



artículos

puntuación: **5.3/10** (3 votos) [votar](#) leído 1506 veces

Clínica del Estrés. Una Modalidad de tratamiento para pacientes Neuróticos

FUENTE: PSIQUIATRIA.COM. 2008; 12(1)

***Madelyn Campos Zamora, **Yenia Sotolongo García, ***Arturo Santander Montes**
Hospital Clínico Quirúrgico 10 de Octubre. Servicio Psiquiatría.

*Especialista de Primer Grado en Psiquiatría. Master en Psiquiatría Social

**Especialista de Segundo Grado en Psiquiatría. Master en Psiquiatría Social. Profesor Asistente

***Master en Estadística Aplicada. Profesor Auxiliar de Estadística Médica

Recibido: 26/03/2008

PALABRAS CLAVE: estrés, neurótico, psicofármacos, técnicas alternativas

[\[artículo original\]](#) [17/7/2008]

Resumen

Contenido

Se exponen resultados de la aplicación de una modalidad de tratamiento a pacientes neuróticos en el HCO 10 de Octubre durante el 2007, con el que se propicia cambio de estilos de vida, se fomenta el autoconocimiento y el crecimiento personal como una forma de lograr bienestar para el mejoramiento de la salud.

Se exponen algunos resultados de la aplicación de una modalidad de tratamiento que se brinda en el Servicio de Psiquiatría del HCO 10 de Octubre a pacientes con afecciones psiquiátricas de nivel neurótico. Se realiza un estudio descriptivo de corte transversal de 66 pacientes atendidos durante el año 2007 en la Clínica del Estrés. Nos propusimos determinar algunas características socio demográficas de la muestra, los principales diagnósticos psiquiátricos, el uso de psicofármacos, la evolución al alta y lugar de procedencia de los pacientes atendidos. A dicha muestra se le aplicó el procesamiento estadístico SPS (versión 11,5 en español) y se obtuvieron tablas de frecuencia absolutas y en porcentos para exponer los resultados. Con respecto a la edad fue el grupo de 30 a 39 años el más representado, así como el sexo femenino, los solteros y la ocupación de técnicos. El diagnóstico psiquiátrico más frecuente fue el trastorno mixto depresivo ansioso. La mayor parte de los pacientes fueron tratados con psicofármacos, aunque en un por ciento no despreciable no se utilizó. Casi todos los pacientes estaban mejorados al alta. Los pacientes pertenecientes al municipio 10 de Octubre estuvieron en mayoría, aunque había pacientes de otros 11 municipios de la Capital, que representaron en conjunto un mayor por ciento.

Introducción

El término de neurosis ha sido polémico desde su formulación por Cullen en el siglo XVIII y ha sufrido modificaciones a lo largo del tiempo influido por las diferentes corrientes (psicoanálisis, existencialismo, conductismo) (1,2). En nuestros días son denominados Trastornos Neuróticos Secundarios a Situaciones Estresantes y Somatomorfos, según la CE-10, (3).

Hay coincidencia en plantear que el núcleo de las neurosis es la ansiedad, en respuesta a factores internos o externos, en individuos con una personalidad de rasgos neuróticos. Esta ansiedad se manifiesta de forma aguda o crónica y se expresa psicopatológicamente a través de síntomas como la angustia, fobias, ideas obsesivas, actos compulsivos, manifestaciones conversivas, disociativas, etc y de un cortejo de síntomas somáticos (1, 2, 4).

Estos pacientes se sienten limitados, tienen una esfera de motivaciones e intereses pobre y una sensación de insatisfacción personal, por lo que suelen ser disfuncionales, con una vida llena de conflictos ante la incapacidad de resolver las situaciones que se le presentan.

Debemos añadir el impacto económico significativo para ellos y la sociedad por concepto de consultas médicas, exámenes, pago de certificados o pensiones temporales y pérdida de días de trabajo (5).

Se calcula que entre el 15 y el 20% de la población mundial, padecen o padecerán a lo largo de su vida problemas relacionados con " la ansiedad" suficientes como para requerir tratamiento médico (6,7,8) , en El Reino Unido se calcula que las pérdidas por ausencias al trabajo ascienden a 5 billones de libras esterlinas y están muy relacionadas a la ansiedad, depresión y trastornos psicósomáticos en trabajadores que se desempeñan en diferentes profesiones como la educación, los ómnibus, enfermería, tráfico aéreo, militares, etc. (5,6,9, 10).

Durante muchos años el tratamiento a pacientes neuróticos, se basó en el uso de la psicoterapia individual (centrada en el conflicto y los síntomas) y los psicofármacos con un seguimiento en consulta o a través de los hospitales de día donde recibían el tratamiento convencional de Psicoterapia de grupo, psicofármacos, relajación, electrosueño y ergoterapia.

