



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE  
MÉXICO**

**FACULTAD DE MEDICINA  
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO E  
INVESTIGACIÓN**

**CENTRO MÉDICO NACIONAL “20 DE  
NOVIEMBRE”**

No de Folio: 276.2021

**FRECUENCIA DEL TRASTORNO DE  
ADAPTACIÓN EN POBLACIÓN  
INTRAHOSPITALARIA DURANTE EL AÑO  
2019 EN EL CENTRO MÉDICO NACIONAL  
“20 DE NOVIEMBRE” DEL ISSSTE.**

**TESIS DE POSGRADO**

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:  
**ESPECIALISTA EN PSIQUIATRÍA**

PRESENTA:

**DR. FERNANDO PINEDA MARÍN**

ASESORA DE TESIS:

**DRA. MARTA GEORGINA OCHOA MADRIGAL**



**ISSSTE**

CIUDAD DE MÉXICO, OCTUBRE DE 2021



Universidad Nacional  
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

**Biblioteca Central**



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

**FRECUENCIA DEL TRASTORNO DE ADAPTACIÓN EN POBLACIÓN  
INTRAHOSPITALARIA DURANTE EL AÑO 2019 EN EL CENTRO MÉDICO  
NACIONAL “20 DE NOVIEMBRE” DEL ISSSTE.**

**No de Folio: 276.2021**

**CENTRO MÉDICO NACIONAL “20 DE NOVIEMBRE”**

**AUTORIZACIONES**

---

**DR. JORGE E. ALEJANDRE CRUZ DIRECTOR DE ENSEÑANZA,  
CMN “20 DE NOVIEMBRE”, ISSSTE**

---

**DR. PAUL MONDRAGON TERAN COORDINADOR DE INVESTIGACIÓN,  
CMN “20 DE NOVIEMBRE”, ISSSTE**

---

**DRA. MARTA G. OCHOA MADRIGAL ASESORA Y TITULAR DEL  
CURSO DE ESPECIALIZACIÓN EN PSIQUIATRÍA  
CMN “20 DE NOVIEMBRE”, ISSSTE**

---

**DR. FERNANDO PINEDA MARÍN  
AUTOR DE TESIS  
SERVICIO DE PSIQUIATRÍA, CMN “20 DE NOVIEMBRE”, ISSSTE**

## AGRADECIMIENTOS

---

A mi esposa, Karla, la cual inició conmigo este viaje y me acompañó a cada paso, siempre dándome todo su amor, apoyo y entusiasmo. Este logro lo compartó con ella y le agradezco su incondicionalidad y cada palabra de aliento para persistir.

A mis padres, Eliseo y Jacinta, quienes dedicaron su vida a impulsarme a ser mejor cada día, a prepararme y siempre avocarme a mi profesión. Mi papá que siempre fue un hombre de acciones y ejemplos. A mi mamá que me enseña la fe que debo de poner a todo lo que hago.

Mi hermano Juan Carlos y mi hermana Anel, ambos siempre han sido ejemplos que si tienes pasión y vocación por lo que haces, los logros se establecerán. Son personas verdaderamente admirables personal y profesionalmente.

Mi cuñada Adriana, la cual nos ha enseñado a siempre tomar iniciativa. Mi sobrina Karla, la cual fue y es mi compañera desde la infancia y que próximamente será mi colega. Mi sobrino Eliseo el cual siempre me ha recordado la importancia de querer con toda la fuerza.

Mi familia política, el Sr. Manuel, la Sra. Alicia, el Sr. Alejandro y la Sra. Griselda, los cuales llegaron a formar gran importancia en mi vida, dándome siempre apoyo y afecto.

Mis maestros, la Dra. Marta Georgina Ochoa Madrigal y el Dr. Francisco J. Valencia Granados, los cuales me dieron su apoyo y confianza para mi formación y desempeño como profesional, siempre otorgándome consejo y guía.

Mis amigos y amigas, que permanecen en cada momento de adversidad y logro, manteniendo siempre esa compañía llena de risas. A Ricardo, Guillermo, Christian, Carlos, Dora, Dulce, Nadia, Adolfo, Marcos.

