en cuanto a la evolución se refiere. Esta tabla se complementa cuando hagamos el análisis del grafico No 1 mas adelante.

<i>INDICADORES</i>	<i>TO</i>	<i><math>\alpha</math></i>	<i>TT</i>
Semana 1	0	0.05	0
Semana 2	0	0.05	0
Semana 3	0	0.05	0
Semana 4	16	0.05	89
Semana 5	28	0.05	73
Semana 6	19.5	0.05	66
Semana 7	13.5	0.05	62
Semana 8	12	0.05	98
Semana 9	13.5	0.05	66
Semana 10	16.3	0.05	38
Semana 11	0	0.05	0
Semana 12	0	0.05	0

Al realizar el análisis de la tabla No 6 podemos observar la distribución de ambos grupos de tratamiento según los síntomas mas frecuentes que presentaban al inicio del tratamiento. En la misma podemos apreciar un predominio para el grupo de estudio de síntomas psiquiátricos como la ansiedad con 29 casos para un 96.6% de la muestra, seguido del insomnio con 29 casos también para un 96.6% de los casos y de la depresión con 22 casos para un 73.3 % de la muestra. Dentro de los síntomas somáticos que predominaron en este grupo de estudio se señalan las taquicardias con 19 casos para un 63.3%, la sensación de ahogo, la tensión muscular y las cefaleas y las dificultades sexuales con 12 casos cada una para un 40% respectivamente. En el grupo de control predomina también la ansiedad con 29 casos para un 96.6%, el insomnio con 28 casos para un 93.3 % y la depresión con 20 casos para un 66.6%. Dentro de los síntomas somáticos más frecuentes para este grupo fueron identificadas las taquicardias con 15 casos para un 50%, la tensión muscular con 12 casos para un 40%, la cefalea con 11 casos para un 36.6%, y las dificultades sexuales con 10 casos para un 33.3% del total de la muestra.

Síntomas	Grupo estudio		Grupo control	
	No	%	No	%
Ansiedad	29	96.6	29	96.6
Insomnio	22	73.3	28	93.3
Depresión	19	63.3	20	66.6
Distractibilidad	19	63.3	8	26.6
Taquicardia	19	63.3	15	50.0
Anorexia	16	53.3	15	50.0
Disforia	12	40.0	7	23.3
Sensación de ahogo	12	40.0	7	23.3
Tensión muscular	12	40.0	12	40.0
Cefaleas	12	40.0	11	36.6
Dificultades sexuales	12	40.0	10	33.3
Fobias	11	36.6	5	16.6
Dolor epigástrico	11	36.6	5	16.6
Sudoración	10	33.3	7	23.3
Dificultades en las relaciones interpersonales	9	30.0	4	13.3
Intranquilidad motora.	6	20.0	2	6.6
Hipertensión	5	16.6	5	16.6
Angustia	4	13.3	6	20.0
Bulimia	3	10.0	3	10
Ideas obsesivas	2	6.6	1	3.3
Lesiones en piel	2	6.6	0	0
Alopecia	2	6.6	1	3.3
Ideas hipocondríacas	1	3.3	1	3.3
Temblores	1	3.3	4	13.3

Cuando realizamos el análisis de la tabla No 7 vemos la distribución de la muestra según las patologías psiquiátricas incluidas en F40-F49 de la CIE 10 y que presentan los pacientes de ambos grupos de tratamiento. En el grupo de estudio predominaron los Trastornos Mixtos Ansiosos Depresivos (F 41.2) con 7 pacientes para un 23.4%. Seguido de los Trastornos de Ansiedad Generalizado con 6 pacientes lo que representa el 20% de la muestra.

También 5 pacientes con Trastornos de Somatización lo que representa el 16.6 % de la muestra. En el grupo control predominaron las mismas patologías existiendo 6 pacientes con Trastorno Mixto Ansioso Depresivo, para un 20%, 6 pacientes también con Trastorno de Ansiedad Generalizado para un 20% y el Trastorno de somatización con 4 pacientes lo que significa el 13.4% de la muestra.

