



## FORMACIÓN CONTINUADA - ACTUALIZACIÓN EN MEDICINA DE FAMILIA

### Diagnóstico y tratamiento del trastorno de adaptación en Atención Primaria



J.P. Zapata-Ospina<sup>a,\*</sup>, J.S. Sierra-Muñoz<sup>b</sup> y C.A. Cardeño-Castro<sup>c</sup>

<sup>a</sup> Instituto de Investigaciones Médicas, Facultad de Medicina, Universidad de Antioquia, Medellín, Colombia

<sup>b</sup> Departamento de Psiquiatría, Facultad de Medicina, Universidad de Antioquia, Medellín, Colombia

<sup>c</sup> Servicio de Psiquiatría de Enlace, Hospital Universitario San Vicente Fundación, Medellín, Colombia

Recibido el 14 de julio de 2020; aceptado el 25 de septiembre de 2020

Disponible en Internet el 16 de noviembre de 2020

#### PALABRAS CLAVE

Trastornos de adaptación;  
Ajuste emocional;  
Psicoterapia

**Resumen** El trastorno de adaptación (TA) corresponde a la combinación de síntomas afectivos, cognitivos y conductuales que aparecen tras un evento estresante. Constituye un motivo de consulta frecuente en Atención Primaria y es uno de los diagnósticos más comunes en los intentos suicidas atendidos en Urgencias. Su característica esencial es que los síntomas aparecen en relación directa con un evento percibido como estresante, por lo que tiende a ser transitorio si cesa el evento o el individuo se adapta. El pilar del tratamiento son las intervenciones psicosociales, dirigidas a modificar el evento o sus consecuencias, favorecer la adaptación y optimizar los recursos para hacerle frente al evento. No obstante, en la práctica se favorece la prescripción de psicofármacos, cuya intención es solo alivio sintomático. Esto resalta la necesidad de identificarlo y tratarlo adecuadamente. En este artículo se presentan los lineamientos para el diagnóstico y tratamiento del TA en Atención Primaria.

© 2020 Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN). Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

#### KEYWORDS

Adjustment disorders;  
Emotional  
adjustment;  
Psychotherapy

**Diagnosis and treatment of adjustment disorder in primary care**

**Abstract** Adjustment disorder (AD) corresponds to the combination of affective, cognitive and behavioral symptoms that appear after a stressful event. It is a frequent reason for consultation in primary care and is one of the most common diagnoses in suicide attempts attended in the emergency department. Its essential feature is that the symptoms must appear in direct relation to an event perceived as stressful, so it tends to be transitory if the event ceases or the patient adapts. The mainstay of treatment are psychosocial interventions, aimed at modifying the

\* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: [juanp.zapata@udea.edu.co](mailto:juanp.zapata@udea.edu.co) (J.P. Zapata-Ospina).

event or its consequences, supporting adaptation and optimizing resources to cope with the event. However, prescription of psychotropic drugs is favored in practice, when its use should be limited to symptomatic relief. This highlights the need to properly identify and treat it. This article presents the strategies for diagnosis and treatment of AD in primary care.

© 2020 Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN). Published by Elsevier España, S.L.U. All rights reserved.

## Introducción

El trastorno de adaptación (TA) es uno de los trastornos relacionados con el estrés y se caracteriza por síntomas mentales que aparecen en respuesta a un evento estresante identificable y que constituyen una respuesta mal adaptativa porque generan malestar significativo. Para el *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales Versión 5 (DSM-5)* los síntomas deben iniciar en los primeros tres meses de aparición del evento y no persistir más allá de seis meses después de que el estresor o sus consecuencias hayan terminado<sup>1</sup>. Cuando se trata de un evento agudo, la aparición de esta perturbación es usualmente inmediata (unos pocos días) y su duración es corta; pero si el estresor o sus consecuencias persisten, el TA puede continuar y convertirse en uno persistente.

La prevalencia del TA varía ampliamente en función del escenario y la forma de establecer el diagnóstico, y va desde 1%<sup>2</sup> hasta 2,94% en los adultos que consultan en el centro de Atención Primaria<sup>3</sup>. Corresponde al 12% de los diagnósticos de la consulta psiquiátrica<sup>4</sup> y hasta el 18,5% de los motivos de interconsulta a psiquiatría en el hospital general<sup>5,6</sup>. En poblaciones específicas, la prevalencia es mayor. Por ejemplo, en mayores de 65 años atendidos en Atención Primaria se puede encontrar hasta en un 4,5%; en ellos, la presencia de una enfermedad médica (u orgánica) tiene un efecto estresor que puede explicar hasta el 29% de los casos con TA<sup>7</sup>. En mujeres embarazadas, la prevalencia puede ser del 5%<sup>8</sup> y, si presentaron un aborto espontáneo, el riesgo en el tiempo de TA a un año es más alto (HR = 1,45; IC 95%: 1,29-1,62)<sup>9</sup>.

El TA suele tener un curso benigno y una recuperación de hasta el 70%, por lo que muchos médicos lo consideran un diagnóstico de poca importancia, de descarte o de menor intensidad<sup>10,11</sup>. Sin embargo, es el diagnóstico más común en los intentos suicidas atendidos en los servicios de Urgencias, con 31,8% de los diagnósticos, incluso por encima de los trastornos del ánimo<sup>12</sup>. Más aún, en estudios longitudinales el TA tiene una mortalidad por cualquier causa más alta (RR = 1,9; IC 95% 1,8 a 2,0) y por suicidio (RR = 12; IC 95% 9,8 a 15), en comparación con población sin diagnóstico psiquiátrico después de un evento estresor<sup>2,13</sup> y hasta un 2% de la población con TA comete suicidio en los cinco años posteriores al evento estresor<sup>10</sup>.

A pesar de su importancia, el diagnóstico de TA suele ser subvalorado y se prefieren otros diagnósticos, al punto de que solo se registra TA en el 2% de las historias clínicas en

las que el paciente cumple criterios, y solo el 15% de los casos son detectados por el médico de Atención Primaria<sup>3</sup>. De hecho, parece que el uso del diagnóstico de TA disminuyó a través del tiempo, mientras que el de trastorno depresivo mayor (TDM) aumentó, acompañado del uso de psicofármacos, que se triplicó en el mismo periodo<sup>14</sup>. Precisamente, a pesar de que el TA tiende a ser autolimitado<sup>15</sup> y existe poca evidencia que soporte el tratamiento con psicofármacos<sup>16</sup>, muchos de estos pacientes los terminan recibiendo<sup>17</sup>.

Por esto es de vital importancia que el médico de Atención Primaria identifique adecuadamente el TA y cuente con elementos para brindar un tratamiento más específico. El objetivo de esta revisión es ofrecer un abordaje práctico del paciente con síntomas mentales reactivos a un estresor y dar pautas para una intervención psicoterapéutica y farmacológica que pueda aplicarse en Atención Primaria.

