

# Trastornos adaptativos y por estrés

Sylvia Raffo L.

## Introducción

Todas las personas enfrentan sucesos estresantes en el transcurso de su vida, sin embargo no todas presentan una respuesta desadaptativa. Los profesionales de la salud tienen que atender una gran variedad de pacientes cuyos síntomas son precisamente una reacción a ciertos acontecimientos. La mayoría de estas reacciones no son graves ni prolongadas y no permiten establecer un diagnóstico psiquiátrico (ni es bueno hacerlo), pero frecuentemente son causa de intenso malestar en los individuos y ocasionalmente requieren atención médica bajo la forma de intervenciones en crisis (ver capítulo de Intervención en Crisis).

La importancia etiológica de los factores de estrés no siempre es fácil de determinar. En cada caso la reacción del individuo dependerá en buena medida de factores personales. El estrés mismo no es un factor ni necesario ni suficiente para determinar el cuadro clínico. Sin embargo, hay ocasiones en que la sintomatología depende de manera evidente y primaria de las condiciones del estrés. En ese caso estamos autorizados a hablar de reacciones al estrés o trastornos adaptativos.

Las reacciones a acontecimientos estresantes pueden ser clasificadas en: reacciones normales al estrés, trastorno por estrés agudo (o crisis situacional), trastorno por estrés post traumático y trastornos adaptativos. En estas reacciones se encuentra normalmente ansiedad y depresión y mecanismos psíquicos normales que permiten controlar la respuesta de una manera tolerable para la persona. Los mecanismos pueden ser voluntarios (entonces los llamamos “estrategias de afrontamiento”—“*coping skills*”), o pueden ser involuntarios (reciben entonces el nombre de “mecanismos de defensa”). Hay diferencias en los distintos trastornos en la manera como funcionan los mecanismos de adaptación.

### Estrategias de afrontamiento

<b>Adaptativas</b>	Evitación Elaboración de problemas Aceptar situaciones
<b>Desadaptativas</b>	Consumo de alcohol o drogas Conductas histéricas y agresivas Autolesiones

*Reacciones normales al estrés:* son reacciones normales ante acontecimientos estresantes, siendo a veces causa de intenso malestar en el individuo; si no son bien resueltas, pueden transformarse en trastornos. Normalmente se presentan de modo agudo y tienden a resolverse en un período breve de tiempo, habitualmente

en días. Hay oficios en que una reacción normal al estrés (crónica) es incluso beneficiosa (trabajadores de servicios clínicos de emergencia o intensivos) mientras se de en el contexto del trabajo.

*Trastorno por estrés agudo (crisis situacional):* aparece de modo inmediato (en la primera hora) ante factores estresantes inesperados, físicos o psíquicos; no es diferente de una reacción normal al estrés, pero se observa un sintomatología mucho más intensa y las consecuencias de los mecanismos adaptativos aparecen de modo más claro. Por ejemplo, aunque existe una gran variabilidad, lo más frecuente es que se inicie con una sensación de anestesia, de disociación (un distanciamiento emocional a la situación, popularmente llamado “*schock*”), y una activa evitación de los estímulos que recuerden el acontecimiento, lo que evoluciona en horas hacia una sensación intensa de angustia con todos los correlatos clínicos (síntomas neurovegetativos, cognitivos, etc. Ver capítulo de trastornos ansiosos). La etapa de disociación podría agravarse, con una reducción del campo de la conciencia, incapacidad para asimilar estímulos. El paciente podría evolucionar hacia un cuadro de estupor psicógeno o de agitación, incluso podría llegar a una psicosis reactiva. Estos cuadros constituyen urgencias psiquiátricas. Sin embargo, lo más corriente es que el trastorno no evolucione hacia estos estados, y se resuelva en unas horas o en algunos pocos días.

*Trastorno por estrés post traumático (TEPT):* se observa ante la experiencia personal (o como testigo) de acontecimientos extremos, inhabituales, que efectivamente colocan en serio riesgo la vida o la integridad física de una persona. Por ejemplo, sufrir un grave accidente de tránsito, una violación, una catástrofe natural. La respuesta al estrés es muy intensa y adopta características especiales que lo diferencian de un trastorno adaptativo. El paciente presenta un importante alerta con síntomas neurovegetativos, re-experiencias (“*flash-backs*”) o recuerdos vívidos de la situación traumática, una activa evitación del sitio o de los estímulos asociados, y pesadillas en torno a lo vivido. Suele aparecer de modo un poco más tardío (posterior al primer mes desde el acontecimiento estresante), siendo este factor temporal lo que lo diferencia de modo más claro del trastorno por estrés agudo, dado que el resto de los síntomas pueden ser bastante similares.