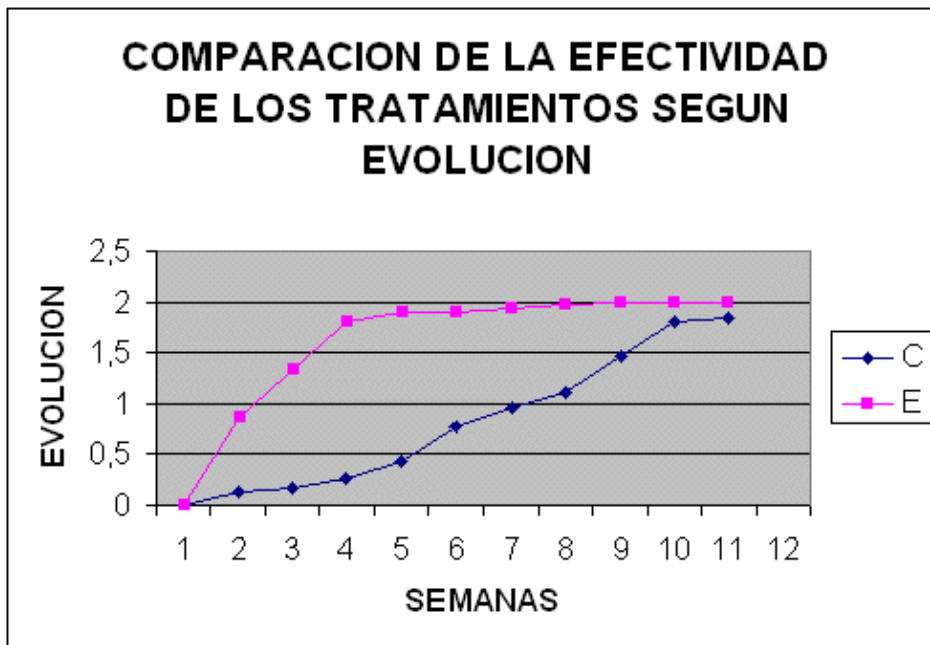
Diagnósticos	Grupo estudio		Grupo control	
	No	%	No	%
Trastorno de ansiedad fóbica. Fobias específicas aisladas	1	3.4	2	6.6
Trastorno de ansiedad generalizado	6	20.0	6	20.0
Trastorno mixto ansioso depresivo	7	23.4	6	20.0
Trastorno obsesivo compulsivo con predominio de pensamientos obsesivos	1	3.4	1	3.3
Trastornos de adaptación. Reacción situacional depresiva previa.	2	6.6	3	10.0
Trastornos de adaptación. Reacción depresiva prolongada.	1	3.4	2	6.6
Trastorno de adaptación con predominio de otras funciones.	2	6.6	1	3.3
Trastorno disociativo (De conversión) mixto	3	10.0	3	10.0
Trastorno de somatización	5	16.6	4	13.4
Trastorno hipocondríaco.	2	6.6	2	6.6
<b>TOTAL</b>	<b>30</b>	<b>100</b>	<b>30</b>	<b>100</b>

Complementamos esto con el análisis de la tabla No 8 que analiza los estadígrafos para la prueba de hipótesis de Wilcoxon donde vemos que el valor de la T de Wilcoxon es de 0 por lo que no existen diferencias estadísticas significativas y nos da la homogeneidad de la muestra en cuanto a diagnóstico.

No.	Diagnósticos	Grupo estudio	Grupo control	Dif.	Rango
		Cdad.	Cdad.		
1	Trastorno de ansiedad fóbica. Fobias específicas aisladas	1	2	-1	-3.5
2	Trastorno de ansiedad generalizado	6	6	0	
3	Trastorno mixto ansioso depresivo	7	6	1	3.5
4	Trastorno obsesivo compulsivo con predominio de pensamientos obsesivos	1	1	0	
5	Trastornos de adaptación. Reacción situacional depresiva previa.	2	3	-1	-3.5
6	Trastornos de adaptación. Reacción depresiva prolongada.	1	2	-1	-3.5
7	Trastorno de adaptación con predominio de otras funciones.	2	1	1	3.5
8	Trastorno disociativo (De conversión) mixto	3	3	0	
9	Trastorno de somatización	5	4	1	3.5
10	Trastorno hipocondríaco.	2	2	0	
	<b>Totales de pares</b>	<b>10</b>	<b>10</b>	<b>6</b>	<b>T=0</b>