## Diagnóstico

La característica esencial del TA es que los síntomas aparezcan en relación directa con un evento estresante, entendido como cualquier suceso o situación percibida como amenaza; se trata de una representación subjetiva, y por el hecho de aparecer, le demanda al individuo cambios en su vida, por lo que si siente que no tiene los recursos para enfrentarlo, puede decirse que el evento lo supera y le genera estrés. En algunos pacientes incluso los eventos que podrían considerarse positivos pueden vivirse de manera estresante, como tener un hijo o un ascenso laboral<sup>18</sup>.

Los eventos que con mayor frecuencia se encuentran entre los pacientes con TA son el trabajo (dificultades en el lugar de trabajo, desempleo, acoso laboral) y la familia (conflictos familiares, divorcios); o bien, problemas económicos o incidentes (accidentes, atracos, etc.)<sup>19</sup>. El diagnóstico de una enfermedad orgánica también es un motivo frecuente, principalmente las crónicas, como cáncer, en donde varias situaciones se perciben como estresantes, tanto el diagnóstico, como la aparición de metástasis o los tratamientos<sup>20</sup>. En la adolescencia, se incluyen además problemas escolares, rechazo o divorcio de los padres.

Una vez que se establece la existencia del evento estresante, es necesario demostrar la reactividad de los síntomas, por lo que la ubicación temporal del evento y los síntomas debe ser el paso siguiente. Según los manuales de clasificación, los síntomas deben aparecer en los primeros tres meses de iniciado el evento para el DSM-5<sup>15</sup> o en el primer mes, para la CIE-11<sup>21</sup>. Los síntomas de un TA pueden

aparecer a cualquier edad y son variables, por lo que no hay una descripción específica, sino que corresponden a una combinación de cambios emocionales, cognitivos y conductuales en estrecha relación con el estresor, que mejorarían si el estresor desaparece o el sujeto se adapta<sup>2,19,22</sup>.

Dentro del afecto resaltan ánimo triste, llanto fácil, ansiedad y cambios de humor diurno. Entre las alteraciones cognitivas, la preocupación excesiva relacionada con el estresor, con rumiación del pensamiento, ideas de desesperanza y de suicidio, que pueden llegar a la planeación y a la conducta suicida. También es común insomnio de conciliación y pesadillas<sup>23</sup>. Algunos pacientes pueden referir alteraciones sexuales como bajo deseo, las cuales, bajo la lógica de ser transitorias, no ameritan diagnóstico adicional de disfunción sexual<sup>24</sup>. También puede observarse aumento en el consumo de sustancias psicoactivas<sup>2</sup>, que puede ser el motivo de consulta. Algunos autores no hacen énfasis en las manifestaciones clínicas *per se*, sino en la intensidad o en el grado de afectación que generan. No obstante, puede resultar que el paciente no consulte únicamente por síntomas, sino por experimentar que no cuenta con los recursos necesarios para manejar dicha respuesta y pierde el sentido de control sobre el estresor<sup>25,26</sup>, de ahí que algunos motivos de consulta sean directamente «no puedo con esto».

Cualesquiera que sean los síntomas, es necesario evaluar si representan una respuesta normal o anormal. Aunque es complejo, se deben considerar las circunstancias personales y el contexto, la proporcionalidad con el estresor, así como el desempeño del paciente en su vida familiar, social y laboral, todo esto dentro de su cultura<sup>22</sup>. Una clave para establecer la disfunción es la propia valoración que hace el individuo de cómo están las diferentes esferas de su vida, así como interrogar a quienes conviven y conocen al paciente.

En los distintos sistemas de clasificación, el TA se ha especificado según el predominio de síntomas en subtipo depresivo, ansioso, conductual o mixto. Más de la mitad de los pacientes con TA presentan síntomas depresivos<sup>27</sup>, de ahí que algunos autores los consideren nucleares<sup>28</sup>, pero parecen no existir características distintivas, por lo que la utilidad de estos especificadores es limitada<sup>28,29</sup>.

## Abordaje diagnóstico

En la tabla 1 se presentan claves que facilitan el diagnóstico de un TA desde la anamnesis y el examen mental. Diferenciarlo de otros trastornos mentales presupone un reto, pues los síntomas pueden solaparse con los del ánimo y de ansiedad. Pero es necesario intentarlo, principalmente porque el enfoque terapéutico es distinto. Es posible preguntar al paciente cómo cree que evolucionarían sus síntomas con la resolución del evento para determinar la naturaleza reactiva de los síntomas, que es el atributo específico del TA. Es probable que el diagnóstico se aclare con el curso longitudinal del cuadro, por lo que el seguimiento es fundamental.

**Trastorno depresivo mayor (TDM):** también puede estar relacionado con un evento estresante<sup>22</sup>, aunque la relación temporal no es tan delimitable o inmediata, por eso hay que concretar muy bien en la entrevista si los síntomas son reactivos al evento estresor o eran previos. A diferencia del TA, en el TDM se encuentra escasa reactividad afectiva, es decir que, aunque se hablen de temas diferentes al evento,

el ánimo no mejora y es persistentemente bajo. Conviene en la entrevista poner atención al afecto durante la conversación sobre otros temas diferentes o preguntar cómo cambian los síntomas en diferentes momentos y situaciones del día. Además, en el TDM son mucho más frecuentes los rasgos disfuncionales de personalidad<sup>30</sup> y los antecedentes familiares de trastornos del ánimo<sup>15,30</sup>. Es importante no privilegiar de forma injustificada el diagnóstico del TDM, que es lo que parece explicar que haya aumentado el tratamiento farmacológico antidepresivo innecesario<sup>31</sup>. Esto es importante cuando el estresor es una enfermedad médica porque puede existir una mayor predisposición a efectos adversos o alteraciones renales o hepáticas que afecten la farmacocinética y lleven a interacciones medicamentosas<sup>32</sup>.

**Trastorno de estrés postraumático (TEPT):** se comparte la relación con eventos estresores, pero en este caso se trata de situaciones de magnitud y naturaleza diferentes, considerados traumáticos porque puede estar en riesgo la vida o la integridad del paciente o sus allegados<sup>15</sup>. También son muy específicos los síntomas de reexperimentación, conductas evitativas e hiperactivación autonómica. Estos síntomas siguen una evolución temporal específica, de manera que se reserva el diagnóstico de estrés agudo para los que aparecen entre tres días y un mes tras la exposición al evento traumático, y pasado un mes del inicio, es posible manejar como un TEPT.

