

Universidad del Norte Santo Tomás de Aquino

Facultad de Ciencias de la Salud



**“ACONTECIMIENTO VITAL ESTRESANTE COMO DESENCADENANTE DE
UN TRASTORNO DE ADAPTACION”**

Licenciatura en Psicología

Alumna: Gimenez, Rocío Belén

Legajo: 0359

Profesora supervisora: Lic. Galván Moreno, Mónica

Año: 2021

INDICE

CAPÍTULO I: Introducción	4
CAPITULO II: Marco Teórico	6
1. Acontecimiento Vital	6
1.1 Acontecimiento vital estresante	6
1.2.1 Clasificación	7
1.2.2 Acontecimiento vital estresante y Salud mental	8
2. Los trastornos adaptativos	9
2.2 Definición y clasificación del Trastorno de Adaptación (TA) según las principales clasificaciones diagnosticas: DSM Y CIE10.....	10
2.2.1 El TA según la Asociación Psiquiátrica Americana: Los DMS.....	10
2.1.2 El TA según la Organización mundial de la Salud: los sistemas CIE.....	14
2.1.3 Comparación entre subtipos según las clasificaciones CIE-10 y DSM V.....	17
2.2 Características Clínicas	17
2.2.1 Prevalencia.....	17
2.2.2 Curso.....	19
2.2.3 Diagnóstico diferencial	19
2.2.4 Comorbilidad	20
2.3 Modelos explicativos de los TA.....	20
2.3.1 Teorías generales del estrés.....	21
2.3.2 Modelos teóricos específicos de los TA	24
2.4 Evaluación de los TA	26
2.4.1 Instrumentos Diagnósticos	27
2.5 Tratamiento de los TA.....	27
2.5.1 Abordaje Psicoterapéutico.....	28

2.5.2	Abordaje Farmacológico.....	31
3	CAPÍTULO III: Metodología	32
3.1	Diseño de Investigación	32
3.2	Pregunta de Investigación.....	33
3.3	Objetivos: general y específicos.....	33
3.3.1	Objetivo general:.....	33
3.3.2	Objetivos específicos:.....	34
3.4	Instrumentos de recolección de datos.....	34
3.5	Contexto.....	34
3.6	Procedimiento	35
3.7	REGISTRO CLÍNICO DEL CASO:.....	36
4	CAPÍTULO IV: Conclusiones	43
4.1	Conclusión	43
4.2	Limitaciones	44
4.3	Propuestas	45
5	REFERENCIAS	47

CAPÍTULO I: Introducción

Este trabajo nace a partir del proceso de prácticas profesionales pertenecientes al área de psicología clínica, realizadas en el Hospital de Santa Ana, ubicado en el sur de la provincia de Tucumán. Fue en este proceso de prácticas, y a partir de la labor con un paciente en particular, que aflora el interés por llevar a cabo la presente investigación. La misma tiene por objetivo describir cómo influye la vivencia de un acontecimiento vital estresante en el desencadenamiento de un trastorno de adaptación.

Los Trastornos Adaptativos (TA) se definen como una reacción de desajuste (inadaptación) ante uno o más acontecimientos estresantes. Estos trastornos tienen una alta prevalencia, afectando a un porcentaje muy elevado de pacientes que acuden a los Centros de Salud (Baños et al., 2008). Constituyen uno de los problemas psicológicos más frecuentes en los contextos de atención primaria y hospitalaria, por este motivo se hace necesario abordarlo dentro de la práctica clínica, psicoterapéutica y de ser necesario, psiquiátrica.

Como se expone a lo largo del presente trabajo, se considera de suma importancia para la comprensión de este trastorno, tener en cuenta factores como la naturaleza del factor estresante, la significación que el sujeto hace del mismo, la sintomatología clínica observada a partir de dicho estresante y la vulnerabilidad psicológica preexistente.

En esta investigación, se llevó a cabo un abordaje teórico-clínico, utilizando como metodología de investigación el estudio cualitativo de caso único de un paciente diagnosticado con esta patología. Con esta finalidad, se revisa en profundidad y de manera sistemática conceptos como acontecimiento vital, estrés, acontecimiento vital estresante y trastorno de adaptación.

Una vez revisados los textos se procede al abordaje clínico del caso, partiendo de su análisis y comprensión a través de los registros obtenidos en las entrevistas preliminares y sesiones de escucha. En los encuentros con el sujeto se obtuvieron emergencias discursivas por parte del paciente, así como elementos, observaciones y apreciaciones propias de la clínica.

La fundamentación teórica y empírica de este trabajo se basará en información extraída de diferentes fuentes: libros especializados, manuales diagnósticos, artículos científicos, tesis de grado y postgrado y páginas web.

Palabras claves: Acontecimiento vital, estrés, acontecimiento vital estresante, trastorno de adaptación.



CAPITULO II: Marco Teórico

Todas las personas nos enfrentamos a sucesos negativos o estresantes a lo largo de nuestra vida. Sin embargo, algunas personas, ante determinados acontecimientos, no reaccionan de modo adaptativo. Cuando estas reacciones desadaptadas generan un intenso malestar e interfieren en la vida de la persona pueden desencadenar un trastorno de adaptación (Perales et al., 1998).

1. Acontecimiento Vital

A lo largo de todo el ciclo vital el ser humano está expuesto a situaciones, estímulos o circunstancias que ocurren de forma inesperada provocando cambios o reajustes en la vida del sujeto. Éstas, se han denominado *life events*, sucesos vitales o acontecimientos vitales (AV) (Ferreira et al., 2012).

Suarez, (2010) considera que dichos acontecimientos vitales son relevantes en la vida de las personas y estas los reconocen como importantes para su cambio evolutivo. Así, la muerte de familiares, las buenas o malas experiencias académicas, los cambios de residencia, etc., son datos importantes para las personas que pueden influir en sus comportamientos posteriores con otras personas o en la forma en que afrontan determinadas situaciones.

Los AV pueden categorizarse como positivos o negativos, y su percepción como tales depende de la interrelación de los factores personales del sujeto y los factores del entorno (Ferreira et al., 2012).

1.1 Acontecimiento vital estresante

Cuando un acontecimiento vital genera un cambio en la vida del sujeto y es percibido como negativo o no deseable, se denomina AVE (Acontecimiento vital estresante) (Suarez, 2010). Para Gasull (2006), un AVE es un evento brusco de tipo externo que puede producir malestar o desadaptación social y conducir al desarrollo de padecimientos físicos o psicológicos como

consecuencia del fracaso de una persona al no superar su adaptación al estrés.

Otra definición se centra en las circunstancias o condiciones ambientales que amenazan, desafían o dañan las capacidades psicológicas o biológicas del individuo, e incluyen acontecimientos traumáticos agudos, como abuso sexual y físico, desastres o acontecimientos crónicos como la pobreza, o una enfermedad crónica individual o familiar (Jimenez et al., 2008).

1.2.1 Clasificación

Dentro del campo de investigación, se observa la existencia de una gran variabilidad de tipos de AVE” s. Debido a ello, algunos autores los han clasificado de acuerdo con el periodo vital en el que ocurren (p. ej. la infancia, adolescencia o la edad adulta), o bien en base al contexto social donde se originan (p.ej. el núcleo familiar, el trabajo, los estudios u otras relaciones interpersonales) (Aybar-Zurita, 2007). Otras aportaciones han propuesto una clasificación más detallada de cada AVE y los han agrupado de acuerdo con el impacto que estos ejercen sobre la integridad física y emocional de las personas que lo experimentan (Grant et al., 2003 citado en Saeb-Martinez, 2016).

En cuanto a esta última clasificación de Grant et al, (2003), los AVE” s se clasifican en tres categorías: La primera de ellas está compuesta por los “*Acontecimientos traumáticos agudos*”, entre los que se destacan los desastres naturales y los causados por el hombre, la traumatización por abuso físico, emocional y sexual, así como también la traumatización debida a la exposición a la violencia en la vecindad o violencia extrema ambiental. El segundo grupo clasificatorio está conformado con los “*Acontecimientos que producen estrés crónico*” como por ejemplo la exposición a la pobreza o a las dificultades económicas, a las enfermedades crónicas individuales o familiares, la exposición crónica al maltrato y/o negligencia. Finalmente, la tercera categoría engloba la “*Acumulación de los sucesos vitales estresantes y las dificultades de la vida cotidiana*”, en la que se considera la presencia de experiencias del desarrollo como la transición del colegio, primeras citas

amorosas incluso las menos frecuentes como la separación de los padres (Grant et al., 2003 citado en Saeb-Martinez, 2016).

1.2.2 Acontecimiento vital estresante y Salud mental

Cuando la trayectoria vital es acompañada de la presencia de importantes sucesos vitales estresantes, estos pueden generar efectos en la salud tanto física como psicológica. Es por ello que, la ocurrencia de acontecimientos vitales estresantes es uno de los principales factores de riesgo para el buen ajuste y desarrollo de la vida de una persona (Valero et al., 2016).

Al examinar los efectos de los AVE” s en la salud mental se hace necesario mencionar y definir el estrés. El estrés, es el resultado del impacto y de la respuesta global personal, biológica y conductual ante el acontecimiento vital estresante (Batlle, 2007). Trucco, por su parte, en su artículo “*estrés y trastornos mentales: aspectos neurobiológicos y psicosociales*” (2002), define al estrés como el conjunto de procesos y respuestas neuroendocrinas, inmunológicas, emocionales y conductuales ante situaciones que significan una demanda de adaptación mayor que lo habitual para el organismo, y/o son percibidas por el individuo como amenaza o peligro, ya sea para su integridad biológica o psicológica. La amenaza puede ser objetiva o subjetiva; aguda o crónica. En el caso de estrés psicológico lo crucial es el componente cognoscitivo de la apreciación que el sujeto hace de la situación. Se produce estrés cuando existe una discrepancia importante entre las capacidades del individuo y las demandas o exigencias de su medio ambiente. Del mismo modo, puede producirse estrés cuando la discrepancia que existe entre las expectativas que la persona tiene y lo que su realidad ofrece es significativa. De acuerdo con este autor, el estrés psicológico tiene un rol importante en el desencadenamiento y evolución de los trastornos mentales” (Trucco, 2002).

Canalda y Carbonés (2015) señalaron que, cualquier acontecimiento puede llegar a ser un estresor en algún momento, en función no tanto o no solo del tipo de circunstancia de que se trate, sino también de cómo la persona responda o afronte dicha circunstancia. De este modo, la potencialidad de un evento para impactar en la vida de una persona estará relacionada, entre otros, con el tipo de apreciación que haga del mismo, las características individuales

que determinan el grado de vulnerabilidad, las estrategias de afrontamiento disponibles y las claves contextuales en las que dicha persona se encuentre inmersa (Jimenez et al., 2008).