Mis compañeros de Residencia, demostrándome que este periodo no es de competencia, sino de unión y amistad, dirigiéndonos siempre hacia la misma meta. Así mismo, a mis Residentes de años previos, los cuales me dieron la guía y la práctica para la Enseñanza. Mis buenos amigos Daniel, Karla, Hugo.

Finalmente, y con la misma importancia, a mi hermano Cheo el cual me acompañó desde que nací y ha estado conmigo siempre en cada paso, recordándome mantener una sonrisa ante la adversidad.

## INDICE

---

|   |    |
|---|----|
| 1.- RESUMEN                                   | 06 |
| 2.- ABREVIATURAS                              | 08 |
| 3.- INTRODUCCIÓN                              | 09 |
| 4.- ANTECEDENTES                              | 12 |
| 5.- PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA                | 15 |
| 6.- JUSTIFICACIÓN                             | 17 |
| 7.- PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN                 | 18 |
| 8.- HIPÓTESIS                                 | 18 |
| 9.- OBJETIVOS                                 |    |
| 9.1.- OBJETIVO GENERAL                        | 18 |
| 9.2.- OBJETIVOS PARTICULARES                  | 18 |
| 10.- METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN          | 19 |
| 10.1 DISEÑO Y TIPO DE ESTUDIO                 | 19 |
| 10.2 POBLACIÓN DE ESTUDIO                     | 19 |
| 10.3 UNIVERSO DE TRABAJO                      | 19 |
| 10.4 ESQUEMA DE SELECCIÓN                     | 19 |
| 10.4.1 CRITERIOS DE INCLUSIÓN                 | 19 |
| 10.4.2 CRITERIOS DE EXCLUSIÓN                 | 20 |
| 10.4.3 CRITERIOS DE ELIMINACIÓN               | 20 |
| 10.5 TIPO DE MUESTREO                         | 21 |
| 10.6 DESCRIPCIÓN OPERACIONAL DE LAS VARIABLES | 21 |
| 10.8 TÉCNICAS Y PROCEDIMIENTOS EMPLEADOS      | 22 |
| 10.9 PROCEDIMEINTO Y ANÁLISIS ESTADÍSTICO     | 22 |
| 11.- ASPECTOS ÉTICOS                          | 23 |
| 12.- CONFLICTO DE INTERESES                   | 24 |
| 13.- CONDICIONES DE BIOSEGURIDAD              | 24 |
| 14.- PERSPECTIVAS                             | 24 |
| 15.- DIFUSIÓN                                 | 24 |
| 16. RESULTADOS                                | 25 |
| 17.- DISCUSIÓN                                | 31 |

|                                 |    |
|---------------------------------|----|
| 18.- CONCLUSIONES               | 32 |
| 19.- REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS | 33 |
| 20.- ANEXOS                     | 36 |

## 1.- RESUMEN

---

### **Introducción:**

El Trastorno de Adaptación es un padecimiento que presenta una variación en su prevalencia y frecuencia, dependiendo de la población que se estudie y los métodos de evaluación que se utilicen, sin embargo, existe un mayor reporte de casos en el ámbito hospitalario. Este padecimiento se caracteriza por una respuesta maladaptativa ante un estresor que es identificable. La respuesta está compuesta por componentes emocionales y/o conductuales. La sintomatología se encuentra fuera de los parámetros esperados para el contexto social y/o cultural de la población y, de acuerdo al DSM-5, pueden presentarse como síntomas de ánimo disminuido, ansiedad o mixtos, así como alteraciones conductuales y una combinación de todos estos (síntomas emocionales y conductuales)<sup>3,6,16</sup>. Cabe mencionar que en el apartado de Trastornos relacionados con traumas y factores de estrés, el diagnóstico de Trastorno de Adaptación discierne de otros como el Trastorno de Estrés Postraumático y el Trastorno de Estrés Agudo, ya que en estos dos últimos, el origen es definido como un evento traumático y cuenta con las características específicas para ser determinado un criterio. Por otro lado, el evento o eventos estresantes que causen malestar en el Trastorno de Adaptación, no se encuentran definidos aún, aunque se llegan a describir situaciones como la pérdida de trabajo, la separación marital, el fallecimiento de un ser querido o, incluso, el diagnóstico o padecimiento<sup>8,9</sup>.