**Trastorno de ansiedad generalizada (TAG):** tras un evento estresor pueden aparecer también trastornos de ansiedad<sup>33</sup>; aunque si es después de un estresor en ausencia de psicopatología previa, debería prevalecer el diagnóstico de TA<sup>34,35</sup>. En el TAG generalmente se encuentra la tendencia a la preocupación por asuntos más cotidianos que viene de larga data.

**Duelo:** ante la muerte de un ser querido, los individuos pueden presentar ánimo deprimido, hiporexia, insomnio y pérdida de peso<sup>15</sup>. El duelo ha sido excluido de las clasificaciones diagnósticas, por lo que cuando se considera que los síntomas corresponden a esta reacción, se debe evitar el diagnóstico de TA ya que el enfoque psicoterapéutico puede ser un poco más específico.

## Tratamiento

Los pacientes con TA buscan con frecuencia a sus médicos de familia con la intención de disminuir la disfunción y el malestar<sup>36</sup>, por ello debe haber unas pautas mínimas para evaluar y acompañar a estos pacientes en su propio ámbito y evitar remisiones innecesarias. El enfoque diagnóstico y terapéutico general se presenta en la fig. 1.

Conviene resaltar que el objetivo último del tratamiento es poder comprender y facilitar la adaptación del paciente<sup>19</sup>, y por ello, el pilar fundamental son las intervenciones psicosociales<sup>37</sup>. El uso de psicofármacos tiene más una intención de alivio sintomático para que el paciente tenga menos disfunción. No obstante, lo que se observa en la práctica es lo contrario. En los servicios de consulta externa de psiquiatría, por ejemplo, se puede llegar a prescribir antidepresivos hasta en el 60% de los pacientes con TA, mientras que sólo el 22% es remitido a psicología<sup>14</sup>.

Lo primero que debe definirse es el riesgo suicida porque si es alto indica la necesidad de hospitalización. Se ha

**Tabla 1** Evaluación clínica para el diagnóstico del trastorno de adaptación

Anamnesis	Examen mental
<b>Relación estrecha con un evento estresante:</b>	<b>Reactividad afectiva presente:</b>
- Establecer el inicio de los síntomas ( <i>¿Desde hace cuánto sientes estos síntomas? ¿Qué ha pasado antes de que te sintieras así?</i> )	- El afecto puede variar durante la evaluación al hablar de otros temas no relacionados con el estresor.
- Puede ser útil rastrear cronológicamente los síntomas y buscar los eventos ( <i>¿Estabas así en las fiestas de diciembre? ¿En vacaciones? ¿Qué pudo haber pasado después?</i> )	- Preste atención al llanto y la conducta psicomotora (movimiento) cuando se habla de un tema diferente.
- Si varían durante el transcurso del día (por ejemplo, al participar o pensar en otros asuntos).	- Proponga hablar de temas neutros con transiciones sutiles como « <i>ahora que has mencionado que eres estudiante, ¿hay algún curso que puedas recomendar en tu universidad?</i> » (siempre y cuando ese no sea el estresor).
<b>Caracterizar el evento estresante:</b>	<b>Curso y contenido del pensamiento:</b>
- Pueden ser desde eventos vitales mayores o hasta molestias de la vida diaria.	- Al hablar del evento estresante puede encontrarse circunstancialidad, que corresponde al excesivo detalle a la hora de responder las preguntas. Es posible que deban usarse frases para interrupción respetuosa o usar preguntas cerradas en algunos momentos.
<b>Determinar la disfunción:</b>	<b>Evaluación del riesgo suicida:</b>
- Evaluar el desempeño en las distintas esferas de la vida (familiar, laboral, académica, social): <i>¿Cómo te ha afectado esto en tu trabajo?</i>	- Debe hacerse de forma clínica con preguntas como: <i>¿Has deseado estar muerto? ¿Has pensado en quitarte la vida? ¿Has pensado cómo lo harías?</i>
	- Definir estructuración de un plan suicida y definir factores protectores con: <i>¿Qué te ha detenido para no ejecutar ese plan?</i>

calculado que en el 26,8% de los pacientes con TA que requieren hospitalización la indicación es un intento de suicidio<sup>38</sup>, y cerca del 50% ya lo presentó antes de la hospitalización<sup>39</sup>. En los servicios de urgencias y hospitalización, se ha diagnosticado TA en el 38% de los pacientes con intoxicaciones autoinfligidas, intentos que tienden a ser más impulsivos y cuya ideación parecieran resolver durante la estancia<sup>40</sup>. Si bien los factores de riesgo de otros trastornos psiquiátricos pueden utilizarse para determinar el riesgo suicida de pacientes con TA, se han relacionado además: sexo femenino, edad menor de 21 años, consumo de tóxicos, mal funcionamiento social antes del tratamiento, inquietud psicomotora y suicidio de allegado como evento estresante<sup>34,35</sup>. El curso del proceso suicida de los pacientes con TA es más corto y se presenta de forma más inmediata tras ocurrido el estresor<sup>33</sup>.

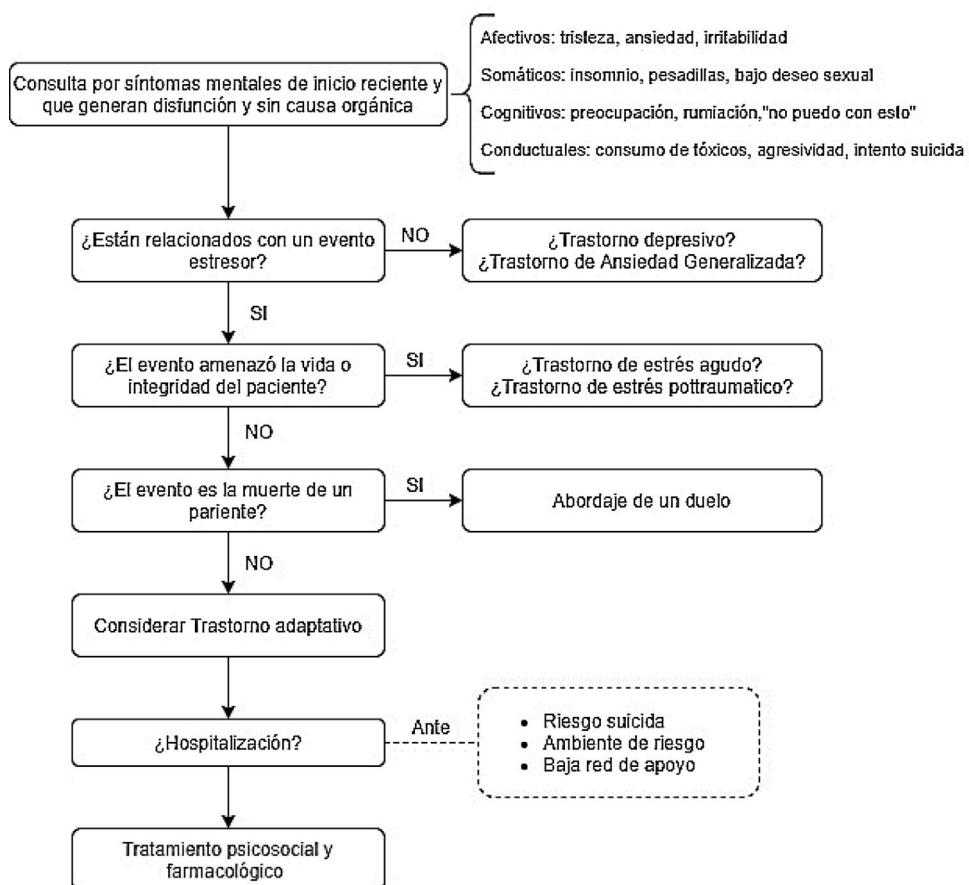
Adicionalmente es necesario valorar la red de apoyo (personas con las que cuenta el paciente) que, si se considera deficiente, también puede ser otro criterio para hospitalizar. Si el evento estresante se presenta en el lugar donde vive el paciente (como el caso de violencia doméstica) se indicaría la hospitalización como medida de protección.