Valero y colaboradores (2006) hablan de factores mediadores, que están relacionados al hecho de que no todas las personas se ven afectadas de la misma manera ante un acontecimiento estresante. Entre los principales factores de riesgo y protección encontrados en la literatura estarían:

En primer lugar, ciertos rasgos de personalidad podrían llegar a considerarse como un factor de protección. Así, personas que se caracterizarían por el control emocional, una autoestima adecuada, un estilo de vida equilibrado, unas aficiones gratificantes, una vida social estimulante, un mundo interior rico y una actitud positiva ante la vida.

Por otra parte, un nivel bajo de inteligencia, una fragilidad emocional previa y una mala adaptación a los cambios, así como una sensación de fatalismo y una percepción de lo sucedido como algo extremadamente grave e irreversible, podría contribuir a generar una sensación de indefensión y de desesperanza aumentando el riesgo de patología ante historias de vida marcadas por la adversidad.

2. Los trastornos adaptativos

Todas las personas nos enfrentamos a sucesos negativos o estresantes a lo largo de nuestra vida. Sin embargo, algunas personas, ante algunos acontecimientos, no reaccionan de modo adaptativo. En algunas ocasiones, estas reacciones desadaptadas no son ni graves ni duraderas, por lo que no se debe establecer un diagnóstico psicopatológico, pero en otras ocasiones generan un intenso malestar e interfieren en la vida de la persona. Los Trastornos Adaptativos (TA) se definen como una reacción de desajuste (inadaptación) ante uno o más acontecimientos estresantes. Estos trastornos tienen una alta prevalencia, afectando a un porcentaje muy elevado de pacientes que acuden a los Centros de Salud (Baños et al., 2008).

2.2 Definición y clasificación del Trastorno de Adaptación (TA) según las principales clasificaciones diagnósticas: DSM Y CIE10

En la actualidad la clasificación de las enfermedades mentales se basa en dos de los sistemas diagnósticos de mayor aceptación entre los clínicos: la *décima Clasificación Internacional de las Enfermedades (CIE10)* realizada por la Organización Mundial de la Salud (OMS, 1992) y la *quinta edición del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM V)* publicada por la Asociación Psiquiátrica Americana (APA, 2013).

Una clasificación de enfermedades puede definirse como un "sistema de categorías a las cuales se asignan entidades morbosas de acuerdo con criterios establecidos" (Fierro, 1996). Su objetivo es permitir el registro sistemático, el análisis, la interpretación y la comparación de los datos de mortalidad y morbilidad recolectados en diferentes países o áreas y en diferentes épocas. Su utilidad consiste en convertir los términos diagnósticos y de otros problemas de salud, de palabras a códigos alfanuméricos que permiten su fácil almacenamiento y posterior recuperación para el análisis de la información (OMS,1995).

2.2.1 El TA según la Asociación Psiquiátrica Americana: Los DMS

Desde la primera edición del DSM en 1952 se incluyó una categoría diagnóstica para codificar aquellas situaciones en las que una persona presentaba sintomatología emocional y conductual diversa como reacción a un estresor psicosocial, bajo el epígrafe de "Trastorno de la Personalidad Situacional Transitorio". Posteriormente, en 1968 el DSM-II lo recogió bajo el término "reacción de Adaptación". El término "Trastorno Adaptativo" no apareció hasta la tercera edición del DMS en 1980 (Andreu, 2011). El TA fue definido por el DSM-III (APA,1980) como un diagnóstico transitorio que se presenta ante un estresor psicosocial y no excede los seis meses de duración (Vallejo, 2015).

A partir del DSM-III-R (APA,1987) ya se comienza a utilizar una escala de severidad de acontecimientos estresantes o ansiógenos psicosociales que

deben ser codificados en el eje 4 de su sistema diagnóstico multiaxial. (Batlle, 2007).

En el DSM-IV (APA,1994), el TA deja de considerarse un trastorno transitorio y se contempla la posibilidad de diagnosticar formas crónicas cuando los síntomas, que inicialmente habían aparecido relacionados a un estresor, se desligan de este para persistir durante más de seis meses incluso después de que el estresor o sus consecuencias hayan dejado de ejercer influencia en la persona. En el DSM IV-TR (APA, 2000), no se producen cambios importantes en los criterios diagnósticos, únicamente se actualizó la información sobre sus características, específicamente, sobre la comorbilidad, prevalencia y curso (Vallejo, 2015).

Finalmente, en la última versión, el DSM-V (2013), el TA deja de clasificarse en un apartado separado y pasa a incluirse en un nuevo apartado “trastornos relacionados con el trauma y factores de estrés” considerándose que el factor crítico de los trastornos incluidos en este apartado, es la vulnerabilidad individual o la inhabilidad para afrontar las demandas de la situación más que las características específicas del evento. Este apartado incluye los siguientes trastornos además del TA:

- Trastornos de estrés agudo (TEA).
- Trastorno de estrés postraumático (TEPT).
- Trastorno de Apego reactivo infantil.
- Trastorno de relación social desinhibida.
- Otros trastornos relacionados con el trauma y factores de estrés.
- Trastorno relacionado con traumas y factores de estrés no especificados.

En cuanto a los criterios diagnósticos, no se producen cambios importantes, excepto a en lo que se refiere a los criterios de exclusión, debiéndose descartar que los síntomas se deban a la presencia de otro trastorno mental o que supongan la exacerbación de un trastorno preexistente (ver *Cuadro 1*). Además, desaparece el criterio de exclusión respecto al duelo.

En versiones anteriores no se aplicaba este diagnóstico cuando los síntomas eran consecuencia de una reacción de duelo, independientemente de sus características, pero a partir de la quinta edición, puede realizarse el diagnóstico de TA si se considera que los síntomas no son consecuencia como una reacción de duelo normal (Vallejo, 2015).

Continúa considerándose como característica principal del TA, el desarrollo de síntomas emocionales o comportamentales en respuesta a un estresante identificable, siendo necesario para su diagnóstico la presencia de un malestar intenso y superior al esperable dada la naturaleza del estresante y/o un deterioro en al menos un área de funcionamiento (social, laboral). Únicamente se añade la especificación de que para valorarse si el malestar es normal o patológico deben considerarse factores contextuales o culturales (Vallejo, 2015).

Se conservan los mismos parámetros temporales, debiendo los síntomas aparecer en los tres meses siguientes al inicio del estresor, con una duración de no más de seis meses luego de la desaparición del estresor o de sus consecuencias. Sin embargo, en presencia de un estresor crónico (p. ej., una enfermedad médica incapacitante o crónica) o un estresante con repercusiones importantes (p.ej., dificultades económicas o emocionales), los síntomas pueden persistir por un periodo más prolongado (APA, 2013).

Cuadro 1. Criterios Diagnósticos del TA según el DSM-V (APA,2013).

A. Desarrollo de síntomas emocionales o comportamentales en respuesta a un factor o factores de estrés identificados que se producen en los 3 meses siguientes al inicio del factor(es) de estrés.

B. Estos síntomas o comportamientos son clínicamente significativos, como se pone de manifiesto por una o las dos características siguientes: (1) malestar intenso desproporcionado a la gravedad o intensidad del factor de estrés, teniendo en cuenta el contexto externo y los factores culturales que podrían influir en la gravedad y la presentación de los síntomas (2) deterioro significativo en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento

C. La alteración relacionada con el estrés no cumple los criterios para otro trastorno mental y no es simplemente una exacerbación de un trastorno

mental preexistente. D. Los síntomas no representan el duelo normal.

E. Una vez que el factor de estrés o sus consecuencias han terminado, los síntomas no se mantienen durante más de otros seis meses.

Especificar si:

- Agudo: si la alteración dura menos de 6 meses
- Crónico: si la alteración dura 6 meses o más Los TA son codificados según el subtipo, que se selecciona de acuerdo con los síntomas predominantes.

El estresante específico puede señalarse en el Eje IV.

El DSM-V continúa conservando en su clasificación, los mismos subtipos, en función a los síntomas predominantes:

El subtipo **TA con estado de ánimo deprimido**: En este subtipo predominan síntomas del tipo depresivo, como llanto o desesperanza.

El subtipo **TA con ansiedad**: Requiere que sus manifestaciones predominantes sean síntomas como nerviosismo, preocupación o inquietud; o, en los niños, miedo a la separación de las figuras con mayor vinculación.

El subtipo **TA mixto con ansiedad y estado de ánimo deprimido**: Debe diagnosticar esta especificación cuando las manifestaciones dominantes son una combinación de ansiedad y depresión.

El subtipo **TA con alteración de conducta**: debe usarse cuando la manifestación predominante es una alteración del comportamiento, en la que hay una violación de los derechos de los demás o de las normas y reglas sociales apropiadas a la edad (p. ej., vagancia, vandalismo, conducción irresponsable, peleas e incumplimiento de las responsabilidades legales).

El subtipo **TA con alteración mixta de las emociones y el comportamiento**, las manifestaciones predominantes son tanto síntomas emocionales (p. ej., depresión y ansiedad) como trastorno de comportamiento.

Por último, el subtipo **TA sin especificar** debe usarse para las reacciones desadaptativas (p. ej., quejas somáticas, aislamiento social,

inhibición académica o laboral) a estresantes psicosociales que no son clasificables como uno de los subtipos específicos de TA (APA, 2013).

2.1.2 El TA según la Organización mundial de la Salud: los sistemas CIE

Actualmente, la clasificación más utilizada en los centros de salud públicos asistenciales es el CIE-10.

La Organización Mundial de la Salud incluye, a partir del CIE-8 (OMS, 1967), la categoría diagnóstica “reacciones situacionales transitorias” para categorizar los síntomas que emergían como consecuencia de la vivencia de una situación estresante. La Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE) incorpora el término “reacción adaptativa” desde su novena revisión en 1978 (Gomez et al., 2017).

En cuanto a su décima Clasificación Internacional de Enfermedades, (CIE-10) ha seguido una evolución bastante similar a la clasificación de la APA. En ésta, los TA se incluyen dentro del apartado de “Trastornos neuróticos, secundarios a situaciones estresantes y somatomorfos”, en el subapartado “Reacciones a estrés grave y trastornos de adaptación”, junto a la “Reacción a estrés agudo” y el “Trastorno de Estrés Postraumático”, al igual que ocurre en el DSM-V. Este sistema diagnóstico define a los TA como *“estados de angustia subjetiva y de perturbación emocional, que habitualmente interfieren con el funcionamiento y con el desempeño social, que surgen en la fase de adaptación a un cambio vital significativo o a un suceso vital estresante. El factor estresante puede haber afectado la integridad de la red de relaciones sociales de la persona (duelo, experiencias de separación), puede haber alterado el sistema más amplio de sus fundamentos y valores sociales (migración, condición de refugiados), o bien puede haber representado una transición o una crisis importante en su desarrollo (ingreso a la escuela, paternidad, fracaso en la obtención de una meta personal esperada, jubilación). La predisposición o la vulnerabilidad individual desempeñan un papel importante en el riesgo de presentación y en la configuración de las manifestaciones de los trastornos de adaptación, si bien se acepta que la afección no habría surgido sin la acción del factor estresante”* (OMS, 1992).