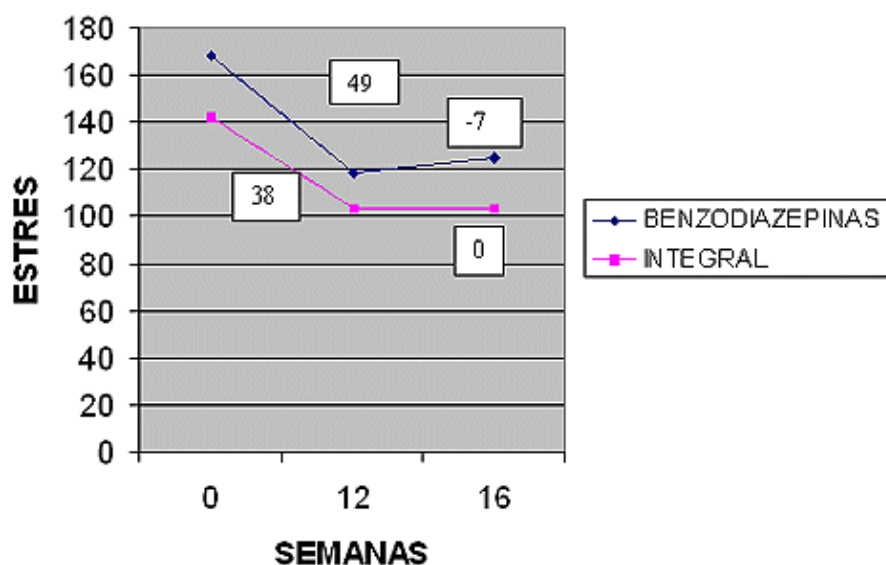
La T de Wilcoxon tiene el valor de cero por lo que no existen diferencias significativas.

Cuando realizamos el análisis del gráfico No 1 donde se aprecia la efectividad del tratamiento por semanas de evolución, podemos ver en la curva superior el grupo investigativo con una curva ascendente hacia la mejoría, y que a partir de la cuarta semana alcanzan niveles de bien y se mantiene así, casi invariablemente, hasta el final del tratamiento. En el grupo control tratado con benzodiazepinas se aprecia una curva que se mantiene hasta la cuarta semana en los niveles de mal, y es entonces que comienza una ascensión discreta para acercarse a sus niveles máximos de mejoría hacia la semana 10 del tratamiento, aunque sin llegar a alcanzar en ningún momento los parámetros de bien.



La comparación de la reducción de los niveles de estrés entre ambos grupos de tratamiento la podemos observar al hacer el análisis del gráfico No 2 donde se puede apreciar que el grupo de tratamiento integral tuvo una evolución más favorable logrando reducir los niveles de estrés del nivel patológico 4 al nivel 3 y se mantuvo en el nivel 3, es decir nivel adecuado de estrés, al mes siguiente de haber concluido el tratamiento. Por su parte el grupo control tratado con benzodiazepinas redujo sus niveles de estrés hasta el nivel 3 también pero en rango cercano al nivel 4, y al mes de haber suprimido el tratamiento hubo un ascenso de la curva hacia niveles patológicos de estrés. A pesar de que ambos grupos eran homogéneos, el grupo estudio tenía valores mas altos dentro de los niveles de estrés. Al hacer el análisis de la pendiente de caída vemos que existe una reducción más rápida de los niveles de estrés en el grupo control, mientras que en el grupo de estudio la pendiente de caída se comporta con más suavidad y se mantiene en cero en la tercera comprobación de niveles de estrés realizada al mes de haber dado el alta, mientras que la pendiente de caída del grupo control sube a menos 7 alcanzando niveles patológicos de estrés, lo cual traduce la inconsistencia del tratamiento, ya que este medicamento, de forma general mejora las crisis de ansiedad y algunos síntomas, pero se caracteriza por crear adicción y no se pueden crear mecanismos adaptativos con el fin de que el individuo sepa enfrentar situaciones similares a las que originaron las crisis en el futuro, o a resolver situaciones conflictuales y demuestran que con el uso del tratamiento integral se consigue mejorar la adaptación y la convivencia social enseñándole a enfrentar situaciones que puedan aparecer en el futuro.

## COMPARACION DE LA REDUCCION DEL ESTRES ENTRE EL TRATAMIENTO INTEGRAL Y A BASE DE BENZODIAZEPINAS



### Conclusiones

- 1- En ambos grupos de estudio predominó el sexo femenino; los grupos de edades con mayor porcentaje fueron de 20 a 29 y de 30 a 39; la mayor cantidad de pacientes tenía estado civil casado y prevalecieron los obreros, profesionales y desvinculados laboralmente.
- 2- Las patologías psiquiátricas que predominaron fueron: Trastorno de Ansiedad Generalizada, Trastorno Mixto Depresivo Ansioso y Trastorno de Somatización. Los síntomas más frecuentes fueron: ansiedad, depresión, insomnio, y dentro de los somáticos: taquicardia, cefalea, sensación de ahogo y dificultades sexuales.
- 3- Existió una mejor evolución del grupo de estudio, en el cual se logró reducir a todos los pacientes de los niveles 4 y 5 de estrés a nivel 3, y mantenerlos al mes de haber realizado el tratamiento. Las patologías que mejor evolucionaron con el esquema de tratamiento propuesto fueron el Trastorno Mixto Depresivo Ansioso y el Trastorno de Ansiedad Generalizado, mientras que la patología que mas demoró en alcanzar los niveles de bien fue el Trastorno de Somatización.
- 4- Se demostró la eficacia del uso combinado de las técnicas propuestas para el tratamiento integral del estrés.