Para organizar de forma práctica las intervenciones, proponemos fraccionar conceptualmente el TA en cuatro componentes: el evento estresor, la reacción del individuo,

los recursos externos con los que cuenta el individuo y la disfunción que se ha generado (fig. 2). La idea es demarcar una ruta para que el paciente transite mejor la adaptación al estresor y no solucionar en una sola consulta el TA, lo cual debe ser una expectativa que el médico y el paciente tengan clara.

### Tratamiento dirigido al evento estresante

Cuando la naturaleza del evento lo permita, es fundamental buscar que cese o que sus consecuencias disminuyan. No es una función del médico resolver el problema como tal, pero sí orientar a que el paciente busque alternativas. En caso de que el evento se relacione con la familia o la pareja, puede ser necesaria la terapia de familia para que, a través de distintos enfoques, se restablezcan interacciones interpersonales positivas<sup>41</sup>. Existen casos donde los estresores son eminentemente sociales (relacionados con la pobreza, por ejemplo), lo cual puede exceder el alcance de una consulta médica. En esa medida, el TA también es una oportunidad para el trabajo en equipo con el trabajador social. Como parte del grupo de Atención Primaria, este profesional puede hacer una evaluación de los factores psicosociales y coordinar el acceso a políticas sociales, programas gubernamentales o beneficios de organizaciones<sup>42</sup>.



**Figura 1** Enfoque general del paciente con trastorno de adaptación. Se presentan los diagnósticos en los que puede pensar el médico de Atención Primaria ante los síntomas mentales de reciente aparición para llegar finalmente al de trastorno de adaptación. Elaboración propia.

También es posible trabajar sobre el significado atribuido al estresor y ayudar al paciente a verlo de una forma que genere menos estrés.

### Tratamiento dirigido a la reacción del individuo

Las intervenciones psicológicas son variadas e incluyen enfoques de autoayuda, técnicas de relajación, terapias cognitivas, conductuales y psicodinámicas, con evidencia débil que no permite recomendar una sobre otra<sup>43</sup> y en principio pueden ser todas útiles, especialmente las terapias breves. A continuación, se detallan algunas orientaciones para que el médico de Atención Primaria pueda ofrecer alivio con su palabra, aclarando que una psicoterapia formal requeriría un entrenamiento. Por ello, se propone un trabajo interdisciplinario con psicología para una atención integral.

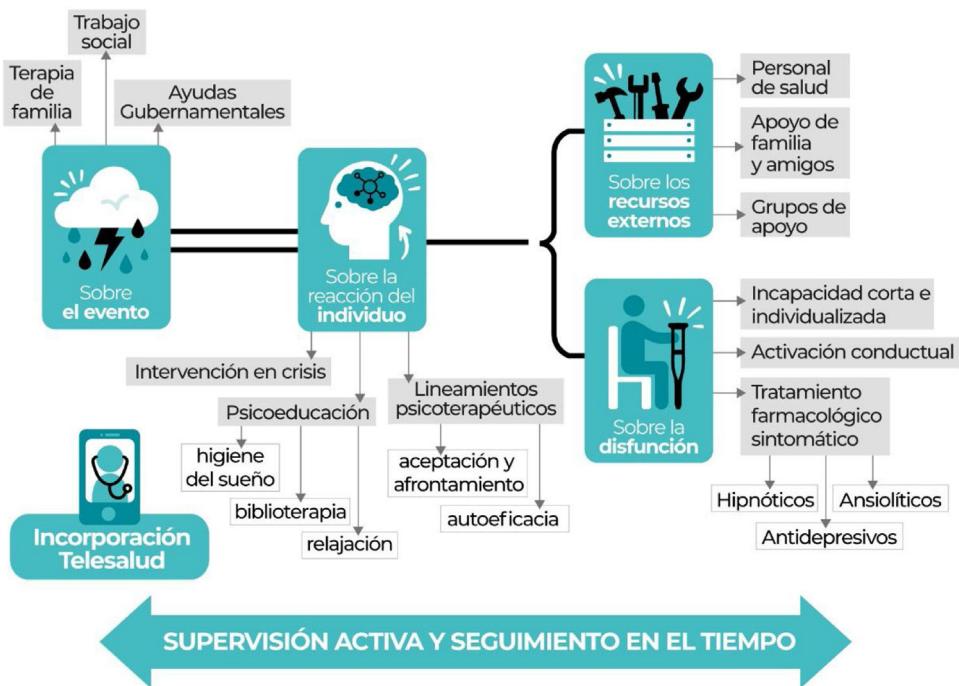
### Intervención en crisis

En la consulta de primera vez es posible que el paciente tenga una descarga emocional, que debe permitirse. Presentarse como alguien que entiende y acepta esa reacción puede facilitar la catarsis y la escucha empática puede, por sí sola, ayudar<sup>44</sup>. Se debe evitar opinar si el evento es percibido por el médico como no grave o poco estresante,

es mejor enfocarse en validar la emoción y que para ese momento existe sufrimiento para la persona. Es aconsejable dejar que el paciente exprese la emoción asociada a su relato, ofrecer pañuelos desechables como acto que valida el llanto y, tras un tiempo razonable y posible, se pueden hacer afirmaciones del tipo «veo que esta situación te tiene muy mal y estoy aquí para ayudarte», «está bien llorar para liberar esta carga que has tenido porque ahora podemos hablar y pensar cómo ayudarte». Puede tocarse al paciente en la mano, el antebrazo o el hombro, que es percibido por los pacientes de Atención Primaria como apropiado<sup>45,46</sup>. Una estrategia para bajar la emoción rápidamente es la respiración profunda y los cambios de temperatura, por lo que puede ofrecerse un poco de agua fría para beber. En esta parte lo único que se busca es sosegar un poco el sufrimiento y validar la emoción para continuar con otras estrategias.