**Objetivo:** En este trabajo se pretende realizar, desde un enfoque descriptivo, la obtención de datos de la proporción de casos con el diagnóstico de Trastorno de Adaptación, así como realizar una breve descripción de estos.

**Métodos:** Para evaluar el objetivo de este trabajo, se realizará la obtención, por medio del Sistema Integral de Administración Hospitalaria, de expedientes de los pacientes en hospitalización del Centro Médico Nacional 20 de Noviembre ISSSTE. Los pacientes deben de presentar el diagnóstico de Trastornos de Adaptación acorde al CIE-10.

**Resultados:** De los resultados obtenidos, se encontró que la frecuencia encontrada del Trastorno de Adaptación de los pacientes evaluados por el servicio de Psiquiatría fue de 12%, encontrándose en el rango de la frecuencia descrita en la población general. Específicamente, la sintomatología del TA fue variable en cuanto a la descrita en la literatura, con un predominio de cuadro clínico Mixto. Un aspecto importante encontrado, fue el predominio de especialidades médicas con enfoque quirúrgico, considerando que este diagnóstico ha sido evaluado primordialmente en un contexto de área Oncológica.

**Conclusiones:** Concluimos que el TA es una entidad que tiene una frecuencia importante en los pacientes en hospitalización, particularmente en las áreas médico-quirúrgicas, por lo que requiere de una evaluación psiquiátrica oportuna para dar el seguimiento adecuado a la evolución y remisión de síntomas.

## 2.- ABREVIATURAS

---

OMS- Organización Mundial de la Salud.

APA- Asociación Psiquiátrica Americana.

DSM-5- Manual de Enfermedad y Estadística quinta edición.

CIE-10- Clasificación Internacional de Enfermedades. Décima edición.

CIE-11- Clasificación Internacional de Enfermedades. Décima primera edición.

ISSSTE- Instituto de Seguridad y de Servicios Sociales para los Trabajadores del Estado

TA- Trastorno Adaptativo

SNC- Sistema Nervioso Central

HHS- Hipotálamo-Hipófisis-Suprarrenal

### 3.- INTRODUCCIÓN

---

Los eventos estresantes son situaciones que pueden exceder la capacidad adaptativa de una persona ocasionando respuestas psicológicas, conductuales y biológicas, las cuales pueden llegar a ocasionar el riesgo de una enfermedad, o agravar una condición preexistente. El estrés es un factor muy relevante en las enfermedades psiquiátricas, ya que el cerebro es el órgano central en determinar la amenaza y el efecto estresante sobre el organismo, así como la respuesta conductual y fisiológica del mismo<sup>2</sup>. El estrés ha sido evaluado en diferentes perspectivas, de acuerdo a Cohen, Kessler y Underwood Gordon, en 1995<sup>1</sup>, estableciendo tres modelos: el epidemiológico, el psicológico y el biológico. En el primero, evalúan el estrés de acuerdo con los eventos individuales de la vida, considerando que estos puedan causar un cambio importante en la cotidianidad de la persona. Por lo tanto, mientras más importante es el cambio adaptativo que implica el evento, generará una mayor respuesta de estrés. De igual manera, esto sugiere que el estrés tiende a ser acumulativo por lo que diferentes eventos se irán agregando y así, generando un peso importante sobre la adaptación del individuo. En esta perspectiva, los eventos estresantes o estresores son definidos como situaciones indeseables o amenazantes. De manera consensuada, algunas escalas (como la Escala de Evaluación de Readaptación Social o la SRRS, por sus siglas en inglés) reportan como eventos estresantes a la pérdida de trabajo, el fallecimiento de un familiar o persona cercana al individuo, y/o problemas legales<sup>2,8,10</sup>. Por otro lado, en estudios realizados hacia situaciones que generan estrés y analizadas de manera individual, se describen como eventos estresantes al desempleo, la separación marital, el duelo, las dificultades económicas, y el cuidado de un enfermo crónico. Por lo tanto, esto nos lleva a la consideración de que ciertas eventualidades pueden generar estrés y, consecuentemente, una respuesta adaptativa. A través del tiempo, la perspectiva epidemiológica ha cambiado la consideración de lo que constituye un evento estresante, estableciendo finalmente que el estrés es definido en referencia al impacto, lo que este refleje en el individuo y el juicio que determine hacia él último.

