



“PROTOCOLO DE TRASTORNO ADAPTATIVO EN EL HOSPITAL GENERAL DOCENTE DE CALDERÓN”

PROCESO: Especialidades en Salud Mental

	NOMBRE	CARGO	FIRMA
Elaborado por:	Álvarez Bayas Tania Fabiola	Psiquiatra	
	Cabezas Francisco Santiago	Psiquiatra	
	Cárdenas Edison Javier	Psicólogo Clínico	
	Gomezcoello Cadena Daniel Alejandro	Psicólogo Clínico	
	Martínez Edison Francisco	Psicólogo Clínico	

	Muñoz María Isolina	Psicóloga Infantil	
	Proaño López Andrea Carolina	Psicóloga Clínica	
	Sánchez Carvajal Mirella Patricia	Psicóloga Clínica	
	Torres Dávila Sandra Genoveva	Psiquiatra	
Revisado por:	Lcda. Marisol Basantes	Responsable de la Gestión de Calidad	
	Dra. Margarita Mediavilla	Responsable de la Gestión Apoyo Terapéutico	
Validado por:	Dra. Patricia Benavides	Director Asistencial (E)	
Aprobado por:	Dra. Malena Ortiz	Gerente General	

22 de Diciembre del 2022

“Los autores y los revisores declaran no tener conflictos de interés en la elaboración / revisión de este protocolo”

CONTENIDO

1. INTRODUCCIÓN:.....	4
2. OBJETIVO:.....	5
3. ALCANCE:	5
4. DEFINICIONES Y CONCEPTOS	5
5. DIAGNÓSTICO	6
5.1 DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL	8
5.2 TRATAMIENTO	9
6. MANEJO DE PRIORIDADES, CRITERIOS DE INGRESO Y EGRESO	11
7. BIBLIOGRAFÍA	12
8. CONTROL DE CAMBIOS	13
9. ANEXOS	14

1. INTRODUCCIÓN:

El área de Especialidades en Salud Mental está desarrollando protocolos que guíen la intervención en las patologías de mayor morbilidad que son atendidas en el Hospital General Docente de Calderón.

El trastorno de adaptación, según el reporte estadístico de casos atendidos en consulta ambulatoria (2016-2021) por el servicio de especialidades en Salud Mental (Psiquiatría, Psicología Clínica, Psicología Infantil), es el tercero de mayor morbilidad (1553 de un total de 33646 diagnósticos descritos realizados)(1).

Según el DSM IV TR la prevalencia del trastorno adaptativo en niños, adolescentes y ancianos oscila entre 2 y 8%. En pacientes hospitalizados hasta 12%, en centros ambulatorios de salud mental de 10 a 30% y en personas que han sufrido un acontecimiento vital estresante hasta 50%(2).

Según Raffo y Pérez-Franco (2008) el trastorno de adaptación se presenta en atenciones de consulta ambulatoria y atención primaria de 5 a 20%, y en los servicios de psiquiatría de enlace de hospitales generales de 20 a 30% en usuarios diagnosticados recientemente de cáncer (3).

En varios artículos e investigaciones se refleja que este diagnóstico es muy frecuente, pero no siempre llega a ser tipificado como tal, ya que su sintomatología tiende a ser variada y no muy específica, suele ser vinculada con otros trastornos depresivos leves, de ansiedad o mixto ansiosos depresivos. Morera y Calvo (2015) citando a Chocrón, Bentata, et al (1996) refieren que el 73,7% no son diagnosticados (4). En el mismo estudio manifiestan que entre el 5,4 y el 8,8% de los pacientes derivados de atención primaria a salud mental son por trastornos adaptativos.