Por lo tanto, el CIE-10 establece que se requieren dos condiciones para su diagnóstico: la presunción de que el trastorno no se hubiera dado de no haber acontecido el hecho estresante; y la necesidad de que pueda demostrarse una relación temporal entre dicho acontecimiento y la aparición de los síntomas. Además, la CIE-10 señala que la predisposición o la vulnerabilidad individual son factores a tener en cuenta en relación al riesgo de aparición y a la forma de expresión de las manifestaciones de este trastorno, retomando una visión más humanística y global del individuo (Andreu, 2011).

A diferencia del DSM-V, que exige que los síntomas se inicien en los tres meses posteriores al acontecimiento estresante, en los Criterios diagnósticos del CIE-10 (ver *cuadro 2*) se aclara que los síntomas pueden iniciarse en el primer mes, siendo por tanto un criterio temporal más flexible. En cuanto a la duración del trastorno indica que este “rara vez excede los seis meses, excepto para la reacción depresiva prolongada, que puede llegar a los dos años”. En lo que respecta al acontecimiento vital estresante, la CIE-10 indica que puede ser de diversa índole “El agente estresante puede afectar la integridad de la trama social de la persona (experiencias de duelo, separación) o al sistema más amplio de los soportes y valores sociales, pudiendo afectar solo al individuo o al grupo al que pertenece o a la comunidad” (OMS, 1992).

En relación a las manifestaciones Clínicas, este sistema de clasificación señala que son variadas e incluyen “humor depresivo, ansiedad, preocupación (o una mezcla de todas ellas); sentimiento de incapacidad para afrontar los problemas, de planificar el futuro o de poder continuar en la situación presente y un cierto grado de deterioro del cómo se lleva a cabo la rutina diaria”. También indica que las expresiones “dramáticas o explosiones de violencia” pueden ocurrir, pero son raras, sin embargo, los trastornos disociales (comportamiento agresivo o antisocial) pueden ser “característica sobreañadida especialmente en adolescentes” (OMS, 1992).

Respecto al duelo, el CIE-10 permiten el diagnóstico de TA en esos casos (al igual que el DSM-V) y enumera una serie subtipos teniendo en cuenta las manifestaciones clínicas (ver *cuadro 2*)

Cuadro 2. Criterios Diagnósticos del TA según el CIE-10 (OMS, 1992).

Pautas para el diagnóstico

a) La forma, el contenido y la gravedad de los síntomas.

b) Los antecedentes y la personalidad.

c) El acontecimiento estresante, la situación o la crisis biográfica.

- Incluye las reacciones de duelo.

- Si se satisfacen las pautas de trastorno de adaptación, la forma clínica o manifestación predominantes pueden ser especificadas mediante un quinto carácter adicional:

F43.20 Reacción depresiva breve: Estado depresivo moderado y transitorio cuya duración no excede de un mes.

F43.21 Reacción depresiva prolongada: Estado depresivo moderado que se presenta como respuesta a la exposición prolongada a una situación estresante, pero cuya duración no excede los dos años.

F43.22 Reacción mixta de ansiedad y depresión: Tanto los síntomas de ansiedad como los depresivos son destacados, pero no mayores que en el grado especificado para el trastorno mixto de ansiedad y depresión (F41.2) u otro trastorno mixto por ansiedad (F41.3).

F43.23 Con predominio de alteraciones de otras emociones: Los síntomas suelen incluir otros tipos de emoción, preocupación, tensiones e ira, o en niños, conducta regresiva como enuresis o succión del pulgar. Si hay síntomas de ansiedad y depresión pueden satisfacer las pautas de trastorno mixto de ansiedad y depresión (F41.2) o de otros trastornos mixtos de ansiedad (F41.3) pero no son lo suficientemente relevantes como para un diagnóstico más específico.

F43.24 Con predominio de alteraciones disociales: La alteración principal es la del comportamiento, por ejemplo, una reacción de pena o dolor en un adolescente que se traduce en un comportamiento agresivo o disocial.

F43.25 Con alteración mixta de emociones y disociales: Tanto los síntomas emocionales como el trastorno del comportamiento son manifestaciones destacadas.

F43.28 Otro trastorno de adaptación con síntomas predominantes especificados.

La CIE-10 excluye los agentes estresantes del tipo “inusual o catastrófico”, solo requiere que las alteraciones emocionales generen un deterioro que interfieran en la vida diaria. El DSM-V permite el diagnóstico en el caso de acontecimientos estresantes de carácter extremo, siempre que no se cumplan con los criterios diagnósticos del Trastorno de Estrés Postraumático o del Trastorno de Estrés Agudo (Batlle, 2007).

Otra diferencia reside en que, la CIE-10 distingue entre la reacción depresiva breve (que no se prolonga más allá de 6 meses) y reacción depresiva prolongada (que puede tener una duración superior a los 6 meses, pero menor a los dos años) (Batlle, 2007).

2.1.3 Comparación entre subtipos según las clasificaciones CIE-10 y DSM-V.

CIE-10	DSM-V
Reacción depresiva breve.	TA con estado de ánimo deprimido.
Reacción depresiva prolongada.	Mixto, con ansiedad y estado de ánimo depresivo.
Reacción mixta de ansiedad y depresión.	Con ansiedad.
Con predominio de alteraciones de otras emociones.	Con trastorno de comportamiento.
Con predominio de alteraciones disociales.	Con alteración mixta de las emociones y el comportamiento.
Con alteración mixta de emociones y disociales.	No especificado.
Otro trastorno de adaptación con síntomas predominantes especificados.	

2.2 Características Clínicas

2.2.1 Prevalencia

Según la APA (2013), los trastornos adaptativos constituyen un diagnóstico frecuente, aunque el patrón epidemiológico varía ampliamente en función de la población estudiada y de los métodos de evaluación, con prevalencias desde un 1 a un 50%. Indica además que, este diagnóstico se da en hasta un 50% en poblaciones especiales que han sufrido un acontecimiento estresante.

Los TA presentan aparentemente una elevada prevalencia, siendo uno de los problemas psicológicos más frecuentes en los contextos de atención primaria y hospitalaria: 21% aprox. de adultos tratados en régimen ambulatorio (APA, 1994 citado en Moles et al., 2009) y con una incidencia estimada del 7,1 % en admisiones psiquiátricas hospitalarias (Greenberg et al., 1995 citado en Moles et al., 2009).

A pesar de su marcada prevalencia, Los TA no fueron incluidos en los grandes estudios de epidemiología psiquiátrica, a excepción del proyecto ODIN (Outcome of Depression International Network Project). La muestra fue recogida en cinco países europeos (Finlandia, Irlanda, Noruega, España y Reino Unido) cuyo objetivo era el detectar trastornos con sintomatología depresiva siguiendo los criterios de la CIE-10 por lo que solo tuvo en consideración únicamente el subtipo de TA con estado de ánimo depresivo. La prevalencia global del TA con estado de ánimo depresivo encontrada fue del 0,3% pero esta cifra varía de forma notable en función del país (Andreu, 2011). En otro estudio con población general anciana se encontró una prevalencia del 2,3%, similar a la del trastorno depresivo mayor (Maercker et al., 2008 citado en Vallejo, 2015).

En poblaciones con enfermedades médicas los estudios de prevalencia de estos trastornos son más frecuentes. Así en una revisión sistemática sobre la prevalencia de trastornos mentales en enfermedades médicas se encuentra que los TA aparecen en un 15% de estos pacientes por encima de otros trastornos depresivos (Mitchell A., 2011 citado en Gómez et al., 2017).

Una razón para la escasa atención científica que ha recibido el trastorno adaptativo, a pesar de su elevada presencia en el ámbito clínico, es la

inestabilidad que se le atribuye a su diagnóstico, y que haya estado subordinado a otros trastornos (Gomez et al., 2014).

2.2.2 Curso

Según la CIE-10 (OMS, 1992) los síntomas del TA deben iniciarse poco después del estresor, generalmente en el mes posterior, y en base a los criterios del DSM-V (APA, 2013), dentro de los 3 meses siguientes al inicio del estresante. Además, los síntomas no se presentan más de 6 meses después de que el estresor o sus consecuencias hayan cesado. Si el acontecimiento estresante persiste o sus consecuencias se mantienen en el tiempo, el trastorno también puede prolongarse. El DSM-V señala que debe especificarse si el TA es agudo o crónico. En relación a esto, algunos autores apuntan a la alta frecuencia de las formas de TA crónico, superior a los 6 meses (Azocar y Greenwood, 2007 citado en Vallejo, 2015).

Los estudios sugieren que los adultos con trastornos adaptativos tienen mejor pronóstico que los adolescentes que presentan este tipo de trastornos, ya que éstos tienen riesgo de desarrollar enfermedades psiquiátricas graves. Aparecen por igual en todas las razas y en todos los grupos de edad. Asimismo, la evidencia indica que los pacientes con un nivel socioeconómico más alto se diagnostican más de trastornos adaptativos (Benton TD, 2009 citado en (Gomez et al., 2017). Los datos recogidos y unificados en el trabajo de Casey et al. (2001) indican que un 79% de los adultos diagnosticados de TA se encuentran bien a los 5 años; la mayor parte de los síntomas se resuelven rápidamente; menos del 17% desarrollan un curso crónico y solo un 2% comete suicidio.

2.2.3 Diagnóstico diferencial

En cuando al diagnóstico diferencial, hasta el DSM-IV TR, era necesario distinguir el TA de otros trastornos de los Ejes I (trastornos clínicos y otros problemas de atención clínica) y II (Trastorno de la personalidad y retraso mental), que puedan presentar algún tipo de sintomatología común para justificar su entidad diagnóstica (Andreu, 2011).

Según el DSM-V (APA, 2013), el TA debe ser distinguido principalmente de: el TDM (Trastorno depresivo mayor), el TEPT (Trastorno de estrés post

traumático), el TEA (trastorno de estrés agudo), los TP (Trastornos de la Personalidad), el diagnóstico de Factores psicológicos que influyen en otras condiciones médicas y las reacciones normales de estrés.

Tanto el CIE-10 como el DSM-V especifican que si se reúnen criterios para otro diagnóstico más específico se descartaría el del TA, considerando por lo tanto a esta categoría como una categoría residual, aunque en ocasiones el diagnóstico diferencial puede resultar complicado incluso para profesionales más experimentados.

2.2.4 Comorbilidad

Según el análisis realizado por Castañeda (2013) se encontró una alta frecuencia de comorbilidad de los TA con otros diagnósticos psiquiátricos, especialmente con los trastornos de personalidad, los trastornos mentales orgánicos y el abuso de sustancias. Con menos frecuencia se asocia a otras entidades como la esquizofrenia o los trastornos afectivos. Parece también que los pacientes con este tipo de trastornos tienen mayor mortalidad, la cual se encuentra asociada a mayor riesgo de intentos de suicidio. Estos pacientes presentan los mismos factores de riesgo para las conductas suicidas que las que tienen otros trastornos psiquiátricos. Además, según la APA (2013), con frecuencia los TA acompañan a las enfermedades médicas y son la principal respuesta a éstas.