Por otro lado, la perspectiva psicológica establece que el estrés no puede ser evaluado de acuerdo al consenso general, tomando en cuenta que un evento no causa la misma respuesta en diferentes individuos. Es decir, que este evento es evaluado de acuerdo con las ideas de cada individuo, en consideración de la amenaza del evento y los recursos que este último posee. La persona determina, de acuerdo al daño, la intensidad, la duración y el posible control que tenga sobre la situación amenazante, contemplando las creencias personales y del ambiente, así como los valores y compromisos individuales. En sí, desde este punto de vista, el estrés es definido como una experiencia que ocurre cuando los individuos valoran este evento como amenazante o dañino, y que generan una dificultad para la respuesta, acorde a sus recursos personales<sup>9</sup>.

Por último, el abordaje biológico del estrés es definido a través de las alteraciones en los sistemas fisiológicos, que regulan tanto la homeostasis y el metabolismo. A corto plazo, es posible que estos sistemas generen una respuesta favorable para adaptarse, sin embargo, en el largo plazo, esta respuesta puede ser mal adaptada y, por consiguiente, llevar al riesgo de una enfermedad. Como sistema principal relacionado a esta perspectiva, se menciona al eje Hipotálamo-Hipófisis-Suprarrenal (HHS), el cual se encarga de la respuesta en el Sistema Nervioso Autónomo, con hormonas corticales y medulares de origen adrenal, como el cortisol, y la norepinefrina y epinefrina, respectivamente. Estas hormonas generan una respuesta autonómica observable e identificable como son la Presión Arterial y la Frecuencia Cardíaca. Similarmente, se resalta la conexión constante entre el Sistema Nervioso Central (SNC) y el resto de los sistemas, como el ya mencionado neuroendocrino (HHS), autonómico, metabólico e inmune. En este último sistema, es de relevancia la elevación de citocinas inflamatorias que se genera como consecuencia biológica de eventos adversos, la cual se puede mantener de manera constante a través del tiempo, provocando afecciones a largo plazo en el organismo<sup>1,2,8</sup>.

Las perspectivas antes mencionadas se pueden integrar como un sistema de etapas, es decir, como procesos que pueden ocurrir de manera progresiva hacia una enfermedad. De primera instancia, tendríamos el ambiente, los eventos de vida que pueden ser determinados como amenazantes o estresantes, y que pueden o no tender a acumularse. Posteriormente, este evento se evalúa por el individuo, ocasionando una respuesta afectiva, acorde a los recursos personales. Simultáneamente, esto genera una respuesta neuroendocrina por parte del sistema HHS con implicaciones inmunes, metabólicas y autonómicas que, consecuentemente, tiene implicaciones en las enfermedades, tanto médicas como psiquiátricas<sup>1</sup>.

El TA es un padecimiento que presenta una variación en su prevalencia y frecuencia, dependiendo de la población que sea evaluada, así como los métodos y escalas que se apliquen para su diagnóstico, considerando las clasificaciones existentes. Como se ha comentado, la característica que destaca en la enfermedad es la respuesta maladaptativa ante el evento estresante que debe ser identificable. De igual manera, se clasifica en subtipos los cuales se describen acorde a un componente emocional (ansioso o deprimido) y/o conductual). Los síntomas se encuentran fuera de la proporción de lo esperado en el contexto social y cultural del individuo<sup>4,6,7</sup>.