### Psicoeducación

Una vez que haya un descenso en la emoción, es necesario explicar la naturaleza reactiva de los síntomas y señalar la relación con el estresor. Enfocarse en el evento y cómo afrontarlo puede ser una instrucción obvia, pero necesaria. Existen múltiples formas de entregar información sobre el tema, desde folletos hasta sesiones individuales y grupales



**Figura 2** Intervenciones para el tratamiento psicosocial y farmacológico del paciente con trastorno de adaptación. Se presentan las distintas intervenciones que se pueden llevar a cabo en los servicios de Atención Primaria. Para la mayoría, es factible incorporar las tecnologías de la información y la comunicación, por lo que se ofrecen servicios de telesalud. Elaboración propia.

de una única sesión<sup>36,47</sup>. La entrega de material para lectura (biblioterapia) puede ser eficaz, si es preparado con un enfoque psicoterapéutico cognitivo conductual<sup>48</sup>.

Los temas que deben cubrirse son: el estresor y la necesidad de solucionarlo o aceptarlo, la búsqueda de recursos para ello y la reactividad de los síntomas y su transitoriedad. Se pueden ofrecer algunas claves para manejo de síntomas. Para la preocupación, por ejemplo, resulta útil un ejercicio de escritura en el que se plasme la situación y una lluvia de ideas de todas las formas posibles para solucionarla. Si hay insomnio, se deben explicar medidas de higiene del sueño para reducirlo. La relajación puede enseñarse con técnicas específicas<sup>49</sup>. La respiración consciente puede dejarse como actividad para practicar en casa, con ejercicios de cinco minutos de respiración profunda y diafragmática. La relajación muscular progresiva también se puede mostrar con la instrucción de realizar la contracción y relajación de los grupos musculares en sentido caudocefálico y que el paciente vaya contando hasta 10 con cada movimiento<sup>50</sup>.

La incorporación de la telesalud con herramientas basadas en tecnologías de la información puede ser una alternativa útil. Los manuales de autoayuda electrónicos o el contacto a distancia con terapeutas son opciones razonables<sup>51</sup>. Se pueden aprovechar también los recursos tecnológicos del paciente para acceder a videos, aplicaciones y páginas de internet que permitan la práctica de ejercicios de relajación.

### Mejorar el afrontamiento

Algunos elementos de la terapia psicológica cognitivo-conductual<sup>52</sup> o psicodinámica<sup>53</sup> pueden ser útiles para

mejorar el afrontamiento del paciente en tanto puede ser remitido a una persona con entrenamiento. Una idea que puede favorecerse es la autoeficacia, que se puede ilustrar con frases como: «*En el pasado, ¿has afrontado situaciones difíciles? ¿Puedes ver alguna que hayas superado? ¿Qué evidencia tienes de que no vas a poder superar este problema que tienes? ¿Qué acciones puedes hacer para solucionar este problema?*». También abordar la catastrofización con frases como: «*¿Qué sería lo peor que puede pasar si intentas estas acciones? Lo peor ya ha pasado y es vivir este sufrimiento que te llevó a consultar.*». Una aproximación al evento puede ser ahondando por su significado y representación: «*¿Qué significa para ti este evento? ¿Por qué crees que te ha dado dificultad afrontarlo? ¿De qué otra forma podríamos representar esta experiencia en tu vida?*». En ocasiones puede explicarse que el evento y la reacción no se pueden evitar y así favorecer la aceptación: «*Perder tu trabajo duele [por ejemplo], no hay forma de que no duela, por eso hay que vivir este momento como lo estás viviendo, y haremos que este camino inevitable sea más fácil de recorrer.*».

### Tratamiento dirigido a los recursos externos

Tanto en el tratamiento ambulatorio como hospitalario, se debe esclarecer con qué recursos (económicos, sociales, etc.) cuenta el paciente para aprovecharlos o, en su ausencia, buscarlos, por lo que sería otra indicación para la participación de un trabajador social. Es importante contactar a la familia, al cuidador o a los amigos para que acompañen al paciente en el proceso de adaptación. En un estudio con métodos de teoría fundada para evaluar los factores de mejoría percibidos por los pacientes con TA, las

**Tabla 2** Psicofármacos utilizados para el tratamiento sintomático del trastorno de adaptación

Principio activo	Dosis	Precauciones	Observaciones
<b>Hipnóticos</b>			
Trazodona	Iniciar 50 a 100 mg en la noche, hasta máximo 200 mg/día.	Somnolencia diurna, náuseas, mareo, cefalea, hipotensión.	Estudios con seguimiento hasta 28 días en TA, con una dosis promedio de 100 mg/noche.
Zopiclona	3,75 a 7,5 mg en la noche	Sedación, mareo, cefalea. Utilizar el menor tiempo posible, a la dosis más baja necesaria para obtener el efecto deseado. Riesgo de dependencia a hipnóticos.	No existen estudios específicos en TA, pero se han usado empíricamente en insomnio.
Ezopiclona	1 a 3 mg en la noche.		
Zolpidem	5 a 10 mg en la noche.		
<b>Ansiolíticos</b>			
Etifoxina	Iniciar 50 mg dos veces al día, hasta llegar a 50 mg tres veces al día.	Somnolencia. Aunque raras, se han reportado reacciones de hipersensibilidad graves.	Efectos ansiolíticos comparables a los de benzodiacepinas. Estudios con seguimiento de hasta 28 días, con menor incidencia de efectos adversos y menor riesgo de dependencia.
Lorazepam	Iniciar 0,5 a 1 mg dos o tres veces al día, con incremento gradual hasta máximo 6 mg/día.	Sedación, confusión, mareo, debilidad muscular.  En caso de uso concomitante con depresores del sistema nervioso (como alcohol) pueden producir depresión respiratoria.	En los estudios de TA se han utilizado hasta por 28 días, no existen seguimientos más allá. Mejoría de los síntomas ansiosos, además tienen efecto sedante.
Alprazolam	Iniciar 0,25 a 0,5 mg dos o tres al día, con incremento gradual hasta máximo 4 mg/día.	Riesgo de dependencia a benzodiacepinas. Requieren reducción progresiva de la dosis para evitar síndrome de abstinencia.	
Clonazepam	Iniciar 0,25 mg dos veces al día, de acuerdo con necesidad aumentar hasta 3 veces al día. Dosis máxima 4 mg/día.		
<b>Antidepresivos</b>			
Fluoxetina	Iniciar con 20 mg hasta máximo 80 mg/día.	Iniciar a dosis bajas y se titula de acuerdo con la respuesta clínica. Si se utilizan por más de 3 semanas, se debe disminuir de forma progresiva para evitar síndrome de descontinuación.	En los estudios de TA se han utilizado por períodos de hasta 8 semanas.
Sertralina	Iniciar con 25 mg hasta llegar a 50 a 200 mg/día.		
Paroxetina	Iniciar con 10 hasta máximo 50 mg/día.		
Escitalopram	Iniciar 10 mg hasta máximo 20 mg/día.		