Quero, S., et al (2017) (5) aportan en un estudio sobre el trastorno adaptativo valiosa información, por ejemplo, citando Despland, Monod y Ferrero (1995), manifiestan que el trastorno adaptativo es un diagnóstico muy frecuente entre los clínicos (6). En el mismo estudio cita a Casey y Bailey (2011) quienes señalan que el trastorno adaptativo es diagnosticado en varios contextos, pero principalmente se presenta en psiquiatría de enlace (7). También cita a Silverstone (1996), quien expone en un estudio realizado en pacientes hospitalizados con enfermedad aguda, que el trastorno adaptativo es más frecuente que los trastornos del estado de ánimo (13,7 sobre 5,1%) (8). En un estudio de Rigatelli, Galeazzi y Palmieri (2002), menciona que el trastorno adaptativo predomina sobre los trastornos del estado de ánimo en la consulta de obstetricia y ginecología de enlace (9). Por último, cita en el artículo un estudio de Taggart, O'Grady, Stevenson et al. (2006), donde refiere que entre las personas

atendidas en el servicio de emergencias después de autolesionarse el diagnóstico de trastorno adaptativo está en un 31,8 sobre el 19,5% de la depresión mayor (10).

Andreu María (2011) citando a Goldston, Daniel y Reboussin (1998); Kryzhanovskaya y Canterbury (2011), afirma que, aunque el trastorno es considerado de poca gravedad en varios casos puede tener consecuencias graves como el suicidio (11).

Baños, Rosa, et al (2008), mencionan que este trastorno provoca un coste económico alto, ya que está asociado a disminución del rendimiento laboral (12).

El Servicio de especialidades en Salud Mental al ser un servicio de apoyo diagnóstico, recibe en la consulta varios pacientes que son interconsultados desde otras especialidades sanitarias, para un manejo multidisciplinario o interdisciplinario de usuarios que están atravesando situaciones vitales estresantes debido a recientes diagnósticos desfavorables como son enfermedades crónicas, incapacitantes, desfigurantes, que demandan de tratamientos de larga duración, cambios en la calidad de vida; dichos acontecimientos si no han sido procesados de forma natural pueden derivar en un trastorno adaptativo, tanto en las personas que han sido diagnosticadas como en sus familiares y cuidadores principales.

2. OBJETIVO:

Brindar las directrices para el diagnóstico y tratamiento de trastornos adaptativos en consulta ambulatoria, emergencia y hospitalización a los profesionales de Salud Mental del Hospital General Docente de Calderón.

3. ALCANCE:

Este protocolo será de aplicación en los procesos de consulta externa, emergencia y hospitalización del HGDC.

4. DEFINICIONES Y CONCEPTOS

Los trastornos de adaptación están relacionados con molestias debido a situaciones de estrés, por lo general son cambios importantes en la vida de la persona. El tipo de estrés que se experimenta es mayor del que uno esperaría ante una situación inesperada. Esta afectación genera malestar en las relaciones personales, sociales, escolares y laborales.

Existen varias circunstancias que pueden generar estrés, por ejemplo, cambio de trabajo o lugar de estudios, cambio de lugar de residencia, rompimiento afectivo, muerte de un familiar, cambio en un ciclo de vida, jubilación, problemas económicos, recientes diagnósticos desfavorables, situaciones que generan estrés continuo. La mayor parte de las personas se adapta a estos cambios en pocos meses, pero existe un grupo que no lo logra, y genera mayor sintomatología emocional y/o conductual que desencadenan reacciones ansiosas o depresivas.

Atravesar un acontecimiento estresante por sí mismo no debe patologizarse, y solo en los casos en que la sintomatología dependa directamente de la situación de estrés, se debe diagnosticar un trastorno adaptativo (3).

Según el CIE 10, las manifestaciones clínicas del trastorno de adaptación incluyen humor depresivo, ansiedad, preocupación, dificultad para planificar el futuro, sentimiento de incapacidad para afrontar los problemas.

El paciente puede estar predispuesto a manifestaciones dramáticas o explosiones de violencia, las que por otra parte son raras. En los adolescentes pueden desarrollarse conductas antisociales o un comportamiento agresivo, en el caso de los niños se dan conductas regresivas como la enuresis nocturna, lenguaje infantil menor a su edad, chuparse el pulgar (13). Dentro del tiempo de aparición el CIE 10 refiere que el cuadro comienza en el mes posterior a la presentación del hecho estresante y la duración de los síntomas rara vez excede los seis meses. En casos de duelos normales que no excedan los seis meses, se debería codificar con códigos del capítulo XXI del CIE 10 por ejemplo Z634 (desaparición o muerte de un miembro de la familia), y si el duelo se considera anormal por sus síntomas deben codificarse con las variaciones del quinto carácter del F43.