A partir de los conocimientos adquiridos en los diferentes módulos de la Maestría en Psiquiatría Social y basados en los nuevos conceptos de la Reorientación de la Psiquiatría hacia la Atención Primaria, fuimos comprendiendo que debíamos cambiar el enfoque y aplicar una forma de tratamiento que viera al paciente de una forma integral y en armonía con el entorno en que se desenvuelve, por lo que debíamos propiciar el cambio de estilos de vida y fomentar el autoconocimiento y crecimiento personal como una forma de lograr bienestar para el mejoramiento de la salud.

Por esto cuando concluimos la Maestría en Psiquiatría Social, diseñamos un nuevo modelo de tratamiento para la atención de estos pacientes que incluye el uso de Técnicas Alternativas (ejercicios yoga, digitopresura, masajes, relajación), Temas de Educación para la Salud, Técnicas Participativas y Psicoterapia Individual y de Grupo (11,12,13)

Hemos trabajado durante 10 años con esta modalidad de tratamiento a la que hemos ido haciendo modificaciones en aras de ir perfeccionando nuestro trabajo, han sido atendidos 870 pacientes hasta al cierre del 2007.

En nuestro servicio se imparte docencia en la Maestría de Psiquiatría Social , diplomados y entrenamientos, conocemos que existen profesionales de la salud mental que están aplicando este tipo de tratamiento o trabajan desde hace tiempo aplicando técnicas de la Medicina Tradicional (10, 11 ,12 ,13) por lo que decidimos realizar este trabajo con el objetivo de mostrar algunos de nuestros resultados.

Como objetivos específicos:

- 1- Caracterización de la muestra en cuanto a las variables: edad, sexo, estado civil, ocupación.
- 2- Determinar los diagnósticos Psiquiátricos más frecuentes.
- 3- Valorar dentro del tratamiento el uso de Psicofármacos e indagar sobre la evolución de los pacientes al alta.
- 4- Determinar los lugares de procedencia de los pacientes atendidos.

Material y método

Se realiza un estudio descriptivo, de corte transversal a 66 pacientes atendidos durante el año 2007 en La Clínica del Estrés del Hospital Clínico Quirúrgico 10 de Octubre.

El universo estuvo constituido por todos los pacientes (101) que fueron atendidos durante el 2007. Para la recogida de la información se elaboró un listado con los nombres y número de historia clínica de los pacientes (tomado del registro de ingreso y egreso) que fue entregado en el departamento de archivo a fin de acceder a dichas historias. Se realizó la revisión de las historias clínicas disponibles de donde se obtuvieron los datos para la investigación, quedando la muestra conformada por 66 pacientes que represento el 65,34% % del total.

Para la obtención de los resultados se procesó la información con una computadora Pentium, se aplicó el procesamiento estadístico SPS (versión 11,5 en Español) por el Asesor Estadístico. Se obtuvieron tablas de frecuencia absolutas y en por cientos de donde se obtienen los resultados que a continuación les presentamos.

Resultados

1-

a) En la muestra objeto de estudio encontramos que el grupo de 30 a 39 fue el más representado, le siguen en frecuencia los grupos de 40 a 49 y de 20 a 29 años, (Tabla#1).

Tabla#1. Distribución según Grupo de Edades.

Edad	Frecuencia	%
Menos de 20	1	1,5
20 a 29	13	19,7
30 a 39	21	31,8
40 a 49	19	28,8
50 a 59	9	13,6
60 a 69	3	4,5
Total	66	100

Fuente: Registro e historias clínicas de pacientes atendidos en el HCQ 10 de Octubre

- b) En cuanto al sexo 50 pacientes fueron del sexo femenino para un 75,8% y 16 del sexo masculino para un 24,2%.
 c) En cuanto al estado civil 36 pacientes eran solteros, le siguieron los casados y en unión consensual (Tabla # 2).

Tabla#2. Distribución según Estado Civil.

Estado civil	Frecuencia	%
Soltero	36	54,5
Casado	25	37,9
Unión consensual	5	7,6
Total	66	100

Fuente: Registro e historias clínicas de pacientes atendidos en el HCQ 10 de Octubre.

- d) En cuanto a la ocupación encontramos que los técnicos fueron los más representados, seguidos de los profesionales y las amas de casa (tabla # 3).

Tabla# 3. Distribución según Ocupación.

Ocupación	Frecuencia	%
Ama de Casa	14	21,2
Cuenta Propia	2	3
Obrero	9	13,6
Técnico	19	28,8
Profesional	15	22,7
Jubilado	3	4,5
Estudiante	2	3
Desocupado	2	3
Total	66	100

Fuente: Registro e historias clínicas de pacientes atendidos en el HCQ 10 de Octubre

2-

En la muestra objeto de estudio el diagnóstico de Trastorno Mixto (depresivo ansioso) estuvo presente en 24 pacientes, seguido del Trastorno de Ansiedad y de Adaptación (Tabla # 4).