categorías que surgieron, precisamente, fueron los factores personales y la relación con el entorno directo, que incluye el apoyo social y de la familia, pero también el de los terapeutas<sup>54</sup>, de ahí que verbalizar que el paciente cuenta con el apoyo del equipo de salud de Atención Primaria puede ser tranquilizador. En algunos estresores, como el diagnóstico de una enfermedad orgánica, es factible la conformación de grupos de apoyo, de manera que entre pares se acompañen. Los grupos de apoyo en cáncer, por ejemplo, ayudan a reducir el sufrimiento, e incluso podrían mejorar la supervivencia<sup>55</sup>.

## Tratamiento dirigido a la disfunción generada

### Incapacidad laboral

El trabajo puede promover el alivio porque implica la realización de actividades para las que el paciente puede ser útil y, de ser posible, se puede conseguir apoyo de compañeros y supervisores<sup>56</sup>. En esa medida debe explicar al paciente que la reincorporación laboral es necesaria y evitar las incapacidades laborales o darlas por poco tiempo, aunque se debe individualizar, especialmente si el estresor tiene que ver con el empleo. A veces puede ser útil en tanto se logra algún alivio sintomático o se realiza el contacto con los recursos externos identificados como necesarios para el paciente. La incorporación de psicoterapia para resolución de problemas, por parte de profesionales en salud ocupacional, puede ser una alternativa que favorece inicialmente el retorno parcial al trabajo<sup>57</sup>.

### Activación conductual

Aunque corresponde a una técnica que requiere entrenamiento, se pueden ofrecer algunos lineamientos basados en ella, pues se ha mostrado su eficacia<sup>58</sup>. La idea es programar actividades con la instrucción de «así no tengas ganas o energía». Debe explicarse que su realización no puede postergarse «hasta que mejore», sino que uno se mejora con la realización de actividades. Debe ayudarse a planificar un horario para distintas actividades, por ejemplo, los quehaceres obligatorios, pasar tiempo con la familia y las placenteras.

### Uso de psicofármacos

Existen pocos ensayos clínicos sobre la farmacoterapia del TA<sup>17</sup> y lo que se suele utilizar son hipnóticos y ansiolíticos ([tabla 2](#)). El uso de antidepresivos no debe recomendarse de entrada, pues los estudios demuestran poca o nula mejoría de los síntomas comparados contra placebo y existe poca reproducibilidad de resultados<sup>59</sup>. Es probable que estos estudios no detecten diferencias por el fenómeno de regresión a la media que tienen los pacientes con TA que, al resolver su evento estresor, presentan mejoría de síntomas. Además, los estudios tienen altas pérdidas durante el seguimiento y los tamaños de muestra son pequeños<sup>17</sup>. De esta manera, solo por la evidencia empírica, cualquier recomendación será débil y el tratamiento se deberá individualizar. Siguiendo la máxima de «primero no hacer daño», en tanto el beneficio no sea contundente, la recomendación es usar al mínimo los psicofármacos para alivio sintomático.

El tratamiento del insomnio, además de las medidas no farmacológicas, puede ameritar el uso de hipnóticos, como

trazodona, hipnóticos no benzodiacepínicos (medicamentos Z), incluso antihistamínicos. Debido a que muchos de los estudios se han realizado en el subtipo ansioso del TA, es común un ciclo corto de benzodiacepinas en el tratamiento. No obstante, el tiempo de seguimiento en estos estudios no supera los 28 días<sup>17,59</sup>, por lo que no puede recomendarse por tiempo prolongado, tomando en cuenta el riesgo de dependencia que existe con algunos hipnóticos y benzodiacepinas<sup>60,61</sup>. Se ha sugerido la eficacia de etifoxina, ansiolítico GABA-A para el manejo de los síntomas en el TA, que tiene efecto al menos comparable con el de las benzodiacepinas, sin riesgo de dependencia<sup>59,62</sup>, por lo que podría considerarse como alternativa. Los antidepresivos para TA han sido estudiados con un seguimiento de hasta por ocho semanas<sup>17,59</sup>, sin un beneficio contundente, por lo que podría considerarse un curso más corto en los casos de persistencia o comorbilidades psiquiátricas.

## Pronóstico

Es necesario un seguimiento longitudinal del paciente de manera proactiva, con la posibilidad de un contacto frecuente, si es el caso para supervisar la evolución, el alivio sintomático o la emergencia de síntomas como la ideación suicida. Los médicos de Atención Primaria pueden hacer un monitoreo de la evolución del caso y definir la necesidad de remisiones pertinentes<sup>63</sup>. La evaluación por un especialista en psiquiatría puede ser necesario ante casos crónicos, personas con trastornos mentales preexistentes, o cuando se encuentran síntomas psicóticos que, por fortuna, no son la mayoría de los pacientes con TA. De hecho, en ocasiones, dados los retrasos, la saturación y otras barreras para la atención en salud mental, muchas veces los pacientes terminan resolviendo el estresor o sus consecuencias antes de recibir la atención especializada. Por ello, los servicios de Atención Primaria deben estructurarse para ofrecer una atención integral ante la vivencia de eventos estresantes<sup>64</sup>.

## Financiación

Este trabajo forma parte del proyecto 2020-33958 financiado por la Universidad de Antioquia, la IPS Universitaria y el Hospital Universitario San Vicente Fundación.

## Conflictos de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

## Bibliografía

1. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 5th Ed. Arlington VA: American Psychiatric Association Publishing; 2013.
2. Gradus JL. Prevalence and prognosis of stress disorders: A review of the epidemiologic literature. Clin Epidemiol. 2017;9:251–60.
3. Fernández A, Mendive JM, Salvador-Carulla L, Rubio-Valera M, Luciano JV, Pinto-Meza A, et al. Adjustment disorders in primary care: Prevalence, recognition and use of services. Br J Psychiatry. 2012;201:137–42.