5. DIAGNÓSTICO

Según el CIE10 (13), debe tenerse en cuenta para el diagnóstico una evaluación cuidadosa de la relación entre:

- La forma, el contenido y la gravedad de los síntomas
- Los antecedentes y la personalidad
- El acontecimiento estresante, la situación o la crisis biográfica

Criterios diagnósticos para el Trastorno Adaptativo (CIE-10) (13)

- a) El inicio de los síntomas debe producirse en el mes posterior a la exposición a un estrés psicosocial identificable, pero no de tipo catastrófico ni inusitado.
- b) El individuo manifiesta síntomas o alteraciones del comportamiento del tipo de los descritos en cualquiera de los trastornos del humor (afectivos)(F30-F39) (excepto ideas delirantes y alucinaciones), de cualquiera de los trastornos en F40-F48 (trastornos neuróticos, secundarios a situaciones estresantes y somatomorfos) de los trastornos disociales. Los síntomas pueden variar en forma y gravedad.
- c) El rasgo predominante de los síntomas puede especificarse más con un quinto carácter.

F43.20 Reacción depresiva breve

Estado depresivo leve y transitorio de duración no superior a un mes.

F43.21 Reacción depresiva prolongada

Estado depresivo leve que se produce en respuesta a la exposición prolongada a una situación estresante, pero cuya duración no excede los 2 años.

F43.22 Reacción mixta de ansiedad y depresión

Reacción mixta de ansiedad y depresión, predominan ambos tipos de síntomas, pero a niveles no mayores que los especificados para el trastorno mixto de ansiedad y depresión (F41.2) u otro trastorno de ansiedad mixto (F41.3).

F43.23 Con predominio de alteraciones de otras emociones

Los síntomas suelen ser de varios tipos de emoción, tales como ansiedad, depresión, preocupación, tensión e ira. Los síntomas de ansiedad y depresión pueden cumplir criterios de trastorno mixto de ansiedad y depresión (F41.2) u otro trastorno de ansiedad mixto (F41.3), pero no predominan hasta el punto de que pueda diagnosticarse otro trastorno depresivo o de ansiedad más específico. Esta categoría también debe utilizarse en niños que presentan conductas regresivas, como enuresis nocturna o chupeteo del pulgar.

F43.24 Con predominio de alteraciones disociales

La principal alteración es la del comportamiento; por ejemplo, una reacción de duelo en un adolescente que resulta en un comportamiento agresivo o disocial.

F43.25 Con alteraciones de las emociones y disociales mixtas

Los rasgos predominantes son de ambos tipos, síntomas emocionales y alteraciones del comportamiento.

Con otros síntomas predominantes especificados

- a) Excepto en la reacción depresiva prolongada, los síntomas no persisten por más de 6 meses luego del cese del estrés o sus consecuencias. Sin embargo, esto no debe impedir realizar el diagnóstico provisional aún si este criterio no se cumple.

- **Exámenes de gabinete**

El trastorno adaptativo no amerita la realización de exámenes de laboratorio, sin embargo, se podrá solicitar los necesarios acorde a comorbilidad de paciente y criterio médico.

- **Escalas de estratificación**

La valoración se basa en el análisis de la entrevista clínica, sin embargo, se podrían aplicar reactivos psicológicos de acuerdo con el criterio del profesional.

5.1 DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Tanto el trastorno adaptativo como el estrés agudo y el estrés postraumático son desencadenados por un factor estresante, pero se diferencian, ya que éste estresor en las dos últimas categorías son situaciones extraordinarias e inesperadas, además presentan sintomatología específica de esos trastornos que los diferencia.

Adicionalmente se les puede diferenciar por el tiempo de aparición de los síntomas luego del evento, en la reacción de estrés agudo la sintomatología aparece de forma abrupta, mientras que, en el trastorno adaptativo, surge paulatinamente, y en el caso del trastorno de estrés postraumático aparece de forma diferida.

Una diferencia entre los trastornos adaptativos y la depresión mayor está en que la primera obedece de forma longitudinal de los síntomas relacionados a un factor estresante, mientras que la depresión mayor es transversal según el número de síntomas (7). En caso de presentarse todos los síntomas de depresión debería optarse por ese diagnóstico y no por el de trastorno adaptativo.

