

Trastornos adaptativos y relacionados al estrés

Sylvia Raffo L./Juan M. Pérez-Franco

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.

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, 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

Adaptativas	Evitación Elaboración de problemas Aceptar situaciones
Desadaptativas	Consumo de alcohol o drogas Conductas histriónicas y agresivas Autolesiones

Tipos de reacciones vinculadas al estrés

Reacción normal al estrés

Son reacciones normales ante acontecimientos estresantes por lo general corrientes, siendo ocasionalmente causa de intenso malestar en el individuo. Normalmente se

presentan de modo agudo y tienden a resolverse en un período breve de tiempo, desde unas pocas horas hasta no más de uno o dos días. Si no son bien resueltas dentro de un plazo limitado, pueden transformarse en trastornos. 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. La reacción normal al estrés se experimenta como una sensación de alerta, tensión muscular y psíquica, preocupaciones más o menos razonables acerca del acontecimiento estresante, y raramente molestias digestivas o alguna alteración menor y pasajera del dormir. Lo fundamental de una reacción normal al estrés es que *no provoca disfuncionalidad en el sujeto*, y este continúa haciendo su vida de modo normal.

Reacción al estrés agudo

Aparece de modo inmediato (en la primera hora) ante factores estresantes inesperados, físicos o psíquicos de naturaleza excepcional; la sintomatología incluye síntomas neurovegetativos, cognitivos, afectivos y conductuales similares a la del trastorno de ansiedad generalizada, pero mostrando una preocupación por un acontecimiento real. Aunque existe variabilidad, es

Criterios diagnósticos para la Reacción al Estrés Agudo (CIE-10)

- El paciente debe haber sido expuesto a un estresor mental o físico excepcional.
- La exposición al estresor es seguida por la instalación inmediata de los síntomas (dentro de una hora).
- Existen dos subgrupos de síntomas. La reacción al estrés agudo se gradúa según ellos como:
 - Leve: sólo se cumple criterio (1).
 - Moderada: se cumple criterio (1) y dos síntomas cualesquiera del criterio (2).
 - Grave: Se cumple cualquier criterio (1) y cuatro criterios (2) cualesquiera; o bien hay estupor disociativo.
- Criterios B, C, D para trastorno de ansiedad generalizada.
 - Aislamiento de interacciones sociales esperadas.
 - Estrechamiento de la atención.
 - Desorientación aparente.
 - Rabia o agresión verbal.
 - Desesperanza.
 - Hiperactividad sin propósito.
 - Pena incontrolable o excesiva (bajo estándares culturales locales).
- Si el estresor es transitorio o se puede eliminar, los síntomas comienzan a disminuir después de no más de 8 horas. Si la exposición al estresor continúa, los síntomas deben disminuir en no más de 48 horas.
- Cláusula de exclusión más usada: la reacción debe ocurrir en ausencia de cualquier otra alteración mental o conductual y no dentro de los 3 meses siguientes al fin de un episodio de trastorno mental.

frecuente 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. La etapa de disociación podría agravarse, con una reducción del campo de la conciencia e 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)

Es una respuesta *diferida* a un acontecimiento estresante (breve o duradero). 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 la propia persona o de otra, y que provocaría una reacción de malestar en la mayoría de las personas. Por ejemplo, sufrir un grave accidente de tránsito, una violación, una catástrofe natural, presenciar un asesinato, o un asalto, sufrir tortura o violencia social.

El paciente presenta característicamente tres grupos de síntomas: a. un importante alerta con síntomas neurovegetativos (no diferentes de cualquier trastorno ansioso), b. re-experiencias (“flash-backs”) o recuerdos vívidos, o también pesadillas, de la situación traumática, y c. una activa evitación del sitio o de los estímulos asociados. 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.