Tabla #4. Distribución según Diagnostico Psiquiátrico.

Diagnóstico	Frecuencia	%
Trastorno de Ansiedad	12	18,2
Trastorno Fóbico	1	1,5
Trastorno Mixto (dep-ans)	24	36,4
Trastorno Hipocondriaco	1	1,5
Trastorno Psicossomático	1	1,5
Trastorno de Pánico	3	4,5
Episodio Depresivo	9	13,6
Trastorno de Adaptación	12	18,2
Reacción de Duelo	2	3
Trastorno de Personalidad	1	1,5
Total	66	100

Fuente: Registro e historias clínicas de pacientes atendidos en el HCQ 10 de Octubre

3-

- a) En cuanto al consumo de Psicofármacos se le indicó a 50 pacientes para un 75,8%, mientras que a 16 para un 24,2% se le aplicó el resto del tratamiento sin psicofármacos.
- b) En la evolución al alta resultaron mejorados 65 pacientes para un 98,5% y no mejorados 1 para un 1,5%.
- c) En cuanto al área de procedencia pertenecían al municipio 10 de Octubre 27 para un 40,9%, al municipio Cerro 14 para un 21,2%, a San Miguel 6 para un 9,1% (como los más significativos pues estaban presente pacientes procedentes de otros 11 municipios de la capital) y 2 de otras provincias para un 3%, que sumados representa el 59,1% de la muestra.

Discusión de los Resultados

En la caracterización de la muestra encontramos que las edades más representadas corresponden a la del adulto joven lo que coincide con el estudio de Segredo Pérez (14) (menos de 45 años), es una etapa donde se adquieren y desarrollan responsabilidades laborales, con la familia, con la sociedad, por lo que las tensiones son frecuentes y condicionan que aparezcan síntomas como la ansiedad, la depresión, fobias, etc, al fallar los mecanismos de afrontamiento en sujetos con cierta predisposición y condiciona que se presenten estos trastornos. Vázquez Machado (15) encontró las edades de 35 a 54 años y más de 54 años y Orihuela de la Cal (16) encontró las edades de 46 a 60 años, mientras que Rodríguez Miranda (17) encontró la edad de 45 a 59 años, pero relacionada con la mujer. Por lo general estos trastornos tienden a mantenerse durante toda la vida.

En cuanto al sexo se corresponde con lo recogido en la literatura (7,14,15,18,16, 17) y consideramos está en relación con que la mujer tiene una mayor carga familiar, laboral y social, además de los cambios hormonales que se producen y las características de algunas personalidades que las predisponen a ser más vulnerables al estrés y a presentar más sintomatología que los hombres (4,16,18), pero estas solicitan la ayuda médica con más frecuencia, mientras que los hombres producto de prejuicios o de la presión de la responsabilidad de la familia aún presentando sintomatología no consultan al especialista (18).

El estado civil en la muestra estuvo a favor de los pacientes solteros, lo que se corresponde con lo encontrado en algunos estudios como el de Rodríguez Miranda (17). Otros autores han obtenido el resultado a favor de los casados como en el estudio de Vázquez Machado (15), otros relacionan padecer estos trastornos con el sexo y con el hecho de tener o no pareja y plantean que es más frecuente en la mujer casada y en los hombres solteros, (esto no fue objeto de nuestro estudio), aunque si sumamos los casados con los que están en unión consensual el porcentaje no es despreciable en nuestra muestra.

Con relación a la ocupación el peso recae en los técnicos y profesionales, pero también en las amas de casa lo que coincide con los resultados de otros autores como Rodríguez Miranda (17), lo que consideramos está en relación con las responsabilidades que deben asumir estos grupos con la familia y la sociedad lo que condiciona más estrés.

En nuestra muestra los diagnósticos de Trastorno Mixto (depresivo- ansioso) y de Ansiedad y Adaptación se corresponden con la respuesta sintomática que por lo general presentan estos pacientes ante las contingencias que se les presentan, donde la ansiedad y la depresión son frecuentes (4, 16,18).

El uso de psicofármacos predominó, aunque consideramos que el grupo que no fue tratado con psicofármacos no es despreciable. Consideramos que el uso de técnicas no farmacológicas como la digito presura, ejercicios yoga, masajes, relajación en conjunto con del resto de las actividades que recibieron, resultó de gran ayuda para el control de los síntomas. Además obtuvieron recursos para mejorar el afrontamiento y se evitó en algunos pacientes el uso y el gasto por concepto de medicamentos, disminuyendo el riesgo de efectos adversos, adicciones, etc, (11,12).

Hubo un mayoritario grupo de pacientes que al alta estaban mejorados, lo que consideramos un resultado favorable, teniendo en cuenta el tipo de paciente estudiado y las limitaciones que ocasionan estos trastornos para su desenvolvimiento a través de la vida, por lo que esta mejoría evolutiva favorece una mejor calidad de vida.