Sin embargo, hay que remarcar el hecho de que, aunque las personas tengan otro diagnóstico, ello no impide que puedan experimentar, en algún momento, una relación adversa relacionada con un suceso estresante que sea significativa y que requiera de intervención específica (Andreu, 2011).

2.3 Modelos explicativos de los TA

Al hablar de los TA es necesario resaltar que no existe un único modelo que explique el fracaso en el proceso de adaptación que una persona debe realizar ante el estrés.

En primer lugar, desarrollare las teorías que se encargan de abordar la problemática del estrés de manera general, para posteriormente describir algunas teorías más específicas en relación con los TA.

2.3.1 Teorías generales del estrés.

Dentro del campo de estudio de la psicología, pueden resaltarse tres grandes orientaciones teóricas en relación al estrés, cada una fija la atención en componentes específicos del fenómeno.

a) **Las teorías basadas en la respuesta** enfatizan el componente de la respuesta fisiológica. El mayor exponente es Selye, que considera el estrés como un agente desencadenante, ya que atenta contra la homeostasis del organismo y que resulta en una respuesta fisiológica inespecífica que implica una activación del eje hipotalámico-hipofisico-suprarrenal y del sistema nervioso central. A este proceso lo denominó "Síndrome de Adaptación General". (Vallejo, 2015). Selye describe este síndrome en un artículo publicado en Nature en 1936, describiéndolo como "una respuesta inespecífica del organismo a la enfermedad". (Espinoza, et al.,2018). En su revisión bibliográfica, estos autores plantean que Selye concibe al síndrome de adaptación general como un sistema de tres fases claramente diferenciadas:

- Fase de alarma en la cual el organismo percibe un agente que identifica como nocivo y genera una respuesta inicial de alerta. Reacción intensa de corta duración.
- Fase de resistencia: el organismo desencadena la actividad autónoma, busca adaptarse al agente nocivo (estresor) y desaparecen los síntomas iniciales. Aumenta el estado de alerta y mejora la respuesta física.
- Fase de agotamiento: si el estresor continúa se produce el daño, el colapso, reaparecen los síntomas, hay una ruptura de los procesos de recuperación, siendo posible que el proceso culmine con la muerte.

A pesar de que el modelo de Selye proporcionó una teoría general de las reacciones del organismo ante una amplia variedad de estresores, fueron las aportaciones posteriores las que incluyeron la valoración psicológica de los acontecimientos estresores (Lucas, 2017).

b) **Las teorías basadas en el estímulo**, que enfatizan en el componente externo o estresor. El grupo de Holmes es uno de los responsables del

desarrollo de esta perspectiva conocida como “enfoque psicosocial del estrés” o “enfoque de sucesos vitales”. Esta línea parte de que ciertos acontecimientos vitales inducen algún tipo de cambio en el organismo, lo cual produce una necesidad de reajuste (Vallejo, 2015). Estos autores iniciaron una línea de investigación muy fructífera que consiguió cuantificar el potencial estresante de diversos sucesos vitales y que culminó con la creación de la Escala de Reajuste Social (Holmes y Rahe, 1967), que establece un baremo relativo al desajuste, medido en Unidades de Cambio Vital (UCV) que producen en la vida de las personas los Acontecimientos Vitales Estresantes que experimentan (Lucas, 2017). Progresivamente fueron surgiendo nuevos desarrollos en la perspectiva psicosocial que incluyen diversas dimensiones de evaluación de la situación, tales como el impacto del estrés (estrés percibido) la controlabilidad, la predictibilidad, la novedad, la valencia (positiva y negativa) etc (Vallejo, 2015).

c) Por último, **las teorías basadas en la interacción** que enfatizan los factores psicológicos o subjetivos (cognitivos) que median entre los agentes estresantes y las respuestas fisiológicas. La teoría transaccional de Lazarus y Folkman (1984), principal exponente de esta perspectiva mantiene que el hecho de que un estímulo estresante de lugar a una reacción de estrés depende fundamentalmente de la valoración que realiza el sujeto, que puede ser de tres tipos:

- La valoración primaria se refiere a la evaluación del significado del estresor o la amenaza. Se produce en cada encuentro con algún tipo de demanda externa o interna y puede dar lugar a cuatro modalidades de evaluación: amenaza (anticipación al daño), daño-perdida (percepción del daño ya producido), desafío (posibilidad de ganancia de pérdida) o beneficio (que no induce a reacciones de estrés).
- La valoración secundaria se refiere a la valoración de la controlabilidad del estresor y de los propios recursos de la persona para afrontar la situación, ya sean habilidades de afrontamiento (*coping*), apoyo social o recursos materiales.

- Por último, la reevaluación implica los procesos de feedback que acontecen a medida que se desarrolla la interacción entre el individuo y las demandas externas o internas y que permite que se produzcan correcciones sobre las valoraciones previas (Vallejo, 2015).

En suma, se entiende el estrés como un proceso interrelacional, una relación particular entre la persona y la situación que se produce cuando la persona valora que las demandas exceden sus recursos de ajuste y hacen que peligre su bienestar (Lazarus y Folkman, 1984).

Este enfoque ha continuado vigente en la actualidad con las aportaciones de otros autores, destacando especialmente a Sandín (1999) y su desarrollo del *Modelo Procesual del Estrés*. Según este modelo, el estrés implica un conjunto complejo de variables que funcionan a diferentes niveles y que interaccionan entre sí diacrónicamente.

Los elementos esenciales del proceso serían:

- 1) La presencia de agentes externos (psicosociales o biogénicos) o internos (físicos o cognitivos-psicológicos).
- 2) Los procesos de evaluación cognitiva de la demanda (sobre el tipo y características de la demanda).
- 3) Las estrategias de afrontamiento, que serían las respuestas conductuales resultantes de las etapas anteriores (y que constituirían variables mediadoras entre las demandas y las respuestas).
- 4) Las respuestas psicológicas (principalmente respuestas emocionales, como depresión, ansiedad u hostilidad) y fisiológicas (principalmente en los ejes neural, neuroendocrino o endocrino) que constituyen la reacción al estrés.
- 5) La influencia de variables moduladoras asociadas a elementos predisposicionales y sociodemográficos, sobre el afrontamiento y los diferentes niveles del proceso de estrés.

Este modelo fue un intento de organizar e integrar las distintas variables relacionadas con el estrés directa o indirectamente, en enfoques previos, siendo revisado con posterioridad (Vallejo, 2015).

2.3.2 Modelos teóricos específicos de los TA

En relación con las teorías presentadas anteriormente, se analizarán a continuación dos modelos que según Andreu (2001), han sido desarrollados explícitamente con la finalidad de explicar lo que acontece en la instauración y mantenimiento de los TA.

El primero de ellos, el modelo de **Maercker y colaboradores (2007)**, considera que el TA está provocado por un evento estresor identificable que, a diferencia del TEPT y el TEA, está causado por situaciones difíciles pero consideradas dentro del rango de las experiencias humanas “cotidianas”, de carácter eminentemente psicosocial, y no por eventos traumáticos y amenazantes para la vida, pero que comparte con estos trastornos algunos de los síntomas: las intrusiones, consistentes en recuerdos involuntarios, recurrentes y angustiosos relacionados con el acontecimiento; la evitación de pensamientos, situaciones o actividades para disminuir el malestar.

En cuanto a los síntomas del fracaso a la adaptación, Maercker y colaboradores consideran que estos reflejan la incapacidad de la persona para procesar la experiencia de forma exitosa y que se manifiestan con cambios en el comportamiento y en la personalidad, como la dificultad para concentrarse y hacer frente a la vida diaria y el trabajo, el abandono de las actividades que habían sido importantes para la persona antes de que el acontecimiento estresante tuviera lugar (p. ej, deportes, hobbies o socialización), cambios en las relaciones interpersonales (como la disminución de la autoconfianza), etc. Finalmente, este modelo plantea que todos los síntomas se retroalimentan entre sí provocando que el trastorno se prolongue en el tiempo (Andreu, 2011).

El segundo y último modelo a desarrollar, es **el Modelo Cognitivo de los TA** del grupo de Botella (Botella et al, 2008). Este modelo, basándose en los trabajos de Lazarus (1984, 1986, 2000), parte del supuesto de que la persona que se enfrenta a un determinado acontecimiento estresante de su vida puede sentirse enormemente amenazada por este si se interpreta que la situación implica un riesgo muy elevado y que no cuenta con los recursos necesarios para hacerle frente. Las consecuencias de esta evaluación negativa

serán una incapacidad para aceptar y afrontar lo sucedido junto a la aparición de pensamientos y sentimientos de carácter negativo y amenazante. Los pensamientos podrían adoptar la forma de *¿por qué me tiene que pasar esto a mí? ¡Qué horror! No puedo afrontar esto, es demasiado para mí. Estoy desbordado, no hay nada que hacer. Ya nada volverá a ser como antes.* Y las emociones experimentadas podrían ser de miedo, ansiedad y/o depresiones intensas asociadas a comportamientos desajustados e ineficaces como apartarse de los demás, tener dificultades para concentrarse o evitar determinadas situaciones o actividades.

Por lo tanto, este modelo plantea que, la causa determinante en la generación de los TA se sitúa en la evaluación negativa y distorsionada que la persona hace del acontecimiento estresante y de las propias capacidades de afrontamiento, magnificándose el primero y minusvalorándose las segundas. Esto genera un fuerte sentimiento de indefensión que dará lugar al establecimiento de un cuadro sintomático caracterizado por pensamientos negativos, sintomatología clínica negativa y comportamientos desajustados. Estos elementos se retroalimentan negativamente creando un círculo vicioso que mantendrá y agravará el problema, generando sentimientos de desesperanza, actitudes de derrota y confirmando, a modo de profecía autocumplida, la ineficacia personal (ver *figura 2*).