Criterios diagnósticos para el Trastorno por Estrés Postraumático (CIE-10)

- A. El paciente debe haber sido expuesto a un evento o situación estresante (sea de corta o larga duración) de naturaleza excepcionalmente amenazadora o catastrófica, que causaría una aflicción invasiva casi en cualquier persona.
- B. Existe un permanente recuerdo o reviviscencia del estresor sea como imágenes intrusivas, recuerdos vívidos o sueños recurrentes, o se experimenta angustia al exponerse a circunstancias que recuerdan o se asocian al estresor.
- C. El paciente evita circunstancias específicas que recuerdan o se asocian con el estresor, que no ocurría antes de la exposición.
- D. Cualquiera de los siguientes:
 - (1) incapacidad para recordar, total o parcialmente, algunos aspectos importantes del período de exposición al estresor.
 - (2) síntomas persistentes de mayor sensibilidad psicológica y activación (ausentes antes de exponerse al estresor), que se evidencian por:
 - a. dificultad para dormir;
 - b. irritabilidad o accesos de rabia;
 - c. dificultad para concentrarse;
 - d. hipervigilancia;
 - e. respuesta de sobresaltos exagerados.
- E. Los criterios B, C y D deben cumplirse dentro de 6 meses a contar del evento estresante o desde el término del período de estrés. (Para algunos propósitos puede incluirse el comienzo luego de los 6 meses, pero debe ser claramente especificado).

Trastorno adaptativo

Tal como en los otros casos, el trastorno adaptativo se caracteriza por síntomas emocionales y/o conductuales clínicamente significativos que se desarrollan en respuesta a uno o más factores psicosociales de estrés identificables. El cuadro suele presentarse de manera progresiva. Si el estresor fue único, se espera que la sintomatología no ocurra más allá del primer mes desde el acontecimiento estresante (CIE-10), pero otros criterios son más flexibles y se espera su aparición hasta 6 meses después de lo ocurrido. Los síntomas son similares a otros trastornos de ansiedad, pero es frecuente que exista una mezcla variable de humor depresivo, ansiedad, dificultad para planificar el futuro, agobio psíquico, y pueden llegar a ser intensamente disfuncionales. Un trastorno adaptativo prolongado puede agravarse y ser indistinguible de un episodio depresivo. Los adolescentes pueden manifestar el trastorno con conductas antisociales, y en los niños hay conductas regresivas como enuresis y encopresis, succión del pulgar, o lenguaje infantilizado.

Criterios diagnósticos para el Trastorno Adaptativo (CIE-10)

- A. El inicio de los síntomas debe ocurrir dentro de 1 mes desde la exposición a un estresor psicosocial identificable que no sea de tipo catastrófico o inusual.
- B. El sujeto muestra síntomas o alteraciones de conducta del tipo que se encuentra en cualquiera de los trastornos afectivos (excepto delirio o alucinaciones), trastornos neuróticos, relacionados con el estrés, o trastornos somatoformes y conductuales, pero sin cumplir criterios para un trastorno individualizado. Los síntomas pueden ser variados tanto en forma como en gravedad.

El tipo predominante de síntomas se puede especificar con un quinto carácter.

Reacción depresiva breve

Un estado depresivo suave y transitorio que no excede un mes.

Reacción depresiva prolongada

Un estado depresivo suave que ocurre como respuesta a una exposición prolongada a una situación estresante, pero de una duración que no excede los 2 años.

Reacción mixta ansioso depresiva

Tanto los síntomas ansiosos como los depresivos son prominentes, pero a niveles no mayores que aquellos especificados para un trastorno mixto ansioso depresivo u otro trastorno mixto de ansiedad.

Con alteración predominante de otras emociones

Los síntomas son usualmente de varios tipos de emoción, tales como ansiedad, depresión, preocupaciones, tensión y rabia. Los síntomas de ansiedad y depresión pueden satisfacer criterios de trastorno mixto ansioso depresivo o de otros trastornos ansiosos mixtos, pero no son tan predominantes como para que se diagnostiquen otros trastornos ansioso depresivos más específicos. Esta categoría también debiera usarse para reacciones en niños en los que existan reacciones regresivas tales como enuresis o succión del pulgar.