## Referencias bibliográficas

- 1- Melgosa .J: Sin Estrés; Edit Safeliz. Madrid: España .1995.
- 2- Domínguez Pérez .B; Figeredo Arce .L: Nuevos horizontes para el estrés .Rev. Avances Med Cuba 4(12):60-42.1997
- 3- Ponce Solozabal .JR :Estrés y afrontamiento .Edit Academia .La Hab .1994
- 4- Slipack ,OE: Historia y concepto del estrés :Rev. ALCMEON .3: 355-360.1991
- 5- Col de Autores: Estrés. Disponible en: [http / www.anenrosi.com / br / bio 2 html](http://www.anenrosi.com/br/bio2.html)
- 6- Álvarez González. M. A.: "Estrés un enfoque integral". Editorial Científico Técnica, La Habana Cuba, 1998, p. 18
- 7- Herbert, J: Stress the brain and mental illness .Br Med I .315-50;1997
- 8- Lazarus, R: Estrés y procesos cognitivos .Edit Mtnez Roca ,Barcelona 1986
- 9- Cano Vindel, A. La naturaleza del estrés. SEAS. Disponible en URL [www.ucm.es/info/seas/index.htm](http://www.ucm.es/info/seas/index.htm)
- 10- Clavijo Portieles A: Crisis , familia y psicoterapia .Edit Cienc Med .La Hab .2002
- 11- Chorouso, G; Gol, P: The concepts of the stress and stress system disorders. Jame Marcy 4. Vol. 267 .No 4 1992
- 12- Marrero León, E: Elementos de psicología. El estrés .Rev. Hosp. Psiq LaHab, XL (3); 223-232.sept-dic 1999.
- 13- Col de Autores: Manejo y neutralización del estrés. Disponible en URL [www.escuelayogaclasico.CL/manejostress.htm](http://www.escuelayogaclasico.CL/manejostress.htm) Ene 2003
- 14- Perla Pugliese .I Estrés. Disponible en URL [www.psycoactiva.com](http://www.psycoactiva.com)
- 15- Col de autores: Guía del estrés. Evolución histórica del concepto. Disponible en URL [www.masterybecause.span.com](http://www.masterybecause.span.com).
- 16- Cano Vindel A. Consecuencias del estrés laboral .Disponible en URL [ucm.es /info/seas/index.htm](http://ucm.es/info/seas/index.htm)
- 17- Mentruyt ,O: Detección de síntomas y manejo del estrés en la empresa .Disponible en URL [www.otiliamentruyt.com/stresscurso.htm](http://www.otiliamentruyt.com/stresscurso.htm)
- 18- Allen Rose: Manejo del estrés .Disponible en URL [www.extension.umn.edu/distribution/familydevelopment/comp..](http://www.extension.umn.edu/distribution/familydevelopment/comp..) 2002

- 19- Col de Autores: La curva del estrés .Disponible en URL [salud.tamaulipas.gob.mx/enfermedades/stress/htm](http://salud.tamaulipas.gob.mx/enfermedades/stress/htm). 2003.
- 20- Díaz Mora: ¿Que hacer con el estrés en la empresa? Disponible en URL [www.seguridad.19.com](http://www.seguridad.19.com). 2003.
- 21- Cano Vindel A: Epidemiología y costos del estrés laboral. SEAS. Disponible en URL [www.ucm.es/info/seas/index/htm](http://www.ucm.es/info/seas/index/htm)
- 22- Castro López Ginart, H.Psiquiatría.Tomo II.Edit Pueblo y Educ.1988.
- 23- Paine R: Técnicas de relajación, guía práctica. Edit Paidotrigó.1996. Barcelona .España.
- 24- White, J: Meditación trascendental. Edit Level Group SA.1998
- 25- Aries Capdet, PP: La utilidad de la meditación como modalidad terapéutica. Rev Cub Med Gen Integ .1998.14(2):174-9
- 26- Withe J.: ¿Que es TM?, ¿Como alcanzar la energía interior?, Editorial Martínez Rocas, 1988, Barcelona.
- 27- Jacquemart, P; Elkefi, S: El yoga terapéutico .Intermedio Edit. Colombia 1995
- 28- Perigod Martínez .B; Asis M: Hipnosis, teoría, método y técnicas. Edit Cient Tecn ,La Hab Cuba 1989
- 29- Sardinias Orozco, JA: Acupuntura en las enfermedades mentales. Hosp. Psq."Granja Integral".Lérida. Tolima. Colombia.1996
- 30- Carballo F: Acupuntura clínica. Edit Kier SA .Argentina.1986