4. Strain JJ, Smith GC, Hammer JS, McKenzie DP, Blumenfield M, Muskin P, et al. Adjustment disorder: A multisite study of its utilization and interventions in the consultation-liaison psychiatry setting. *Gen Hosp Psychiatry*. 1998;20:139–49.
5. Arbab M, Laghayeepoor R, Golestan B, Mahdanian A, Nejatisafa A, Tavakkoli A, et al. Diagnoses, requests and timing of 503 psychiatric consultations in two general hospitals. *Acta Med Iran*. 2012;50:53–60.
6. Pintor-Pérez L, Monteagudo-Gimeno E, Rodríguez-Urrutia A, Herranz-Villanueva S, Sánchez-González R. Referrals of patients with adjustment disorder to a consultation-liaison psychiatry service over a 10-year-period. *J Psychosom Res* [Internet]. 2018;109:125. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2018.03.117>.
7. Arbus C, Hergueta T, Duburcq A, Saleh A, Le Guern ME, Robert P, et al. Adjustment disorder with anxiety in old age: Comparing prevalence and clinical management in primary care and mental health care. *Eur Psychiatry* [Internet]. 2014;29:233–8. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2013.04.002>.
8. Alvarado-Esquível C, Sifuentes-Alvarez A, Salas-Martínez C. Adjustment Disorder in Pregnant Women: Prevalence and Correlates in a Northern Mexican City. *J Clin Med Res*. 2015;7:775–80.
9. Jacob L, Polly I, Kalder M, Kostev K. Prevalence of depression, anxiety, and adjustment disorders in women with spontaneous abortion in Germany – A retrospective cohort study. *Psychiatry Res* [Internet]. 2017;258(May):382–6. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2017.08.064>.
10. Casey P, Jabbar F. Adjustment disorder considered. *Adv Psychiatr Treat*. 2013;19:99–107.
11. Patra B, Sarkar S. Adjustment disorder: Current diagnostic status. *Indian J Psychol Med* [Internet]. 2013;35:4. Disponible en: <http://www.ijpm.info/text.asp?2013/35/1/4/112193>.
12. Fegan J, Doherty AM. Adjustment disorder and suicidal behaviours presenting in the general medical setting: A systematic review. *Int J Environ Res Public Health*. 2019;16(16).
13. Gradus JL, Antonsen S, Svensson E, Lash TL, Resick PA, Hansen JG. Trauma, Comorbidity, and Mortality Following Diagnoses of Severe Stress and Adjustment Disorders: A Nationwide Cohort Study. *Am J Epidemiol* [Internet]. 2015;182:451–8. Disponible en: <https://academic.oup.com/aje/article-lookup/doi/10.1093/aje/kwv066>.
14. Diefenbacher A, Strain JJ. Consultation-liaison psychiatry: stability and change over a 10-year-period. *Gen Hosp Psychiatry*. 2002;24:249–56.
15. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 3rd Ed. Washington, DC: American Psychiatric Association Publishing; 1980.
16. Casey P. Adjustment disorder: New developments. *Curr Psychiatry Rep*. 2014;16:1–8.
17. O'Donnell ML, Metcalf O, Watson L, Phelps A, Varker T. A Systematic Review of Psychological and Pharmacological Treatments for Adjustment Disorder in Adults. *J Trauma Stress* [Internet]. 2018;31:321–31. Disponible en: <http://doi.wiley.com/10.1002/jts.22295>.
18. Shimizu M, Pelham BW. The Unconscious Cost of Good Fortune: Implicit and Explicit Self-Esteem Positive Life Events, and Health. *Health Psychol*. 2004;23:101–5.
19. Katzman JW, Geppert CMA. Adjustment Disorders. En: Sadock BJ, Sadock VA, Ruiz P, editores. *Kaplan & Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry*. 10th Ed. Philadelphia, PA: Lippincott Williams & Wilkins; 2017. p. 2116–25.
20. Hund B, Reuter K, Härter M, Brähler E, Faller H, Keller M, et al. Stressors, symptom profile, and predictors of adjustment disorder in cancer patients Results from an epidemiological study with the composite international diagnostic interview, adaptation for oncology (CIDI-O). *Depress Anxiety* [Internet]. 2016;33:153–61. Disponible en: <http://doi.wiley.com/10.1002/da.22441>.
21. Ben-Ezra M, Mahat-Shamir M, Lorenz L, Lavenda O, Maercker A. Screening of adjustment disorder: Scale based on the ICD-11 and the Adjustment Disorder New Module. *J Psychiatr Res* [Internet]. 2018;103:91–6. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2018.05.011>.
22. Casey P. Adjustment Disorder: Epidemiology, Diagnosis and Treatment. *CNS Drugs* [Internet]. 2009;23:927–38. Disponible en: <http://link.springer.com/10.2165/11311000-00000000-00000>.
23. Kovács I, Varga A, Ali I, Bódizs R. [Dream quality, trauma and suicide in adjustment disorder]. *Psychiatr Hung*. 2010;25:62–73.
24. Balon R. Proposal to Introduce Adjustment Disorder With Disturbed Sexual Functioning Into the Revised Classifications of DSM and ICD. *J Sex Marital Ther*. 2010;36:1–5.
25. Vallejo Sánchez B. Personalidad, afrontamiento y positividad en pacientes con trastorno adaptativo (Tesis). España: Universidad Nacional de Educación a Distancia; 2015.
26. Tyrer P. Limits to the Phenomenological Approach to the Diagnosis of Adjustment Disorders. En: Casey P, Strain JJ, editores. *Trauma- and stressor-related disorders: a handbook for clinicians*. Arlington, VA: American Psychiatric Association Publishing; 2016. p. 23–36.
27. Gómez Martínez JC, López-Laguna Guerrero F, Ferragud Masía J, Abadías Guasch M. Perfil de los pacientes con trastorno adaptativo que acuden a las farmacias comunitarias españolas. *Farm Comunitarios*. 2014;6:12–24.
28. Strain JJ, Friedman MJ. Considering adjustment disorders as stress response syndromes for DSM-5. *Depress Anxiety*. 2011;28:818–23.
29. Zimmerman M, Martinez JH, Dalrymple K, Martinez JH, Chelminski I, Young D. Is the distinction between adjustment disorder with depressed mood and adjustment disorder with mixed anxious and depressed mood valid? *Ann Clin Psychiatry*. 2013;25:257–65.
30. Doherty AM, Jabbar F, Kelly BD, Casey P. Distinguishing between adjustment disorder and depressive episode in clinical practice: The role of personality disorder. *J Affect Disord* [Internet]. 2014;168:78–85. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.jad.2014.06.034>.
31. Serrano-Blanco A, Palao DJ, Luciano JV, Pinto-Meza A, Luján L, Fernández A, et al. Prevalence of mental disorders in primary care: Results from the diagnosis and treatment of mental disorders in primary care study (DASMAP). *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2010;45:201–10.
32. Rackley S, Bostwick JM. Depression in Medically ill Patients. *Psychiatr Clin North Am*. 2012;35:231–47.
33. Lu D, Andersson TML, Fall K, Hultman CM, Czene K, Valdimarsdóttir U, et al. Clinical diagnosis of mental disorders immediately before and after cancer diagnosis: A nationwide matched cohort study in Sweden. *JAMA Oncol*. 2016;2:1188–96.
34. Mitchell AJ, Chan M, Bhatti H, Halton M, Grassi L, Johansen C, et al. Prevalence of depression, anxiety, and adjustment disorder on oncological, haematological, and palliative-care settings: A meta-analysis of 94 interview-based studies. *Lancet Oncol*. 2011;12:160–74.
35. O'Donnell ML, Agathos JA, Metcalf O, Gibson K, Lau W. Adjustment disorder: Current developments and future directions. *Int J Environ Res Public Health*. 2019;16.
36. Martínez López MJ. Atención de las personas que sufren trastornos adaptativos. Herramientas asistenciales para Atención Primaria y especializada de salud mental. *Clinica Contemp*. 2018;9:1–15.