Con alteración predominante de la conducta

La alteración principal involucra la conducta, p.ej. una reacción de duelo en un adolescente que lleva a conductas regresivas o disociales.

Con alteraciones mixtas de emociones y conductas

Son predominantes alteraciones y síntomas tanto emocionales como conductuales.

Con otros síntomas predominantes especificados

- C. 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.

No se da aquí uno de los síntomas centrales del TEPT (re-experiencias intrusivas del acontecimiento). Si aparece, lo correcto es diagnosticar un TEPT y no un trastorno adaptativo. Es frecuente 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.

Hay que insistir en que las diferencias entre los trastornos no son siempre todo lo claras que se desearía, 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 médico-quirúrgicos. 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.

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.

**Trastornos relacionados con el estrés
(cuadro resumen)**

Reacción normal al estrés	Reacción al estrés agudo	Trastorno por estrés postraumático (TEPT)	Trastorno adaptativo
Reacción de intensidad variable ante situaciones estresantes corrientes. Se presenta tanto de modo agudo como crónico y en forma inmediata a la aparición del estresor. Habitualmente se resuelve en un período breve (horas) con los estresores agudos. Provoca escasa o nula disfuncionalidad. Puede ser incluso funcional a ciertas actividades. Síntomas: • Alerta • Tensión muscular y psíquica • Preocupaciones razonables • Rara o transitoriamente síntomas digestivos o del sueño.	Reacción causada por un estresor inesperado y excepcional. Los síntomas son los de un trastorno de ansiedad generalizada pero con preocupaciones más o menos realistas referidas al acontecimiento estresante. Se presenta de manera inmediata y dura de pocas horas a no más de dos días, dependiendo de si el estresor se elimina o no. Puede provocar grados diferentes de disfuncionalidad. Forma grave es estupor disociativo.	Reacción a un estresor extremo, con real amenaza de integridad física o mental (un accidente grave, violación, tortura, guerra, desastres), que provocaría una reacción importante en cualquier persona. Es diferido al hecho. Síntomas: • Alerta neurovegetativa • Evitación del lugar o estímulos asociados • Reexperiencias ('flash-backs') o pesadillas referidas a lo acontecido.	Reacción ante un estresor corriente de intensidad diversa, que se instala progresivamente, aunque no más allá del primer mes de ocurrido el hecho estresante. Puede derivar de una reacción al estrés agudo. No persiste más allá de 3 meses de eliminado el estresor. Síntomas: mezcla variable de humor depresivo, angustia, agobio, trastornos cognitivos, alteraciones del sueño. En niños aparecen conductas regresivas, o conductas antisociales en adolescentes.

Diagnóstico diferencial

El diagnóstico diferencial debe hacerse en relación a los diferentes trastornos de angustia dado que entre ellos comparten la semiología de la angustia: trastorno de ansiedad generalizada, trastorno por estrés agudo, trastorno por estrés postraumático. Incluso un episodio depresivo con mucha angustia.

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 extraordinaria y, sobre todo, inesperada, y se desarrolla una constelación de síntomas específicos contingentes al estresor. Por lo demás el TEPT aparece de modo diferido.

La diferencia entre trastorno adaptativo y reacción al estrés agudo está dada por el momento y la brusquedad con que se inician los síntomas 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.

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.

Crisis situacional

La crisis situacional es un fenómeno frecuente en todo contexto clínico, pero en estricto rigor no es un diagnóstico, no es reconocido como tal por las nosografías internacionales (y probablemente no sea necesario). El concepto de crisis surgió como una manera de conceptualizar teórica y también prácticamente las estrategias de ayuda que se les pueden brindar a las personas. Constituye *la base de una intervención*, más que un constructo nosológico. Se le menciona aquí porque está indudablemente vinculado a todos los trastornos relacionados con el estrés, y a veces genera confusión en su uso como posible diagnóstico (que no es).