Por último, los *trastornos adaptativos*, tal como en los otros casos, se caracterizan por síntomas emocionales y/o conductuales clínicamente significativos que se desarrollan en respuesta a uno o más factores psicosociales de estrés identificables. Los síntomas no son muy diferentes a los de los otros trastornos (como ansiedad y depresión, así como evitación de los estímulos), pero en este caso las respuestas desadaptativas se presentan de modo más gradual, y los síntomas surgen

con menos rapidez. Tampoco se da aquí uno de los síntomas centrales del TEPT (re-experiencias intrusivas del acontecimiento). Si aparece, lo correcto es diagnosticar un TEPT. Lo habitual es que un trastorno adaptativo provenga de una crisis situacional (o trastorno por estrés agudo) mal resuelta. En esto, la intervención en crisis puede ser el factor protector.

Como puede apreciarse existe una clara continuidad entre los distintos trastornos y las crisis situacionales, que, siendo más breves, pueden dar origen a cualquiera de estos. Hay que insistir en que las diferencias entre unos y otros no son siempre todo lo claras que se desearían, y al final será el clínico quién haga la distinción.

Es evidente que hay personas más vulnerables que otras a estresores específicos. Existen varios factores que influyen en la capacidad de un individuo de reaccionar adaptativamente.

Algunos de estos factores son:

- Falta de una relación de confianza.
- Escasas habilidades de comunicación.
- Baja autoestima.
- Percepción errónea de que todo cambio en la propia vida es una amenaza.
- Falta de apoyo familiar, psicosocial y económico.

Los trastornos adaptativos constituyen uno de los trastornos que con mayor frecuencia se presentan en la atención primaria y entre los pacientes hospitalizados por problemas medico-quirúrgicos. Es frecuente que los trastornos adaptativos se confundan con otros cuadros que sí pueden diagnosticarse con claridad, como un episodio depresivo. Se ha sostenido que el diagnóstico de trastorno adaptativo se ha utilizado con cierta liviandad. Pero también es cierto que, al revés, un clínico más experimentado pueda diagnosticar un trastorno adaptativo cuando otro pueda haber utilizado el diagnóstico de episodio depresivo. Por otro lado, para un paciente puede ser más fácil aceptar un diagnóstico de “reacción” a un acontecimiento (que puede ser visto como algo más o menos normal), que un diagnóstico de “estado”, tal como un episodio depresivo. Muchos clínicos tienden a privilegiar entonces el diagnóstico de “adaptación” o “reacción” antes que el de estado. El debate está inacabado.

## Diagnóstico

Según la clasificación diagnóstica DSM IV los trastornos adaptativos se caracterizan por la aparición de síntomas emocionales o conductuales en respuesta a un factor estresante externo identificable tales como pérdida del empleo, enfermedad física, divorcio, migración, problemas familiares, económicos, laborales y sociales.

Los síntomas se presentan dentro de los tres meses siguientes al comienzo del acontecimiento estresante. Una vez desaparecido el estresor, los síntomas no suelen persistir más allá de 6 meses.

Los síntomas o conductas desadaptativas se expresan clínicamente del siguiente modo:

- Malestar mayor de lo esperable en respuesta al factor estresante.
- Deterioro significativo de las actividades familiares, sociales, laborales o académicas.
- Síntomas depresivos (ánimo triste, llanto, desesperanza).
- Síntomas de ansiedad (nerviosismo, irritabilidad, temor e insomnio).
- Perturbaciones de la conducta (irresponsabilidad, agresividad).
- Quejas somáticas (dolores corporales, contracturas musculares).
- Aislamiento social (evitar salir, encerrarse en la casa o habitación).
- Bajo rendimiento laboral o académico (no poder hacer lo que se hacía antes, falta de concentración y alteraciones de la memoria).
- Los síntomas no corresponden a una reacción por duelo.
- La alteración relacionada con el estrés no cumple con los criterios para otro trastorno específico y no constituye una exacerbación de un trastorno pre existente.
- Una vez que ha cesado el estresor o sus consecuencias los síntomas, no persisten más allá de 6 meses.