#### 4.- ANTECEDENTES

---

El diagnóstico de Trastornos de Adaptación fue descrito inicialmente en el DSM-I, en el año de 1952, bajo el nombre de Trastorno Transitorio Situacional de la Personalidad. Sin embargo, este diagnóstico también hacía referencia al diagnóstico de Trastorno por Estrés Postraumático, referido como trastornos relacionados con una patología neurótica. Posteriormente, en el DSM-II la palabra “personalidad” en el diagnóstico fue reemplazada y replanteando el nombre a Alteraciones Transitorias Situacionales. El nombre de Trastorno de Adaptación fue establecido hasta 1980, en el DSM-III. Posteriormente, se fueron agregando los diferentes subtipos de la sintomatología del padecimiento, siendo descritos a mayor detalle en el DSM-IV y su versión revisada. La versión actual, el DSM-5, no produjo cambios importantes al diagnóstico. El diagnóstico se encuentra en los Trastornos Relacionados a Traumas y Factores de Estrés, junto a diagnósticos como el Trastorno por Estrés Postraumático<sup>15,28</sup>.

Por otro lado, en 1965, la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE) en su 8va versión, describe el diagnóstico de Alteraciones Situacionales Transitorias, siendo actualizado Reacción Adaptativa en 1975, en el CIE-9. Finalmente, el CIE-10 acuña el nombre de Trastorno de Adaptación. Particularmente, en esta clasificación, describen este diagnóstico como una respuesta mal adaptativa secundaria a un estresor o estresores identificables. Actualmente, la CIE-11 en el 2013, modifica la estructura de la sintomatología, basándose principalmente en teorías de síndromes con respuesta al estrés. El diagnóstico de TA es caracterizado por dos criterios importantes: 1) preocupación importante hacia el estresor, y 2) una alteración para la adaptación que conlleva una disrupción de la funcionalidad del individuo<sup>12,21</sup>.

El diagnóstico ha presentado complicaciones para establecer el mismo a través de los criterios y la evolución de estos en las diversas clasificaciones. El DMS-IV describía que los pacientes no debían de cumplir síntomas que correspondieran a otro padecimiento psiquiátrico, como depresión o ansiedad. Este enfoque se modifica en las clasificaciones recientes, como DMS-5 y CIE-10, donde el criterio más relevante es la respuesta emocional y la alteración de esta, describiéndose con diferentes subtipos. Un punto de controversia en las diferentes clasificaciones es el evento estresor, ya que no hay definición exacta del mismo. Sin embargo, una característica que establece la diferencia importante con los otros diagnósticos de la clasificación de Trastornos Relacionados con traumas y factores de estrés, es la característica del evento.

En el Trastorno de Estrés Postraumático y Trastorno por Estrés Agudo, el evento se describe como una situación que puede poner en riesgo la vida del individuo o de otros. En cambio, en el TA se hace referencia a factor o factores estresantes identificables. Es importante recalcar que, dentro del diagnóstico, existen características de exclusión, ya que el paciente no debe de presentar criterios de diagnósticos como Trastorno Depresivo Mayor, Trastorno de Ansiedad Generalizada o alguna patología mixta de estos, ni mostrar datos que sugieran una respuesta de Duelo o rasgos de Personalidad que sugieran la posible causa de la alteración en la respuesta adaptativa<sup>3,4,6,7</sup>.