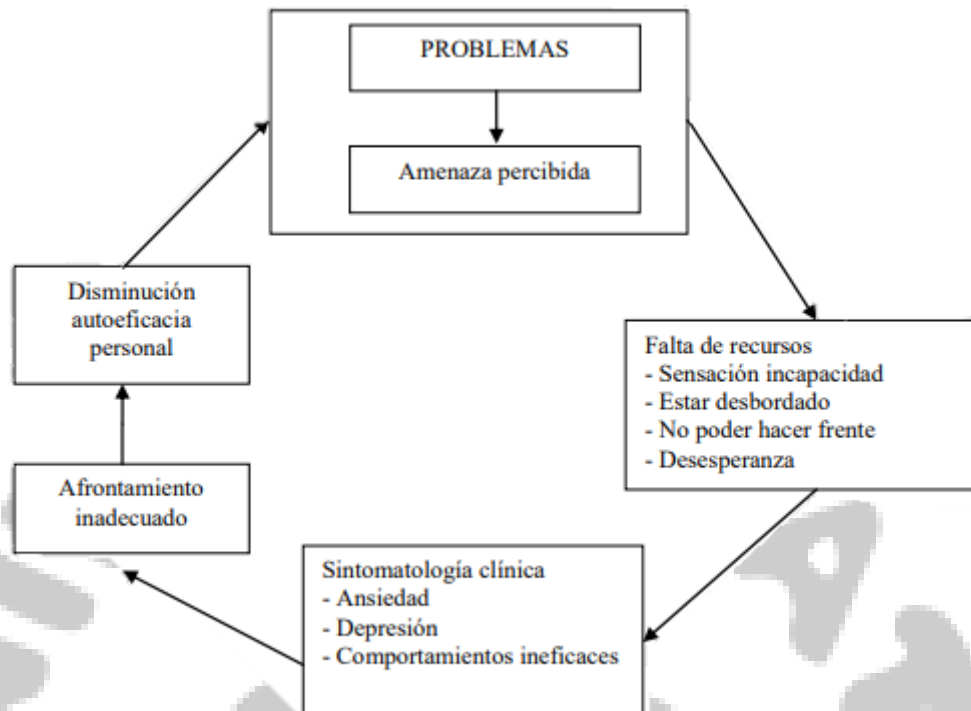


Figura 2. Modelo cognitivo de los TA (Botella et al., 2008 citado en Andreu 2011).

La propuesta de intervención de este modelo se centra en ayudar a la persona para que pueda distanciarse de la situación que vivió o continúa viviendo y adoptar una perspectiva más sabia y positiva ante la forma de considerar los problemas y dificultades. Esta nueva perspectiva la ayudara a generar soluciones y a poner en marcha los recursos necesarios para llevarlas a cabo y afrontar la situación de forma adecuada, al tiempo que recobra la confianza en sus capacidades y le ayuda a continuar con su vida sintiéndose más fuerte y más capaz (Andreu, 2011).

2.4 Evaluación de los TA

De acuerdo con la investigación realizada por Moles et al., (2009) los TA son una categoría diagnóstica pobremente atendida desde el ámbito de la investigación, es por ello, que no es sorprendente que los instrumentos para su evaluación y diagnóstico sean escasos y que, en su mayor parte, no sean específicos de esta condición patológica.

2.4.1 Instrumentos Diagnósticos

La revisión de la literatura mostro la escasa disponibilidad respecto a las entrevistas diagnósticas estructuradas que incorporan los TA entre las patologías que evalúan. Por otro lado, dichos instrumentos presentan importantes limitaciones en relación a la manera en la que se evalúan los TA.

La primera de estas entrevistas es la Entrevista para la Evaluación Clínica en Neuropsiquiatría (SCAN; *Schedule for Clinical Assessment in Neuropsychiatry*, Wing et al., 1990. Segunda versión OMS, 1994), que incluye entre los diagnósticos posibles, el caso de los TA en su sección número 13 denominada Interferencia y Atribuciones. La segunda entrevista diagnóstica estructurada que encontramos es la Entrevista Clínica Estructurada para el DSM-IV (SCID; *Structured Clinical Interview for DSM-IV*, First, Spitzer, Gibbon y Williams, 1999). Este instrumento proporciona las indicaciones necesarias para realizar el diagnóstico de los diferentes trastornos recogidos en el Eje I del DSM-IV y, dentro de la categoría general de los Trastornos de Ansiedad y otros trastornos, incluye un apartado dedicado explícitamente a la evaluación de los TA. Sin embargo en ambas entrevistas encontramos la especificación de que este diagnóstico no puede llevarse a cabo si los criterios para otro trastorno mental se cumplen, relegando a una posición subordinada los casos en los que el TA pudiese coexistir con otras entidades patológicas (Moles et al., 2009).

Recientemente, Cornelius y colaboradores (2014) han desarrollado una entrevista diagnóstica para la valoración del TA en base a los criterios DSM-IV, intentando solventar los aspectos problemáticos del resto de entrevistas, y que según informan tiene una adecuada fiabilidad y validez. No obstante, debe ser usada junto con otras entrevistas para detectar otros trastornos mentales, y no establece una distinción entre tipologías de TA según la sintomatología predominante, lo cual debería ser considerado de cara al desarrollo de estrategias de intervención (Vallejo, 2015).

2.5 Tratamiento de los TA

En cuanto al tratamiento de los TA, Vallejo (2015) señala que debido a los escasos trabajos que hay al respecto, y el hecho de que hasta el momento no existe un acuerdo basado en la evidencia sobre cuál es el mejor tratamiento,

solo recomendaciones generales, la elección es principalmente una decisión clínica.

A continuación, se exponen dos líneas de intervención: abordaje psicoterapéutico y abordaje psicoterapéutico.

2.5.1 Abordaje Psicoterapéutico

Desde la psicoterapia, y a partir de lo expuesto anteriormente, la posición de no intervenir en los primeros momentos tras la aparición de un acontecimiento estresante aparece como válida, ya que es entonces cuando los mecanismos de recuperación natural adquieren su máxima potencia. Sin embargo, no todas las personas se recuperan y la necesidad de intervenir se hace evidente cuando los síntomas no mejoran con el paso del tiempo y generan malestar y sufrimiento (Andreu, 2011).

Para Andreu (2011) cuando la intervención psicoterapéutica se hace necesaria, la postura adoptada generalmente es la de aplicar terapias breves, ya que el TA es considerado un trastorno limitado en el tiempo. Sin embargo, en el caso de encontrarnos con un estresor crónico o que exista una patología de la personalidad subyacente que incremente la vulnerabilidad a los estresores, podrían requerirse terapias más largas.

Vanin (2008), aconseja que la intervención sea focal y breve y que, además, se haga empleo de estrategias cognitivo- conductuales que faciliten al paciente hacer frente al estrés. Para esto, es importante evaluar las capacidades personales del paciente y brindarle un contexto de apoyo y seguridad, donde se facilite su expresión emocional y se haga especial énfasis en las significaciones que tiene el factor estresor para el individuo.

Camino (2012) brinda una descripción de los tratamientos breves resumiendo las fases y estructura de la terapia breve/ focal de los TA. (Ver cuadro 1).

1. Establecer relación empática creando un espacio de escucha activa, expresión emocional y validación.
2. Contrato terapéutico bien definido: número (5-10), frecuencia (mensual o quincenal) y duración (20-30 minutos) de las sesiones, encuadre (asistencia,

puntualidad, etc.).

3. Definir concretamente el problema y la solución:

- ¿Qué espera el paciente de la terapia?
- ¿Qué sería estar recuperado?
- Concretar el malestar en términos conductuales, cognitivos, emocionales y relacionales.

4. Exploración conjunta sobre las causas del malestar: construcción de hipótesis psicosocial del problema.

- Descripción de desencadenantes y acontecimientos vitales que rodean la aparición de los síntomas.
- Comprensión clara del “porqué y cómo” de su malestar y de la índole transitoria (reactivo-adaptativa) de su malestar.

5. Análisis de las soluciones intentadas, identificación conjunta de los patrones desadaptativos que perpetúan el malestar.

6. Diseñar conjuntamente con el paciente las tareas y estrategias para cambiar los patrones identificados.

7. Entrevistas centradas no en la sintomatología, sino en los patrones que generan y mantienen el malestar.

8. Fomentar el apoyo familiar como recurso natural y las relaciones interpersonales.

9. Evaluar los objetivos alcanzados.

10. Positivar los cambios, normalizar las dificultades no superadas, repasar temas trabajados con breve psicoeducación emocional

Cuadro 1. Extraído de Camino (2012).

2.5.1.1 Orientaciones Generales de tratamiento

A pesar de que generalmente la postura clínica elegida es aplicar una terapia breve o focal y estrategias cognitivo-conductuales, la escasez de estudios y datos que apoyen de forma fiable una determinada estrategia de tratamiento ha llevado a que diversos autores se dedicaran a exponer, al menos, cuáles deberían ser los objetivos principales que deben seguirse en cualquier tipo de terapia que se aplique en el tratamiento de los TA.

Andreu (2011) a partir de su investigación, realiza un resumen de cuáles serían las recomendaciones o guías generales presentadas hasta el momento:

- Identificar los medios para eliminar o reducir el estresor, si ellos fueran posible.
- Aumentar las habilidades de afrontamiento del paciente, especialmente si el estresor no puede ser eliminado. Se debe mejorar el afrontamiento de los problemas específicos de la vida con la finalidad de que pueda manejarse mejor con el estresor y consigo mismo.
- Clarificar e interpretar el significado que el estresor tiene para el individuo y ayuda a la persona a encontrar un nuevo significado más adaptativo.
- Ayudar al paciente a tomar perspectiva en relación a la adversidad.
- Exponer y trabajar las preocupaciones y los conflictos que la persona este experimentando.
- Ayudar al paciente a establecer un sistema de apoyo que maximice la adaptación.
- Y trabajar con la expresión y regulación emocional.

Por su parte, Casey (2009) señala que las intervenciones psicológicas de los TA deberían basarse en tres grandes componentes:

- 1- Posibilitar la reducción o la eliminación del estresor. Para ello deberían tomarse medidas asistenciales prácticas que permitieran alejar al estresor de la persona o a la persona del estresor. Por otro lado, indica que muchos estresores pueden ser minimizados o evitados, para lo cual las técnicas de solución de problemas podrían ayudar en la toma de decisiones.
- 2- Aportar medidas que faciliten la adaptación. Este punto se dirige a los estresores que no pueden ser eliminados (como cuando una persona este cuidado a un paciente enfermo) e indica que medidas pueden ayudar a recontextualizar la situación (como la psicoeducación, técnicas de solución de problemas y la reestructuración cognitiva). Además, Casey señala que mejorar o

aportar un buen sistema de apoyo puede ayudar a la persona estresada a manejar mejor la situación, especialmente si esto contribuye a obtener ayuda práctica (disponer de un suplente cuando el cuidador necesita descansar).

- 3- Cambiar la respuesta al estresor mediante la reducción de síntomas y el cambio comportamental. Casey señala diversas estrategias: la relajación, la facilitación de la verbalización de los miedos y de las emociones y la exploración del significado que el estresor tiene para la persona. En cuanto al cambio comportamental, propone encontrar respuestas alternativas que no impliquen autodestrucción, para lo cual la terapia dialéctica comportamental parece ser que es la que cuenta con mayor evidencia.

Como conclusión, se podría decir que los escasos estudios sobre el tratamiento de los TA aconsejan que la intervención sea focal, breve y rápida, utilizando estrategias cognitivo-comportamentales y considerando las dificultades de la persona para hacer frente al estrés, evaluando sus capacidades personales y brindando un contexto de apoyo y seguridad, donde se pueda facilitar la expresión emocional y enfatizar las significaciones del factor estresor (Baños, et al., 2008).