Una crisis es un estado temporal de trastorno y desorganización (Caplan, 1964), una incapacidad del individuo para abordar situaciones particulares de la manera usual (Taplin, 1971), y tiene un potencial de resultado radicalmente positivo o negativo (Schulberg y Sheldon, 1968). Esencialmente existen dos tipos de crisis: aquellas circunstanciales, inesperadas o accidentales, que son principalmente ambientales, que suelen llamarse *crisis situacionales*; y las crisis relacionadas con el cambio de una etapa de crecimiento a otra; estas son llamadas *crisis del desarrollo* y son más bien predecibles.

El hecho central de una crisis es la discrepancia entre lo que una persona cree que puede afrontar (sus recursos) y la valoración que hace de la situación problemática. Se trata de un fenómeno que toca el sentido o significado del sí mismo y del mundo, que suele acompañarse de síntomas de diversa intensidad. Puede ocurrir simultáneamente con casi cualquiera de los trastornos

relacionados con el estrés. De modo que no son diagnósticos incompatibles, sino más bien complementarios. Es frecuente que una crisis situacional genere una reacción normal al estrés (no hay alteración de la funcionalidad cotidiana), pero que a la persona le cueste igualmente superarla y, si solicita ayuda, debe intervenir bajo las premisas de crisis.

Para una crisis situacional existe una técnica específica de abordaje llamada *intervención en crisis*. Una crisis situacional se puede resolver de manera positiva (el sujeto adopta una estrategia que le devuelve el control de la situación), o de manera negativa (la crisis se transforma en un trastorno adaptativo de mayor o menor gravedad). El objeto de la intervención en crisis es reducir la incidencia de trastornos (p.e. un trastorno adaptativo, o post traumático), reducir los efectos dañinos a nivel de significado psíquico o personal de los sucesos ocurridos, y, en una etapa terciaria, reparar el daño hecho tras el suceso (prevenir las secuelas psíquicas).

Una intervención en crisis adecuada tiende a reducir la probabilidad de que ocurran efectos adversos, aumentar la probabilidad de crecimiento o dominio personal y constituye una primera ayuda psicológica.

Pasada esta primera etapa de intervención en crisis, se puede derivar al paciente para que continúe en una terapia de crisis, un procedimiento algo más complejo, a más largo plazo, y que involucra personal más especializado (normalmente un psicólogo o psicoterapeuta).

La resolución adecuada de la crisis significa la restauración del equilibrio emocional, el dominio cognitivo de la situación y el desarrollo de nuevas estrategias de afrontamiento, cambios de conducta y uso apropiado de recursos externos.

Riesgo psicosocial laboral

En los últimos 15 años ha surgido una importante corriente de trabajo en torno a los fenómenos de estrés asociados a las condiciones laborales. El fundamento teórico más relevante ha sido abandonar el foco de atención sanitaria tradicionalmente puesto en el estrés o en la reacción misma de estrés y llevarlo a las *condiciones laborales* en que el estrés aparece. En esta concepción, el estrés se considera sólo un mediador de patología. Por ejemplo, existen muchos estudios que muestran la alta correlación entre el estrés y la patología cardiovascular, incluso infarto y muerte. Cuando el foco de interés está puesto sobre el estrés, entonces la intervención es del tipo “relajación”. Típicamente se trata de programas de naturaleza recreacional, como el fomento al ejercicio, andar en bicicleta, talleres de relajación o yoga. Se difunden de manera popular en programas tipo “cómo combatir el estrés” y similares, con escaso o nulo fundamento metodológico. Al cambiar el foco desde el estrés a las condiciones que lo provocan, es posible examinar y diagnosticar críticamente las condiciones laborales que están provocando el estrés y modificarlas. Por ejemplo, el COPSOQ (Copenhagen Psychosocial Questionnaire), desarrollado por investigadores daneses pero actualmente en proceso de traducción y adaptación en varios países (entre ellos Chile), es un instrumento de