37. Osborn J, Raetz J, Kost A. Seasonal Affective Disorder Grief Reaction, and Adjustment Disorder. *Med Clin North Am*. 2014;98:1065–77.
38. Bolu A, Doruk A, Ak M, Özdemir B, Özgen F. Suicidal behavior in adjustment disorder patients. *Dusunen Adam J Psychiatry Neurol Sci*. 2012;58–62.
39. Bachynski KE, Canham-Chervak M, Black SA, Dada EO, Millikan AM, Jones BH. Mental health risk factors for suicides in the US Army, 2007–8. *Inj Prev*. 2012;18:405–12.
40. Mitrev I. A study of deliberate self-poisoning in patients with adjustment disorders. *Folia Med (Plovdiv)*. 1996;38(3–4):11–6.
41. Bauman ML, Belous CK. Using Symbolic-Experiential Family Therapy to Treat Adjustment Disorder: A Case Study. *Am J Fam Ther*. 2016;44:285–300.
42. McGregor J, Mercer SW, Harris FM. Health benefits of primary care social work for adults with complex health and social needs: a systematic review. *Health Soc Care Community*. 2018;26:1–13.
43. Domhardt M, Baumeister H. Psychotherapy of adjustment disorders: Current state and future directions. *World J Biol Psychiatry*. 2018;19(Sup1):S21–35.
44. Poal P. Introduction to the Theory and Practice of Crisis Intervention. *Quad Psicol*. 2009;121.
45. Cocksedge S, George B, Renwick S, Chew-Graham CA. Touch in primary care consultations: qualitative investigation of doctors' and patients' perceptions. *Br J Gen Pract*. 2013;63:e283–90.
46. Singh C, Leder D. Touch in the consultation. *Br J Gen Pract*. 2012;62:147–8.
47. Martínez López MJ. Tratamiento psicológico grupal de sesión única para personas que sufren trastornos adaptativos. Programa y evaluación preliminar. *Apunt Psicol*. 2017;35:131–40.
48. Bachem R, Maercker A. Self-help interventions for adjustment disorder problems: a randomized waiting-list controlled study in a sample of burglary victims. *Cogn Behav Ther*. 2016;45:397–413.
49. Skruabis P, Eimontas J, Dovydaitiene M, Mazulyte E, Zelviene P, Kazlauskas E. Internet-based modular program BADI for adjustment disorder: protocol of a randomized controlled trial. *BMC Psychiatry*. 2016;16.
50. McCallie MS, Blum CM, Hood CJ. Progressive Muscle Relaxation. *J Hum Behav Soc Environ*. 2006;13:51–66.
51. Maercker A, Bachem RC, Lorenz L, Moser CT, Berger T. Adjustment Disorders Are Uniquely Suited for eHealth Interventions: Concept and Case Study. *JMIR Ment Health*. 2015;2:e15.
52. Domínguez Rodríguez I, Prieto Cabras V, Barraca Mairal J. Un estudio de caso de trastorno adaptativo con ansiedad por situación de sobrecarga laboral. *Clin Salud*. 2017;28:139–46.
53. Kramer U, Despland JN, Michel L, Drapeau M, De Roten Y. Change in defense mechanisms and coping over the course of short-term dynamic psychotherapy for adjustment disorder. *J Clin Psychol*. 2010;66:1232–41.
54. Weber G, Michaud L, Weber O, Stiefel F, Krenz S. Les facteurs de rémission du trouble de l'adaptation: la parole aux patients. Une étude qualitative. *Ann Med Psychol (Paris)*. 2018;176:948–53.
55. Spiegel D. Mind matters in cancer survival. *Psychooncology*. 2012;21:588–93.
56. Fielden S. Review: Management of Adjustment Disorder in the Deployed Setting. *Mil Med*. 2012;177:1022–7.
57. Arends I, Bruinvels DJ, Rebergen DS, Nieuwenhuijsen K, Madan I, Neumeyer-Gromen A, et al. Interventions to facilitate return to work in adults with adjustment disorders. *Cochrane Database Syst Rev*. 2012.
58. Van der Klink JJL, Blonk RWB, Schene AH, Van Dijk FJH. Reducing long term sickness absence by an activating intervention in adjustment disorders: a cluster randomised controlled design. *Occup Environ Med*. 2003;60:429–37.
59. Stein DJ. Pharmacotherapy of adjustment disorder: A review. *World J Biol Psychiatry [Internet]*. 2018;19(sup1):S46–52. Disponible en: <https://doi.org/10.1080/15622975.2018.1492736>.
60. Janhsen K, Roser P, Hoffmann K. The Problems of Long-Term Treatment With Benzodiazepines and Related Substances. *Dtsch Aerzteblatt Online [Internet]*. 2015;112(1-2):1–7. Disponible en: <https://www.aerzteblatt.de/10.3238/arztebl.2015.0001>.
61. Schifano F, Chiappini S, Corkery JM, Guirguis A. An Insight into Z-Drug Abuse and Dependence: An Examination of Reports to the European Medicines Agency Database of Suspected Adverse Drug Reactions. *Int J Neuropsychopharmacol*. 2019;22: 270–7.
62. Stein DJ. Etifoxine Versus Alprazolam for the Treatment of Adjustment Disorder with Anxiety: a Randomized Controlled Trial. *Adv Ther*. 2015;32:57–68.
63. Van der Klink JJL, Van Dijk FJH. Dutch practice guidelines for managing adjustment disorders in occupational and primary health care. *Scand J Work Environ Health*. 2003;29:478–87.
64. Lester H, Tritter JQ, Sorohan H. Managing crisis: the role of primary care for people with serious mental illness. *Fam Med*. 2004;36:28–34.