2.5.2 Abordaje Farmacológico

Si bien la psicoterapia es el tratamiento de elección para el trastorno adaptativo, el tratamiento farmacológico coadyuvante puede ser útil en algunos casos. Según muchos autores, el manejo farmacológico básico del TA es un tratamiento de corta duración y sintomático, principalmente sobre el insomnio y la ansiedad (Casey & Bailey, 2011 citado en Vallejo, 2015).

Las recomendaciones generales indican la prescripción de psicofarmacos solo en aquellos casos en los que los síntomas sean lo suficientemente graves como para aconsejarlos, prescritos por periodos breves de tiempo y en combinación con un abordaje psicoterapéutico de base (Andreu, 2011).



3 CAPÍTULO III: Metodología

3.1 Diseño de Investigación

En el desarrollo del presente trabajo se expondrá el método de estudio de caso, desde un enfoque cualitativo y con un tipo de estudio descriptivo como estrategia metodológica de investigación científica. Tanto investigadores como

profesionales inscriptos en el campo de la Psicología Clínica, han otorgado cada vez más importancia al estudio de caso único para el desarrollo de un conocimiento base en el área, ya que, durante los últimos años, se han registrado importantes avances metodológicos y conceptuales en la investigación de este tipo de estudio. Es por ello que las metodologías de estudio de caso y de investigación de caso único, realizan importantes contribuciones a la investigación terapéutica en la psicología clínica y otras áreas aplicadas de la psicología.

Mediante dicha metodología de investigación se busca exponer el registro de un caso clínico; el cual está constituido por datos biográficos del paciente, la descripción de la sintomatología manifiesta, el diagnóstico asignado por los profesionales a su cargo y su respectivo abordaje terapéutico, con el objetivo de poder proporcionar un marco teórico-analítico del mismo.

Este trabajo de investigación se enfocó principalmente en describir cómo influye la vivencia de un acontecimiento vital estresante en el desencadenamiento del trastorno adaptativo acentuando el caso en cuestión.

Los datos fueron obtenidos desde una variedad de fuentes; esto es, documentos, registro de archivos, entrevistas y observación directa del paciente y de los profesionales a su cargo.

3.2 Pregunta de Investigación.

La pregunta que guía la actividad investigativa es:

¿De qué manera influye la vivencia de un acontecimiento vital estresante en el desencadenamiento de un trastorno de adaptación?

3.3 Objetivos: general y específicos

3.3.1 Objetivo general:

- Describir cómo influye un acontecimiento vital estresante en el desencadenamiento de un trastorno de adaptación en un adulto atendido en el Hospital de Santa Ana, Tucumán.
- Realizar un abordaje teórico-clínico sobre el análisis de un caso.

3.3.2 Objetivos específicos:

- Exponer cuál es el papel que cumple la vivencia de un acontecimiento vital estresante en la aparición de un trastorno de adaptación en un adulto atendido en el Hospital de Santa Ana, Tucumán.
- Describir cuál es la sintomatología observada en el paciente a raíz de dicho acontecimiento vital estresante.
- Analizar, a partir de los datos biográficos del paciente, cuáles son los elementos que le permiten al clínico plantear una vulnerabilidad psicológica de base.

3.4 Instrumentos de recolección de datos

- Entrevista semiestructurada: instrumento mediante el cual el entrevistador obtiene información permitiendo la verbalización por parte del sujeto de lo que le sucede. De esta manera indaga sobre la problemática traída a consulta, lo que le aqueja al paciente y selección el tratamiento que más se adecue a su demanda y necesidades. En esta modalidad de entrevista, si bien el entrevistador lleva un guion de preguntas básicas, tiene la libertad de cuestionar al entrevistado sobre aquellos temas que le interesen, o bien omitir algunos temas de acuerdo a su criterio (Morga-Rodríguez, 2012).
- Anotaciones o notas de campo: facilitadas durante la observación directa, que permiten llevar registro y elaborar anotaciones de todo lo que sucede en la situación de consulta con el paciente. Se trata de descripciones de lo que se ve, escucha y percibe del sujeto observado. Dichas anotaciones son regularmente ordenadas de manera cronológica, permitiendo así una narración de los hechos ocurridos (qué, quién, cómo, cuándo y dónde).
- Datos y registros existentes de los profesionales a cargo de la atención del sujeto.

3.5 Contexto

Este trabajo de investigación tiene como objetivo general describir cómo influye un acontecimiento vital estresante en el desencadenamiento de un trastorno de

adaptación en un adulto atendido en el Hospital de Santa Ana, departamento Río Chico, ubicado en el sur de la provincia de Tucumán. El interés que suscita este tema nace de un caso abordado en el transcurso de las Prácticas Profesionales Supervisadas (PPS) del área Psicología Clínica, del último año de la carrera Licenciatura en Psicología -dictada en el Campus Unsta Concepción- supervisadas por la profesora Lic. Cáceres Evangelina -que se llevaron a cabo en el mencionado Hospital.

A partir de las prácticas en esta institución se posibilitó el abordaje del caso clínico de un sujeto que llegó a consulta psicológica en abril del año 2019, posteriormente diagnosticado con Trastorno de Adaptación por la psicóloga a cargo.

3.6 Procedimiento

El procedimiento se llevó a cabo, como se mencionó anteriormente, durante el transcurso de las Prácticas Profesionales Supervisadas (PPS). En las mismas se realizaron intervenciones de casos que estaban en tratamiento psicológico con la psicóloga coordinadora del lugar. Se trabajó en coordinación con ella en la atención de aquellos pacientes que manifestaban su consentimiento oral.

La recopilación de la información se realizó durante el periodo que abarca los meses de septiembre a noviembre mediante el análisis de 5 sesiones de 30 minutos cada una aproximadamente, durante las cuales se obtuvo información sobre la sintomatología presente, el diagnóstico y el tratamiento asignado.

Debido al poco tiempo de duración de nuestras prácticas profesionales no se pudo realizar un seguimiento en profundidad del caso, lo que ocasionó una seria limitación del proceso investigado. Por tal motivo, y con el fin de obtener más información sobre el tema, se procedió a complementar el testimonio aportado por el sujeto con datos obtenidos mediante una entrevista con los profesionales a cargo de su tratamiento.

3.7 REGISTRO CLÍNICO DEL CASO:

"Caso Miguel" (seudónimo para resguardar la identidad y confidencialidad del paciente).

En el presente trabajo de investigación se ha abordado el caso de un sujeto, diagnosticado según el CIE-10 -Código Internacional de Enfermedades -, con "Trastorno de adaptación" F43.2. Los trastornos de adaptación son definidos por este manual como *"estados de angustia subjetiva y de perturbación emocional, que habitualmente interfieren con el funcionamiento y con el desempeño social, que surgen en la fase de adaptación a un cambio vital significativo o a un suceso vital estresante [...] La predisposición o la vulnerabilidad individual desempeñan un papel importante en el riesgo de presentación y en la configuración de las manifestaciones de los trastornos de adaptación, si bien se acepta que la afección no habría surgido sin la acción del factor estresante. Las manifestaciones varían, incluyen depresión del humor, ansiedad o preocupación (o una mezcla de ambas), sentimiento de incapacidad para arreglárselas, para planificar el futuro o para continuar en la situación actual, como también cierto grado de deterioro en la ejecución de la rutina diaria (OMS,1992).*

El estudio de este caso surge a partir del planteamiento de los siguientes interrogantes ¿qué papel cumple el acontecimiento vital estresante en la aparición de dicho trastorno? ¿Cuál es la sintomatología observada en el paciente a raíz de ese acontecimiento? en cuanto a sus datos biográficos, ¿qué elementos le permiten al clínico plantear una vulnerabilidad psicológica de base?

Miguel, es un adulto de 38 años de edad que llega a consulta psicológica a partir de la derivación del médico neurólogo por la presencia de síntomas de angustia y perturbación emocional que generaban un notable deterioro en su funcionamiento y desempeño social-familiar habitual. Una vez que se descartó cualquier base orgánica como causa de los mismos, se inició el abordaje psicológico.

Cabe destacar, que el sujeto sufrió un accidente de tránsito con su motocicleta, como consecuencia de una falla en su rueda, que hizo que

impacte con un poste de luz cuando circulaba a una velocidad considerable. Debido a ello, sufrió lesiones y traumatismos que hicieron necesario que ingresara a terapia intermedia durante 3 semanas. Una de las lesiones fue en su pierna derecha, la cual necesitó intervención quirúrgica; sin embargo y a pesar de los intentos médicos, el accidente dejó como secuela física el acortamiento de dicha pierna, si bien este fue mínimo, requirió el uso crónico de un calzado terapéutico especial. Todo esto limitaba el tiempo que él podía mantenerse de pie sin la necesidad de sentarse. Posteriormente realizó tratamiento fisioterapéutico.

Como se mencionó al comienzo de este trabajo, a lo largo de todo el ciclo vital el ser humano está expuesto a situaciones, estímulos o circunstancias que ocurren de forma inesperada provocando cambios o reajustes en la vida del sujeto. Éstas son las que denominamos sucesos o acontecimientos vitales, y su categoría como positivos o negativos depende de factores personales del sujeto y factores del entorno (Ferreira et al., 2012).

Desde este lugar, el accidente que sufrió Miguel representó un acontecimiento vital negativo en su vida, fuente de malestar y desadaptación social, generador de padecimiento tanto físico como psicológico, resultado de su fracaso para superar tal situación, como lo plantea Gasull (2006).

Cuando la trayectoria vital es acompañada de la presencia de importantes sucesos vitales estresantes, estos pueden generar efectos en la salud tanto física como psicológica, siendo uno de los principales factores de riesgo para el buen ajuste y desarrollo de la vida de una persona (Valero et al., 2016)

Miguel, es el hijo mayor de una familia económicamente vulnerable que residía en una zona rural con poco acceso a servicios y recursos, motivo por el cual su crianza y educación fue delegada a su tía materna. Fue el único de sus hermanos que no fue criado en su familia nuclear.

Su educación escolar consistió únicamente en un primario básico, por lo cual, la mayor parte de su vida se desempeñó como trabajador rural, trabajo que le exigía un esfuerzo y rendimiento físico considerable. Tiempo después

consiguió un empleo estable en una fábrica azucarera del lugar, lo que le posibilitó otra estabilidad económica.

Por otro lado, todo lo acontecido produjo un impacto a nivel familiar. El sujeto tiene un hijo de 6 años y se encontraba viviendo en pareja hace aproximadamente 8 años. Luego del accidente, Miguel en el periodo de recuperación precisaba de la ayuda de su pareja para realizar actividades básicas como higienizarse y vestirse, lo que le generaba frustración e irritabilidad, dando lugar a múltiples peleas y posteriormente a la ruptura y separación de la pareja.