La procedencia de los pacientes fue ligeramente a favor de los del municipio 10 de Octubre, que es el área que nos corresponde atender. Es de tener en cuenta que asistieron pacientes de otros 11 municipios, los que superaron los pacientes de 10 de Octubre.

Conclusiones

- 1-En este estudio predominó el grupo de pacientes de 30 a 39 años, el sexo femenino, los solteros y los que se desempeñan como técnicos.
- 2-El diagnóstico psiquiátrico más frecuente fue el Trastorno Mixto (depresivo ansioso).
- 3-El uso de Psicofármacos resultó predominante, aunque no consideramos despreciable el grupo de pacientes que no los requirió. Es de destacar la mejoría mayoritaria de los pacientes al alta.
- 4- La procedencia de los pacientes atendidos fue a favor de los residentes en otras áreas de salud y no a las que nos corresponden.

Recomendaciones

Promover el uso de Técnicas no farmacológicas como una opción de tratamiento que pudiera contribuir al mejoramiento de la calidad de vida y a disminuir del uso de psicofármacos en este tipo de pacientes.

Bibliografía

- 1-Propedéutica Clínica Psiquiátrica. Colectivo de Profesores del departamento de Psiquiatría y Psicología de la Universidad de la Habana, pag 261-279.
- 2- Freedman Alfred M, Kaplan Haroldo I, Sadock Benjamin J. Tratado de Psiquiatría. Edición Revolucionaria. Tomo 2, pag 1339- 1428.
- 3-OMS .Trastornos Mentales y del Comportamiento. Pautas en Atención Primaria. Meditor, 1999.
- 4-M Luna1, L Hamana Z1, YC Colmenares2 y CA Maestre3. Ansiedad y depresión. Archivos venezolanos de

farmacología y Terapéutica. Volumen 20, #2. 2001, 111-122

5-Perez Pimentel S, Corveas Carrasco B. Causas Invalidantes Laborales en el personal de enfermería. Revista Cubana de Enfermería, 2005; 21 (3).

6-González Ceinós M. Reflexiones sobre los trastornos ansiosos en la sociedad occidental. M C MGI, 2003, 46 (1).

7- Rodríguez García R. Estrés y manifestaciones dermatológicas en una población trabajadora bajo exigencias psíquicas. Revista Cubana de Salud del trabajo, 2002; 3 (1-2).

8-Martínez Alcántara S, Hernández Sánchez A. Necesidad de Estudios y Legislación sobre factores psicosociales en el trabajo. Revista Cubana de Salud Publica 2005; 3(4).

9- Caballero Poutou Eduardo L. Discapacidad Laboral en trabajadores docentes. Revista Cubana de Salud del Trabajo, 2004; 5 (2).

10-- Moreno Pueblas R. Factores Psicosociales y el Estrés en el medio militar. Revista Cubana de Medicina Militar, 2001; 30 (3) 183-9.

11- López Fernández R. La relajación como una de las estrategias de intervención psicológicas más utilizada en la practica clínica actual. Parte II. Revista Cubana de MGI, 1996; 12 94).

12-Moreno Pueblas Reynol A, Turró Mármol C, Sánchez Arrastía D. Aplicación de un programa de intervención-acción anti estrés. Revista Cubana de Medicina Militar, 1999 (155), 7.

13- Cabrera Adán M. Evaluación cualitativa y cuantitativa en los procedimientos de La Medicina Tradicional. Revista Cubana de Enfermería ,2006; 22 (3).

14- Segredo Pérez Alina M. El estrés, su comportamiento en la Atención Primaria de Salud. Revista Cubana de MGI, 2004; 20 (4).

15 -Vázquez Machado A. Caracterización Clínico Epidemiológico del Síndrome Depresivo. Revista Cubana MGI; 2001; 17 (3): 227-33.

16-Orihuela de la Cal Jorge L, Orihuela de la Cal María E, Machado Domínguez H, Gómez Viera M. Salud Mental en pacientes adultos. Revista Cubana MGI, 1998; 14 (5): 474 – 8.

17- Rodríguez Miranda O, Apolinaire Pennini Juan J, Alonso Alomá I. Prevalencia de alteraciones de la Salud Mental y factores de riesgo relevantes. Revista Cubana de MGI, 2003; 19 (4).

18-Guerrero Lobaina E, Roman Hernández Jorge L, Oramas Viera A. Hacia una perspectiva de género en la psicopatología ocupacional, riesgos psicosociales y Salud Mental. Revista Cubana Salud del Trabajo; 2002; 3 (1-2).

[\[Home \]](#) [\[Acerca de \]](#) [\[Mapa \]](#) [\[Contacto \]](#)



[cerrar](#)