En los trastornos de personalidad, por factores estresantes se exacerbaban los síntomas, pero en caso de aparecer síntomas que no son característicos de la personalidad se debe diagnosticar el trastorno adaptativo (2).

5.2 TRATAMIENTO

- **Farmacológico:**

En los pacientes que cumplan con los criterios para trastorno de adaptación, en los que hubiere sintomatología ansiosa, viviendo un factor estresor de tipo psicosocial relevante y que no cumplen con criterios para un trastorno de ansiedad generalizada, dentro del plan de tratamiento, como recomienda Reyes. J. Trastornos de Ansiedad Guía Práctica para Diagnóstico y Tratamiento, y cito:

“La mayoría de las reacciones agudas a los estresores se resuelve sin medicación, si se presentan síntomas importantes de ansiedad utilice fármacos ansiolíticos durante pocos días (ej. propranolol, buspirona, benzodiazepinas)”.

Entre los ansiolíticos recomendados tenemos las benzodiazepinas, usándose pequeñas dosis de las mismas como alprazolam, diazepam (14), dentro del arsenal farmacológico de ansiolíticos con que se cuenta el Cuadro Nacional de Medicamentos Básicos (CBM), tenemos también clonazepam y lorazepam (Cuadro Nacional de Medicamentos Básicos 10 edición).

En el caso del trastorno adaptativo con síntomas depresivos que sean muy limitantes para el paciente en su desenvolvimiento regular, se podría utilizar antidepresivos, se recomienda el uso de inhibidores de la receptación de serotonina (15).

En el cuadro básico Cuadro Básico de Medicamentos (CBM), del Ministerio de Salud Pública, al momento contamos con Sertralina y fluoxetina.

Es importante recalcar que el uso de fármacos no es la primera elección de tratamiento, a menos que como se describió anteriormente, la sintomatología ansiosa y/o depresiva sea muy significativa y se constituya en limitante para el normal desenvolvimiento del paciente.

- **No farmacológico:**

Baños, Rosa, et al (2008), manifiesta que pese a que el trastorno tiene una alta prevalencia no existen tratamientos protocolizados que estén basados en evidencia (12).

En cuanto al tratamiento, existe una variedad de escuelas psicológicas que proponen diferentes abordajes, que están centrados en el individuo, en la sintomatología, y otros en una mirada psicosocial. Se plantea que un adecuado enfoque integra todos los aspectos relacionados al paciente (16).

Se considera la psicoterapia como tratamiento de elección y en algunos casos donde los síntomas sobre todo depresivos, de ansiedad o insomnio (7) pueden generar mayor malestar, se recomienda terapia combinada con psicofármacos.

Los tratamientos se enfocan en intervenciones de psicoterapia breve, independientemente del enfoque terapéutico que se ocupe, los objetivos del tratamiento psicológico deben considerar:

- Alivio sintomático.
- Reelaboración de la experiencia.
- Conciencia de enfermedad o situación actual.
- Fortalecimiento de mecanismos de afrontamiento.
- Entrenamiento en habilidades sociales.
- Fortalecimiento de redes de apoyo.
- Adherencia a los tratamientos.
- Práctica de estilos de vida saludable.
- Adaptación a su situación actual.

Dentro de las técnicas principales que se puede utilizar tenemos: psicoeducación, ejercicios de respiración, relajamiento muscular, reestructuración cognitiva, detección y distracción de pensamiento, introspección, activación conductual. Otros tipos de tratamientos que el paciente puede utilizar son lecturas, programas de autoayuda, ejercicios de autocontrol, apoyarse en la familia o grupos de pares, actividad física.

Utilizar medicina ancestral, como la valeriana que al parecer ayuda en la disminución de síntomas de ansiedad (17).