En abril del 2019, luego de 3 meses de la vivencia del acontecimiento estresante, comenzó tratamiento psicológico en el nosocomio del lugar.

Durante la primera consulta con psicología, el sujeto se mostró en todo momento colaborativo y dispuesto. Llegó al horario acordado, manifestando su deseo de recibir tratamiento. A lo largo de las primeras charlas se evidenciaba en él dificultades para desenvolverse en actividades diarias, como así también deterioro de su vida social y familiar debido a su tendencia a aislarse, irritabilidad, alteraciones en el sueño, falta de concentración y una autoestima debilitada.

En la entrevista realizada a la psicóloga respecto al caso, ella declaró lo siguiente *“el accidente y sus consecuencias generaron en Miguel un estrés que no supo manejar desencadenando una sintomatología emocional y conductual importante”*.

En lo que respecta a la esfera laboral, Miguel manifestó que debido a la secuela que dejó el accidente en su pierna derecha, desde la empresa lo cambiaron de puesto de trabajo, ocasionándole sentimientos de angustia e impotencia.

Por otro lado, a nivel social también se observaron repercusiones, ya que según manifestó en una de las entrevistas, ya no disfrutaba de las actividades que antes le generaban bienestar como compartir con sus amigos, ir a la cancha de fútbol, entre otras actividades de distensión, debido a que

pensaba constantemente en el problema de su pierna como una limitación significativa.

En una de las sesiones expresó lo siguiente *“siento que todas las personas se dan cuenta del problema de mi pierna, por eso no me gusta salir de casa. Si veo un espejo solo puedo ver mi pierna. Y aunque me digan que no se nota nada y no me genera mucha dificultad, no me siento cómodo, no me gusta”*. Esto confirma lo expresado por Canalda y Carbonés (2015) cuando señalaron que, cualquier acontecimiento puede llegar a ser un estresor en algún momento, en función no tanto o no solo del tipo de circunstancia de que se trate, sino también de cómo la persona responda o afronte dicha circunstancia. De este modo, afirman que, *“la potencialidad de un evento para impactar en la vida de una persona estará relacionada, entre otros, con el tipo de apreciación que haga del mismo, las características individuales que determinan el grado de vulnerabilidad, las estrategias de afrontamiento disponibles y las claves contextuales en las que dicha persona se encuentre inmersa”*.

Miguel llevaba 5 meses de tratamiento con la psicóloga del hospital cuando ingresé en mi proceso de prácticas profesionales en ese lugar. Luego de su consentimiento oral, me permitió formar parte de su tratamiento, en un primer momento junto a Natalia, psicóloga del hospital, y posteriormente sin su presencia. De esta manera, compartí espacio terapéutico con él en 5 (cinco) oportunidades, en sesiones de 30 minutos cada una, en las cuales me familiaricé con su caso.

Durante el transcurso de su tratamiento psicológico, Miguel mostraba dificultades para dormir (insomnio) por lo que se realizó una interconsulta psiquiátrica. El médico psiquiatra prescribió el uso de psicofármacos para acompañar el tratamiento psicoterapéutico. En estos casos, las recomendaciones generales indican la prescripción de psicofármacos sólo en aquellos pacientes en los que los síntomas son lo suficientemente importantes como para aconsejarlos, prescritos por periodos cortos de tiempo y en combinación con un abordaje psicoterapéutico de base (Andreu, 2011).

A pesar de que el proceso de prácticas y los tiempos que manejaba el hospital también eran reducidos, fue posible generar un espacio terapéutico de escucha y contención. Miguel se encontraba trabajando en fortalecer sus vínculos familiares y sociales, estableciendo un sistema de apoyo que maximice su adaptación. También se continuaba haciendo hincapié en facilitar la expresión y regulación emocional como medio para aumentar las habilidades de afrontamiento del paciente.

En la última sesión en la que tuve la oportunidad de ver a Miguel, noté cierta mejoría, ya se habían reducido los síntomas de angustia e irritabilidad y, junto a la adhesión al tratamiento farmacológico, las alteraciones del sueño también cesaron. En cuanto a su tendencia al aislamiento, también se registraron avances.

A pesar de todo lo abordado, aún quedaron cosas por trabajar, como continuar enfocándose en la adopción de una perspectiva positiva ante la forma de considerar los problemas y dificultades, que le permita poner en marcha recursos y generar soluciones, además de recobrar la confianza en sus capacidades, fortaleciendo su autoestima.

Respondiendo a los interrogantes mencionados anteriormente – ¿Qué papel cumple el acontecimiento vital estresante en la aparición de dicho trastorno? ¿Cuál es la sintomatología observada en el paciente a raíz de ese acontecimiento?, ¿Qué elementos permiten al clínico plantear una vulnerabilidad psicológica de base? -, consideramos que, ante determinados acontecimientos, como en el caso de un accidente, algunas personas pueden adaptarse de forma satisfactoria e incluso vivirlos como una oportunidad de crecimiento. Sin embargo, otras pueden sentirse enormemente amenazadas por este si se interpreta que la situación implica un riesgo muy elevado y que no cuenta con los recursos necesarios para hacerle frente. Las consecuencias de esta evaluación negativa serán una incapacidad para aceptar y afrontar lo sucedido junto a la aparición de pensamientos y sentimientos de carácter negativo y amenazante (Botella et al., 2008). Este es el caso de Miguel, quien vivenció el accidente como un acontecimiento estresante, cuya evaluación negativa no permitió procesar la experiencia de forma exitosa propiciando el desencadenamiento de un trastorno de adaptación. Como indica el CIE-10, se

requieren dos condiciones para poder realizar un diagnóstico de TA: la presunción de que el trastorno no se hubiera dado de no haber acontecido el hecho estresante; y la necesidad de que pueda demostrarse una relación temporal entre dicho acontecimiento y la aparición de los síntomas (OMS,1992). Ambos hechos estaban presentes en Miguel, ya que el accidente trajo consigo importantes cambios en su vida que fueron fuente de malestar, sufrimiento y ruptura de las estructuras ya establecidas.

En cuanto al segundo interrogante, Maerkcher et al., (2007) ya expresaban, respecto a los síntomas del TA, que se manifiestan con cambios en el comportamiento y en la personalidad, como la dificultad para concentrarse y hacer frente a la vida diaria y el trabajo, el abandono de las actividades que habían sido importantes para la persona antes de que el acontecimiento estresante tuviera lugar (por ej., deportes, hobbies o socialización), cambios en las relaciones interpersonales (como la disminución de la autoconfianza),etc. Argumentando que todos los síntomas se retroalimentan entre sí provocando que el trastorno se prolongue en el tiempo. Siguiendo esta línea, Botella et al., (2008) sostienen que la evaluación negativa y distorsionada que la persona hace del acontecimiento estresante y de las propias capacidades de afrontamiento, pueden propiciar un fuerte sentimiento de indefensión que dará lugar al establecimiento de un cuadro sintomático caracterizado por pensamientos negativos, sintomatología clínica negativa y comportamientos desajustados. En el caso de Miguel, como ya lo mencionamos con anterioridad, presentaba un estado de ánimo depresivo con sentimientos de frustración, desaliento y desvalorización,, un alto grado de ansiedad y alteraciones en el comportamiento y la personalidad (irritabilidad, aislamiento, falta de concentración y angustia), lo que le generaba problemas significativos en sus relaciones personales (ruptura reciente de la relación de pareja, dificultades en el trabajo y abandono de actividades diarias y hobbies).

El último interrogante presupone cierta predisposición o vulnerabilidad individual como factor a tener en cuenta en relación al riesgo de aparición y a la forma de expresión de las manifestaciones de este trastorno. Respecto a esto, El DSM-V señala que la vulnerabilidad individual o la inhabilidad es un elemento determinante de este trastorno (incluso) más que las características

específicas del evento, y que marca la forma de afrontar las demandas de la situación. Por su parte, el CIE-10 si bien acepta que la afección no hubiera surgido sin la acción del factor estresante, le otorga gran importancia a dicha predisposición o vulnerabilidad individual en el desencadenamiento y configuración de este trastorno. En el caso en cuestión sabemos que Miguel es un sujeto una historia familiar difícil, marcada por una realidad social y económica adversa. En las entrevistas clínicas mostraba una sensación de fatalismo y una percepción del accidente como algo grave e irreversible, generándole sentimientos de indefensión y desesperanza.

A partir de lo expuesto, consideramos que es esencial para comprender el trastorno adaptativo tener en cuenta la naturaleza del factor estresante, la significación que el sujeto hace del mismo, la sintomatología clínica observada a partir de dicho estresante (que puede ser muy diversa) y la vulnerabilidad psicológica preexistente.

Cabe resaltar el hecho de que es un diagnóstico frecuente, siendo uno de los problemas psicológicos más comunes en los contextos de atención primaria y hospitalaria. Es por ello, que la elevada demanda en el Sistema Sanitario Público requiere idear e implementar propuestas asistenciales ágiles y de calidad para el abordaje de este tipo de trastornos. En cualquier caso, parece evidente que de la capacidad para reconocer y manejar esta patología por parte de los profesionales depende de que se pueda mejorar la calidad de vida de quien los padece e impedir su evolución hacia trastornos psiquiátricos más graves.

4 CAPÍTULO IV: Conclusiones

4.1 Conclusión

Siguiendo lo planteado al comienzo del trabajo y a modo de cierre remarcamos la importancia de los siguientes puntos:

-Se pudo inferir que un acontecimiento vital estresante es un suceso percibido como negativo o no deseable que puede conducir al desarrollo de padecimientos físicos o psicológicos como consecuencia de la incapacidad de la persona para procesar la experiencia de forma exitosa, es decir, del fracaso en su adaptación al estrés.

- Entre las afecciones que pueden evolucionar a raíz de un acontecimiento vital estresante se encuentran los trastornos adaptativos.

-En el caso presentado en esta investigación, se presenta como suceso significativo a la irrupción del cuadro psicopatológico, la vivencia por parte del paciente de un accidente con su motocicleta y la presencia de una vulnerabilidad psicológica de base, factores determinantes en relación al riesgo de aparición y a la forma de expresión de las manifestaciones clínicas. La evaluación negativa que él hizo del suceso y de sus consecuencias no permitió que pudiera procesar la experiencia de forma exitosa propiciando el desencadenamiento de un trastorno de adaptación.

-En función de los síntomas predominantes del paciente y siguiendo lo expuesto por el DSM-V es posible inferir que el mismo presentaba un trastorno de adaptación mixto con ansiedad y estado de ánimo deprimido.

4.2 Limitaciones

Al elaborar esta investigación surgieron algunas limitaciones, las cuales se comentarán a continuación:

En primer lugar, al seleccionar como metodología de investigación el diseño de un caso único no podemos realizar generalizaciones al resto de los pacientes con un mismo diagnóstico, al hacerlo estaríamos limitando el campo de estudio. Simplemente, realizamos una constatación de las teorías y literatura existente sobre el tema a partir del análisis del caso abordado.