---

### Tipos clínicos de trastorno adaptativo de acuerdo al síntoma predominante (según DSM IV)

- **Con estado de ánimo depresivo:** las manifestaciones predominantes son ánimo bajo, llanto o desesperanza.
- **Con ansiedad:** predominan los síntomas ansiosos: nerviosismo, preocupación o inquietud, insomnio. En los niños, miedo a la separación de las figuras con las que tienen mayores vínculos.
- **Mixto, con ansiedad y estado de ánimo depresivo:** las manifestaciones dominantes son una mezcla de síntomas de depresión y ansiedad.
- **Con trastorno del comportamiento:** predomina una alteración de la conducta caracterizada por una violación de los derechos de los demás o de normas o reglas sociales apropiadas a la edad.
- **Con alteración mixta de las emociones y la conducta.**
- **No especificado:** incluye reacciones de desadaptación por factores estresantes que no pueden ser incluidas en ninguna de las anteriores categorías diagnósticas.

---

Existen diferencias en el concepto de trastorno adaptativo entre las clasificaciones diagnósticas DSM IV y CIE 10:

1. En relación a la respuesta en tiempo al estresor el CIE-10 exige que los síntomas se presenten durante el mes que sigue a la presencia del estresor, mientras que el DSM-IV establece que los síntomas deben presentarse en los primeros tres meses.
2. EL CIE-10 excluye los estresantes inusuales o catastróficos, mientras que el DSM IV los incluye siempre que no cumplan los criterios diagnósticos de

trastorno por estrés agudo o trastorno por estrés postraumático.

3. El CIE-10 incluye las reacciones por duelo y estas están excluidas en el DSM IV.

Estas diferencias explican en parte la dificultad del diagnóstico y determinan la imposibilidad de hacer estudios comparativos.

## Epidemiología

Se estima que el 5 al 20% de los pacientes que consultan en policlínicos externos de hospitales generales, consultorios de atención primaria y centros de salud mental comunitarios presentan un trastorno de adaptación.

Los servicios de psiquiatría de enlace de hospitales generales reportan una frecuencia de este trastorno de 20% y de 30% en pacientes con cáncer recién diagnosticado.

La edad promedio de los pacientes es de 25 años y su frecuencia es mayor en mujeres y adolescentes.

## Etiología

Las reacciones patológicas frente al estrés dependen de varios factores:

1. Características individuales: vulnerabilidad ante las situaciones estresantes, antecedentes de patologías anteriores por estrés, baja autoestima, ausencia o escaso apoyo familiar y social y nivel socioeconómico bajo.
2. Características del estresor: el número, significación y la forma de presentación del evento estresante influyen en la capacidad de adaptación. Para conocer el posible impacto se han elaborado escalas de acontecimientos vitales, siendo la más conocida la Escala de Holmes y Rahe. Asimismo, el enfrentamiento previo a situaciones similares y la disponibilidad de recursos personales y sociales favorecen una respuesta adaptativa al estrés.
3. En un ambiente médico progresivamente tecnologizado y con frecuencia deshumanizado resulta evidente que la enfermedad, la hospitalización, y los procedimientos diagnósticos y terapéuticos son grandes estresores para la gran mayoría de la población. El temor al sufrimiento, a padecer una enfermedad grave y a la muerte, el riesgo de invalidez y de ser una carga para la familia son factores desencadenantes de trastornos adaptativos.

## Diagnóstico diferencial

El diagnóstico diferencial debe hacerse en relación a las otras alteraciones que aparecen en respuesta al estrés: crisis situacional, trastorno de ansiedad generalizada, trastorno por estrés agudo, trastorno por estrés postraumático.

Si bien el trastorno de adaptación comparte con el trastorno de estrés agudo y el trastorno de estrés postraumático el desencadenamiento por un factor estresante, en estas dos últimas categorías se trata de una situación extrema y peligrosa y, sobre todo, inesperada, y

se desarrolla una constelación de síntomas específicos de un modo mucho más rápido y contingente al estresor.

La diferencia entre trastorno adaptativo y crisis situacional está dada por la intensidad de los síntomas y el grado de desorganización, el tiempo de aparición de los síntomas en relación al estresor y, sobre todo, la *duración* de los síntomas y conductas desadaptativas. Mientras más alejado se encuentre el factor desencadenante del cuadro actual, mayor probabilidad habrá de que se trate de un trastorno adaptativo. Será el clínico quién hará la diferencia.

En los trastornos de personalidad con frecuencia existe una exacerbación sintomática por estrés, sin embargo si en respuesta al estrés aparecen síntomas que no son característicos de la alteración de la personalidad puede diagnosticarse un trastorno de adaptación

## Curso y pronóstico

El pronóstico es generalmente favorable si se sigue un tratamiento adecuado. La mayoría de los pacientes vuelven a su nivel previo de funcionamiento en el curso de tres meses. Los adolescentes suelen requerir más tiempo para la recuperación que los adultos.