El pronóstico de los trastornos adaptativos por lo general es positivo si se sigue un tratamiento adecuado. Los adolescentes tienden a recuperarse en mayor tiempo que los adultos, el tiempo promedio en condiciones óptimas de atención para la recuperación son tres meses (3) (de 8 a 12

sesiones). Al hablar de condiciones óptimas para el tratamiento nos referimos: por lo menos una cita semanal, gozar de espacios que guarden la privacidad, confidencialidad y el confort mínimo tanto para el paciente como para el personal de salud mental, predisposición al proceso terapéutico, recursos de desarrollo personal, adecuado soporte familia, redes de apoyo, etc.

La terapia de grupo puede ser útil en casos de pacientes con estresores similares (3).

- **Tratamiento de especialidad:** En caso de que los pacientes tengan comorbilidades deberán ser manejadas por las especialidades correspondientes.

6. MANEJO DE PRIORIDADES, CRITERIOS DE INGRESO Y EGRESO

CRITERIOS DE INGRESO:

- **Hospitalización o Terapia Intensiva:** Este diagnóstico no requiere por sí mismo el ingreso hospitalario, pero puede ser parte de las comorbilidades de un paciente hospitalizado.

CRITERIOS DE EGRESO:

- **Referencia/Contrarreferencia:** Este diagnóstico no requiere por sí mismo la referencia a un nivel de mayor complejidad. La referencia se realizará de acuerdo con normativa vigente (georeferencia).
- **Alta y Referencia Inversa:** Tras disminución de sintomatología principal del cuadro clínico, se referirá al primer nivel de atención para el seguimiento respectivo.

MANEJO DE PRIORIDADES:

- Este diagnóstico no requiere por sí mismo el ingreso hospitalario, ni referencia a un nivel de mayor complejidad, pero será de manejo prioritario en caso de riesgo de auto o heteroagresión.

7. BIBLIOGRAFÍA

- a) Área de estadística (HGDC). Estadística Hospital General Docente de Calderón. Quito-Ecuador; 2022.
- b) Pérez-franco SRLJM. Trastornos adaptativos y relacionados al estrés Trastornos. Chile; 2008.
- c) Morera, Joaquin & Calvo E. Trastornos adaptativos. Trastornos adaptativos. 2007;(2007).
- d) Quero S, Andreu-Mateu S, Moragrega I, Baños RM, Molés M, Nebot S, et al. Un programa cognitivo-conductual que utiliza la realidad virtual para el tratamiento de los trastornos adaptativos: Una serie de casos. Revista Argentina de Clinica Psicologica. 2017;16(1):5–18.
- e) Casey P. Adjustment disorder: Epidemiology, diagnosis and treatment. Vol. 23, CNS Drugs. 2009. p. 927–38.
- f) Rigatelli M, Galeazzi GM, Palmieri G. Consultation-liaison psychiatry in obstetrics and gynecology. J Psychosom Obstet Gynaecol. 2002 Sep; 23 (3):165–72.
- g) Taggart C, O'Grady J, Stevenson M, Hand E, Mc Clelland R, Kelly C. Accuracy of diagnosis at routine psychiatric assessment in patients presenting to an accident and emergency department. General Hospital Psychiatry. 2006 Jul 1; 28 (4):330–5.
- h) Apoyado Por UN Sistema De Realidad Virtual : Análisis De Su Eficacia a Través De Un Estudio. Universitat Jaume I; 2011.
- i) Organización Mundial de la Salud. CIE-10. Clasificación de los Trastornos Mentales y del Comportamiento. Décima Revisión de la Clasificación Internacional de las Enfermedades. Panamerica. Ginebra; 1992.
- j) Corbin JA. Trastorno de Adaptación: causas, síntomas y tratamiento [Internet]. Psicología y Mente. Available from: <https://psicologiaymente.com/clinica/trastorno-adaptacion>
- k) Navarro V. TRASTORNO ADAPTATIVO CON ÁNIMO DEPRESIVO [Internet]. Available from: <https://www.informacionpsiquiatria.com/subtipos-depresion/trastorno-adaptativo-con-animo-depresivo#cual-es-el-tratamiento>
- l) Palomo AFLMAJAT, Vallejo MGBJ. MANUAL DE PSIQUIATRÍA. Ene Life P. Palomo T, Jiménez-Arriero MÁ, editors. Madrid; 2009. 1019 p.