medida del riesgo psicosocial en el trabajo, siguiendo un modelo similar al ruido, su medición y la prevención de la sordera. Con este tipo de aproximaciones es toda la organización laboral la que es evaluada (por ejemplo, grado de exigencias psicológicas, capacidad de controlar el propio trabajo, relación con las jefaturas y compañeros de trabajo, reconocimiento a la labor o al esfuerzo, alteración de la vida hogareña o familiar por el trabajo y muchas otras variables). Así, es posible afrontar los cambios que ha tenido el trabajo en el mundo y diseñar programas que logren disminuir efectivamente el riesgo controlando el estrés y las patologías asociadas.

Curso y pronóstico

El pronóstico de los trastornos adaptativos o por estrés 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 pueden 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.

La reacción al estrés agudo puede presentarse como un estupor disociativo. El mejor tratamiento es conversacional, y podría requerir una sedación suave (ver Urgencias Psiquiátricas), a menos que evolucione hacia una agitación e incluso hacia una psicosis breve reactiva. En estos casos se requerirá probablemente hospitalización y una interconsulta 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 el campo de la medicina laboral la principal dificultad es lograr que las organizaciones (empresas o instituciones) realicen los cambios en las condiciones de riesgo psicosocial, que suelen ser vistos como amenazas por los directivos y supervisores, o como intrascendentes por los trabajadores.

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 relacionados con el estrés:

- 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.

Un trastorno adaptativo en que predominen síntomas depresivos debe recibir fármacos adecuados (antidepresivos) en dosis útiles.

En casos más graves de reacciones agudas al estrés (por ejemplo, cuando el cuadro se inicia o evoluciona hacia un estupor disociativo), habrá que considerar una mezcla de fármacos, entre los que se destaca el lorazepam. Sin embargo, en el caso del estupor probablemente la indicación más adecuada sea la Terapia Eléctrica (“electroshock”), realizada con todos los cuidados normados y bajo supervisión de especialista.

Bibliografía

- Arbersu Prieto, José. Acontecimientos vitales: medicalizando la vida. Mesa redonda. Centro de Salud Sama de Langreo. Asturias. 2005
- Beneit, Pedro. La enfermedad crónica. En Psicología de la salud. Capítulo 14.
- CIE 10. Trastornos Mentales y del Comportamiento. OMS. Madrid. 1992
- DSM IV. Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales. Ed. Masson. Barcelona. 1995.
- Florenzano, Ramón. Reacciones psicológicas a la enfermedad orgánica. Revista Chilena de Neuropsiquiatría. 1992
- Hernández G, Vidal M, Gómez A, Ibáñez C, Pérez-Franco J. Ansiedad y trastornos de ansiedad. Apuntes de docencia. Departamento de Psiquiatría y Salud Mental Sur. U de Chile. 2010.

- Kaplan H, Sadock B. Tratado de psiquiatría. Ed. Médica Panamericana. Madrid. 2000.
- Kaplan H, Saddok B, Greeb J. Trastornos Adaptativos. Trastornos de Ansiedad. En Sinopsis de Psiquiatría. Ed. Médica Panamericana. Buenos Aires. 1996
- Kristensen, TS. A questionnaire is more than a questionnaire. Scand J Public Health 2010; 38; 149
- 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.
- 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.
- Salgado P, Serrano R y Vallejo. Trastornos de ansiedad. En Vásquez-Barquero (Ed.). Psiquiatría en atención primaria. Ed. Aula Médica. Madrid.1999

E.U. Sylvia Raffo L
Colaboración editorial de Juan M. Pérez-Franco.
Apuntes para uso exclusivo de docencia.
Departamento de Psiquiatría y Salud Mental.
Campus Sur.
Universidad de Chile.
2011.