## Tratamiento

La psicoterapia breve individual continúa siendo el tratamiento de elección. La terapia de grupo puede ser de gran utilidad en pacientes que enfrentan factores estresantes similares por ej: un grupo de pacientes tratados con diálisis o un grupo de personas jubiladas.

En algunos pacientes es necesaria la combinación de psicoterapia y fármacos. En general el empleo simultáneo de medicamentos y psicoterapia tiene suficiente fundamento sobre todo en relación a los síntomas depresivos.

Si bien la mayor parte de los pacientes puede ser controlados por médicos de atención primaria o de los servicios del hospital general, algunos enfermos con síntomas depresivos pueden presentar riesgo suicida por lo que se recomienda una evaluación psiquiátrica.

Las principales limitaciones para el tratamiento adecuado de los trastornos adaptativos son: la poca aceptación de algunas personas a someterse a tratamientos puramente psicológicos, la escasez de profesionales interesados y capacitados en ciertas técnicas terapéuticas y la falta de tiempo disponible en los centros de atención.

En relación a los estresores de tipo médico es importante una actitud preventiva consistente en una relación empática profesional de salud – paciente y en la exploración de sentimientos, emociones, aprensiones y dudas de los pacientes con el fin de dar una atención integral y humanizada.

## Psicoterapia

Existen varias técnicas útiles en el tratamiento de los trastornos adaptativos:

- Técnicas de terapia cognitivo-conductual
- Manejo de la ansiedad.
- Ejercicio físico.
- Ejercicios respiratorios.

- Registro de sentimientos y conductas.
- Relajación (métodos de Schultz y Jacobson).
- Entrenamiento asertivo.
- Imaginería.

## Farmacoterapia

La medicación es necesaria en algunos pacientes de acuerdo al tipo de trastorno adaptativo e intensidad de los síntomas. Deben prescribirse durante breves períodos de tiempo.

Las benzodiazepinas están indicadas en pacientes con síntomas muy intensos e insomnio. Se recomienda una dosis de 5 a 20mg diarios de diazepam o equivalente por un periodo de 1 a 4 semanas. Su suspensión debe de ser lenta para evitar rebote de síntomas.

## Bibliografía

CIE 10. Trastornos Mentales y del Comportamiento. OMS.Madrid.1992

DSM IV. Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales. Ed. Masson. Barcelona.1995.

Kaplan H, Sadock B. Tratado de psiquiatría. Ed. Médica Panamericana. Madrid. 2000.

Hernández, Guillermo. Ansiedad y trastornos de ansiedad. Apuntes de docencia. Departamento de Psiquiatría y Salud Mental Sur. U de Chile.2005.

Morera J y Calvo E. Trastornos adaptativos. En: Vásquez-Barquero (Ed.) Psiquiatría en Atención Primaria. Ed. Aula Médica. Madrid. 1999

Retamal, Pedro. Trastornos de Adaptación. En Heerlein A. (Ed.) Psiquiatría Clínica. Ed. Sociedad de Neurología, Psiquiatría y Neuropsiquiatría. Santiago de Chile. 2000.

Kaplan H, Saddok B, Greeb J. Trastornos Adaptativos. Trastornos de Ansiedad. En Sinopsis de Psiquiatría. Ed. Médica Panamericana. Buenos Aires. 1996.

Salgado P, Serrano R y Vallejo. Trastornos de ansiedad. En Vásquez-Barquero (Ed.). Psiquiatría en atención primaria. Ed. Aula Médica. Madrid.1999

Florenzano, Ramón. Reacciones psicológicas a la enfermedad orgánica. Revista Chilena de Neuropsiquiatría.1992

De Rosa, Enrique. Estrés y trastornos adaptativos. PsyGnos. Centro de Estudios y Terapias ( Internet)

Arbersu Prieto, José. Acontecimientos vitales: medicalizando la vida. Mesa redonda. Centro de Salud Sama de Langreo. Asturias. 2005

Latorre. JM y Beneit P. (Ed.). Psicología de la salud. Ed. Lumen. Buenos Aires. 1994

Latorre, José Miguel. El paciente en el medio hospitalario. En Psicología de la Salud. Capítulo 12.

Beneit, Pedro. La enfermedad crónica. En Psicología de la salud. Capítulo 14.

*E.U. Sylvia Raffo L  
Colaboración editorial de Juan M. Pérez F.  
Apuntes para uso exclusivo de docencia.  
Departamento de Psiquiatría y Salud Mental.  
Campus Sur.  
Universidad de Chile.  
2008.*