- m) GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA EN EL SNS. Guía de Práctica Clínica para el Manejo de Pacientes con Trastornos de Ansiedad en Atención Primaria. Madrid-España; 2008.

8. CONTROL DE CAMBIOS

FECHA	DESCRIPCIÓN DEL CAMBIO	SECCIÓN QUE CAMBIA	VERSIÓN
07/12/2022	Nuevo	N/A	001

9. ANEXOS

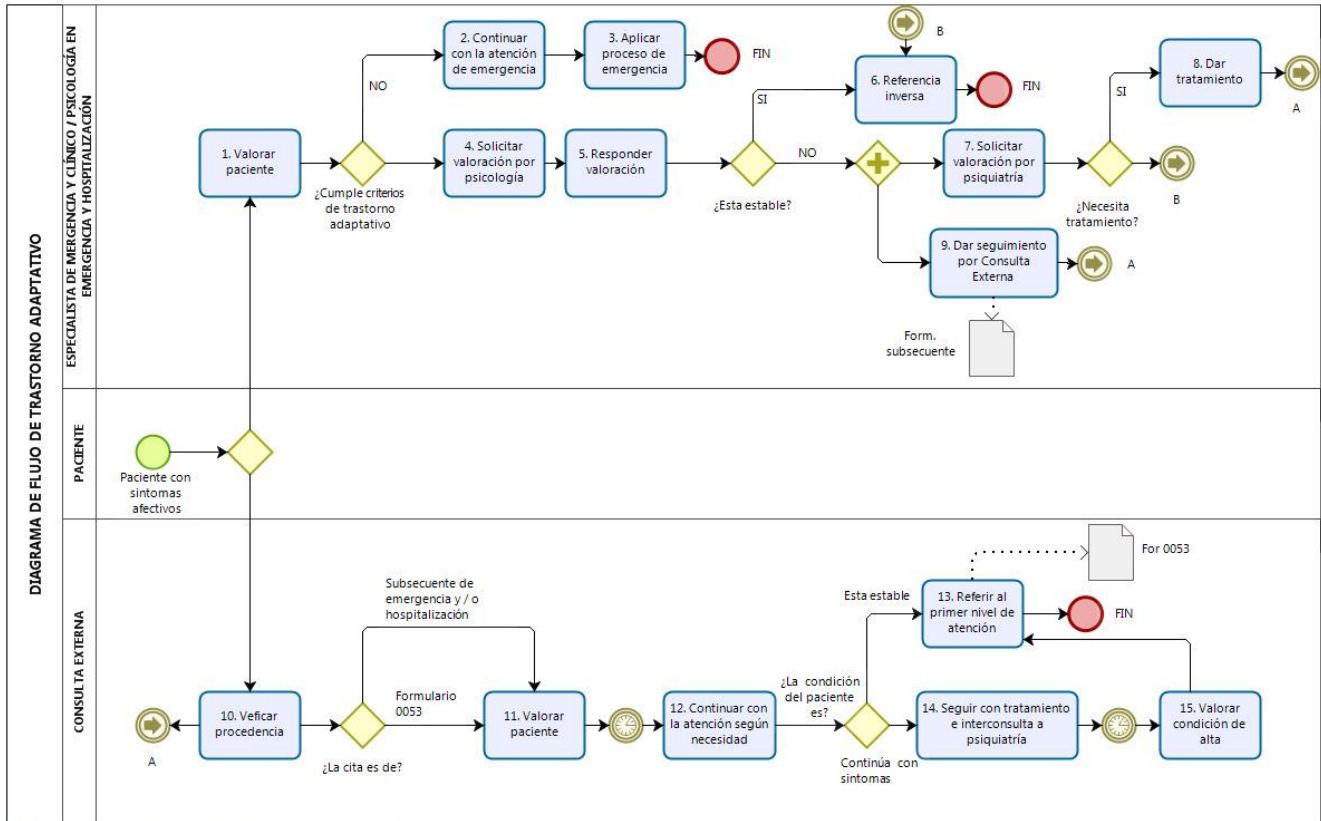


Diagrama de flujo de trastorno adaptativo

Autor: Lcda. Marisol Basantes/Calidad
Versión: 001
Descripción: Protocolo de manejo de paciente con trastorno adaptativo