Por otro lado, el corto tiempo de nuestras prácticas no fue suficiente para realizar una profundización y un seguimiento del caso, lo que limita seriamente la perspectiva que se tiene sobre el mismo.

Una tercera limitación se refiere al hecho de que, debido a la gran demanda en el área de Salud mental por parte de la población de Santa Ana, los tiempos que maneja el nosocomio son acotados, por lo que no es posible brindarle a cada paciente sesiones muy prolongadas, lo que no beneficia al tratamiento brindado.

4.3 Propuestas

A partir de las conclusiones a las que se arribaron en el presente Trabajo Integrador Final, se suscitan las siguientes acciones:

- Desde el ámbito clínico y de investigación, promover en estudiantes y profesionales de la Salud Mental, el interés por el estudio de los trastornos adaptativos, ya que constituyen una categoría diagnóstica escasamente atendida. Cuando mayor es el conocimiento, entrenamiento y la experiencia del psicólogo, más posibilidades tendrá de abordar con eficiencia el material clínico que dispone, logrando una mejor integración entre la teoría y la práctica, contribuyendo al desarrollo del juicio clínico como profesional.

- Desarrollar, desde la atención hospitalaria en salud mental, campañas informativas y de sensibilización, dirigidas a contrarrestar los factores de riesgo y reforzar los factores protectores a lo largo de la vida, con el fin de modificar y/o prevenir los procesos vinculados al desencadenamiento y mantenimiento de los trastornos adaptativos.

- En el marco de la prevención, promover la importancia de la asistencia psicológica temprana a víctimas de catástrofes y situaciones de emergencia, como es el caso de los accidentes de tránsito.

- Como psicólogos comprometidos en tanto parte de un equipo interdisciplinario, idear e implementar propuestas asistenciales que permitan atender a las personas que sufren este trastorno con la mejor calidad posible, teniendo en cuenta las especificaciones de cada caso en particular.

- Dentro del ámbito de la psicoterapia, hacer uso de la psicoeducación como recurso para transmitir al paciente toda la información necesaria, de modo que comprenda lo que le está pasando otorgándole un marco de referencia donde ubicarse para intentar mejorar. Asimismo, servirnos de estrategias cognitivo- conductuales que faciliten a los pacientes con este trastorno hacer frente al estrés.

- Como profesionales psicólogos, desarrollar espacios colectivos que permitan llevar a cabo terapias de grupo, de modo que operen como

mecanismos de ayuda mutua, tanto para estos pacientes como para sus familiares.



5 REFERENCIAS

- American Psychiatric Association. (1952). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. Washington: DC: APA.
- American Psychiatric Association. (1968). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. 2. Washington: DC: APA.
- American Psychiatric Association. (1980). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. 3rd edition. Washington: DC: APA.
- American Psychiatric Association . (1987). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. 3rd edition [Revised]. Washington: DC: APA.
- American Psychiatric Association. (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. 4th edition. Washington: DC: APA.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5th edition. DSM-5*. Arlington: VA: APA. doi:10.1176/appi.books.9780890425596
- American Psychiatric Association . (2014). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. 5ª edición. DSM-5. Arlington: VA: APA.
- Andreu, S. (2011). Un protocolo de tratamiento psicológico para los trastornos adaptativos apoyado en un sistema de realidad virtual: análisis de su eficacia a través de un estudio controlado. *Departamento de psicología básica, clínica y psicobiología*. Universidad Jaume, Castellon.
- Aybar-Zurita, R. (2007). Factores estresantes y familia de riesgo social. *Formacion medica continuada en Atencion Primaria*, 14 (1), 60-74.
- Azocar, F., & Greenwood, G. (2006). . Service use for patients with adjustment disorder and short term treatment: A brief report. *The Internet Journal of Mental Health*. *The Internet Journal of Mental Health*, IV(2). Obtenido de <https://print.ispub.com/api/0/ispub-article/6083>
- Baños, R., Guillen, V., Botella, C., Garcia, A., Jorquera, M., & Soledad, Q. (2008). Un programa de tratamiento para los trastornos adaptativos. Un estudio de caso. *Apuntes de psicología Vol. 26*, 303-316.

- Batlle, S. (2007). Trastornos de adaptación. *Master en Psicopatología y Psiquiatría*. Universidad autónoma de Barcelona, Barcelona.
- Camino, A. (2012). Abordaje terapéutico de los trastornos adaptativos . Adherencia a los tratamientos. En C. E. (Coords.), *Manual del residente en Psicología Clínica* (págs. 473-482). Madrid: Asociación Española de Neuropsiquiatría.
- Casey, P., Dowrick, C., & Wilkinson, G. (2001). Adjustment disorders. Fault line in the psychiatric glossary. *The British Journal of Psychiatry*, 179, 479-481.
- Castañeda, L. (2013). Terapia cognitivo conductual: un modelo de intervención eficaz para los trastornos adaptativos. *Tesis de licenciatura*. Universidad del Norte, Barranquilla.
- Espinoza, A., Pernas, I., & Gonzalez, R. (2018). Consideraciones teórico metodológicas y prácticas acerca del estrés. *Humanidades Médicas Vol. 18*.
- Estévez, R., Oliva, A., & Parra, A. (2012). Acontecimientos vitales estresantes, estilos de afrontamiento y ajuste adolescente: un análisis longitudinal de los efectos de moderación. *Revista latinoamericana de Psicología Vol. 44*, 39-53.
- Ferreira, E., Roser, G., Noorian, Z., Romero, K., & Domenech, E. (2012). Acontecimientos vitales y sintomatología depresiva en población adolescente. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica Vol. 17*, 123-36.
- Fierro, A. (1996). *Manual de psicología de la personalidad*. Barcelona : Paidós.
- Gasull, V. (2006). Etiopatogenia. *SEMERGEN*, 32, 6-2.
- Gomez, J., Lopez, F., Ferragud, J., & Abadias, M. (2014). Perfil de los pacientes con trastorno adaptativo que acuden a las farmacias comunitarias españolas. *Farmacéuticos comunitarios Vol. 6*, 12-24.

- Gomez, S., Vivanco, E., Gonzalez, M., Ferrero, T., & Perez, L. (4 de Abril de 2017). *Trastornos adaptativos*. Obtenido de Fiesterra: <https://www.fisterra.com/guias-clinicas/trastornos-adaptativos/>
- Gonzales de Rivera, J. L. (1991). Factores de estres y vulnerabilidad a la enfermedad. *Monografias de psiquiatria, III*, 1-5.
- Grant, K., Compas, B., Stuhlmacher, A., Thurm, A., McMahon, S., & Halpert, J. (2003). Stressors and child and adolescent psychopathology: Moving from markers to mechanisms of risk. *Psychological Bulletin* 129 (3), 447-466.
- Greenberg, W. M., Rosenfeld, D., & Ortega, E. (1995). Adjustment disorder as an admission diagnosis. *American Journal of Psychiatry*, 459-661.
- Jimenez, L., Menendez, S., & Hidalgo, V. (2008). Un analisis de los acontecimientos vitales estresante durante la adolescencia. *Apuntes de psicologia*, 427-440.
- Lazarus, R., & Folkman, S. (1984). *Estres y procesos cognitivos*. NY: Springer Publishing Company.
- Lucas, M. J. (2017). Estres y acontecimientos vitales en mujeres con cancer de mama. (*Tesis doctoral*). Universidad Miguel Hernandez, Elche.
- Mitchell, A., Chan, M. B., Halton, M. G., L., e. J., & Meader, N. (2011). Prevalence of depression, anxiety, and adjustment disorder in oncological, haematological, and palliative-care settings: a meta-analysis of 94 interview-based studies. *The Lancet Oncology*, 160-174. doi:10.1016/S1470-2045(11)70002-X
- Moles, M., Quero, S., Andreu, S., Botella, C., & Baños, R. (2009). Desarrollo de una entrevista diagnostica para los trastornos adaptativos. *Forum de recerca n° 16*, 1049-1069.
- Morga-Rodriguez, L. E. (2012). *Teoria y tecnica de la entrevista*. Tlalnepantla: Red Tercer Milenio.
- Naranjo, M. L. (2009). Una revision teorica sobre en estres y algunos aspectos relevantes de este en el ambito educativo. *Educacion vol. 33*, 171-190.

- Núñez, D., Viamontes, J., García, T., Ortiz, D., & Centelles, M. (2014). Conocimientos sobre estrés, salud y creencias de control para la Atención Primaria de Salud. *Rev. Cubana de Medicina General Integral*.
- Oliva, A., Jimenez, J., Parra, A., & Sanchez, I. (2008). Acontecimientos Vitales Estresante, resiliencia y ajuste adolescente. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 53-62.
- OMS. (2018). *Clasificación internacional de las enfermedades*. New York, Naciones Unidas.
- Organizacion Mundial de la Salud. (1992). *CIE 10 – Trastornos Mentales y del comportamiento*. Madrid: Meditor.
- Perales, A., Rivera, F., & Oscar, V. (1998). Trastornos de adaptacion. En R. Humberto, *Manual de Psiquiatria*. San Marco: Universidad Nacional Mayor de San Marco, Facultad de Medicina.
- Perez, P. (2009). Trastornos adaptativos y reacciones de estres. En T. Palomo, & M. Jimenez-Arriego, *Manual de Psiquiatria* (págs. 403-417). Madrid: ENE.
- Rodriguez, A. (1999). *Estres y psicopatologia en poblacio normal, trastornos medico-funcionales y enfermos psiquiatricos*. Universidad Complutense de Madrid, Madrid.
- Saeb-Martinez, S. (2016). Acontecimientos vitales estresantes asociados a la sintomatologia depresiva y postraumatica en puerperas mexicanas expuestas a violencia extrema ambiental. *Tesis de Doctorado*. Universidad autonoma de Barcelona, Barcelona.
- Suarez, M. A. (2010). La importancia del analisis de los acontecimientos vitales estresantes en la practica clinica. *Revista Medica La paz*, 58-62.
- Tobon, S., Nuñez, A., & Stefano, V. (2004). Diseño de un modelo de intervencion psicoterapeutica en el area de salud a partir del enfoque procesual del estres. *Revista de estudios sociales*, 59-65.
- Trucco, M. (2002). Estrés y trastornos mentales: aspectos neurobiológicos y psicosociales. *Revista Chilena de neuro-psiquiatria* , 8-19.

Valero, S., Barreto, P., & Perez, M. (2016). Familia y duelo: el apego y los acontecimientos vitales estresantes como predictores del desarrollo de duelo complicado. *Familia* 53, 57-69.

Vallejo, B. (2015). Personalidad, afrontamiento y positividad en pacientes con trastorno adaptativo. (*Tesis doctoral*). Universidad Nacional de educación a distancia, Madrid.

Vanin, J. R. (2008). Adjustment disorder with anxiety. EEUU: Humana Press.