El TA es un síndrome de respuesta al estrés, definido como una respuesta mal adaptativa hacia un estresor identificable<sup>4</sup>. Es decir, el diagnóstico es basado en la alteración de los recursos y habilidades del individuo secundaria a un exceso de estrés, ya sea físico o mental. Las clasificaciones utilizadas para valorar este diagnóstico son tanto el Manual Diagnóstico Estadístico (DSM, por sus siglas en inglés) en su 5ta versión, así como la Clasificación Internacional de Enfermedades, en su 10a edición (CIE-10). En ambas clasificaciones, la afección emocional y la respuesta de la misma tiene que tener una temporalidad de 6 meses. Particularmente, se describe que el estresor debe de haberse presentado en los primeros 3 meses del inicio de los síntomas, acorde al DMS-5, y 1 mes, descrito en el CIE-10. De igual manera, este estresor puede ser variado y ocurrir en la vida diaria del paciente, como los mencionados con anterioridad. La respuesta a este estresor se encuentra desproporcionada, causando disfuncionalidad, siempre considerando el contexto social y cultural del paciente. La sintomatología debe ser especificada dependiendo el rasgo predominante de la misma. Generalmente, en ambas clasificaciones los síntomas caen dentro de tres grupos principales: depresivos, ansiosos y alteraciones conductuales. En el DMS-5, el TA presenta los siguientes especificadores: a) con estado de ánimo deprimido, predomina el estado de ánimo bajo, presencia de llanto o sentimiento de desesperanza; b) con ansiedad, predominio de nerviosismo, preocupación, agitación o ansiedad de separación; c) con ansiedad mixta y estado de ánimo deprimido, predomina una combinación de depresión y ansiedad; d) con alteración de la conducta, predominando la alteración conductual; e) con alteración mixta de las emociones y la conducta, predominando los síntomas emocionales y la alteración conductual; f) sin especificar, donde las reacciones mal adaptativas no se pueden clasificar en los subtipos antes descritos<sup>6</sup>. Por otro lado, el CIE-10 establece los siguientes especificadores: a) reacción depresiva breve: estado depresivo leve y transitorio con duración menor a un mes; b) reacción depresiva prolongada: estado depresivo leve como respuesta secundaria a una exposición prolongada a una situación estresante, pero con duración menor a dos años; c) reacción mixta de ansiedad y depresión: predominio de

ambos síntomas, sin embargo, los síntomas no exceden los diagnósticos de Trastorno de Ansiedad Generalizada, Trastorno Depresivo Mayor u otro Trastorno de ansiedad mixto; d) con predominio de alteraciones de otras emociones: en este especificador, la sintomatología puede ser dentro de un rango de emociones: ansiedad, depresión, preocupación, tensión e ira. De igual manera, estos síntomas no predominan para cumplir con los diagnósticos antes comentados. Igualmente, en este especificador se pueden clasificar a pacientes de población infantil que tengan conductas regresivas, como enuresis o chupeteo del lugar; e) con predominio de alteraciones disociales: en este especificador, las alteraciones conductuales tienden a ser agresivas o disruptivas; f) con alteraciones de las emociones y disociales mixtas: describiendo el predominio de rasgos de ambos tipos, de síntomas emocionales y alteraciones conductuales<sup>7</sup>.

Un estresor que tiende a ser tanto considerado como subestimado, son los eventos de hospitalización, ya sea por un padecimiento crónico degenerativo o un procedimiento quirúrgico. La respuesta hacia estos eventos puede generar una importante carga de estrés que, dependiendo de la variabilidad de recursos del individuo, conlleve a una dificultad para adaptarse durante la hospitalización misma o, incluso, en su vida cotidiana. El primer escenario puede ser de gran relevancia en cuestión del manejo y apego de este, así como para la realización de estudios necesarios para el padecimiento que motivó el manejo médico y/o quirúrgico.

## 5.- PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

---

En el Centro Médico Nacional 20 de Noviembre, el Trastorno de Adaptación es un diagnóstico que tiene una prevalencia y frecuencia importante, situándose continuamente en el 2do lugar de diagnósticos realizados en valoraciones en nivel consulta externa y hospitalización. Es reconocido que este diagnóstico muestra afecciones importantes a nivel afectivo y conductual, lo cual puede llegar a interferir con la evolución del padecimiento, así como del proceso de evolución y apego al tratamiento. Se ha reportado incluso, que el TA ha sido implicado en riesgo de suicidio durante la hospitalización y otras comorbilidades psiquiátricas, como Trastorno por Uso y Abuso de Sustancias<sup>18</sup>.

La prevalencia del TA en población general se sitúa entre 5 y 20%. Este porcentaje varía acorde a la población estudiada y el contexto de esta. Estudios se han hecho en un contexto de Consulta Externa de Psiquiatría en Dublín, Irlanda, donde han reportado el diagnóstico de TA hasta en un 30%. En este mismo estudio, en el área de Urgencias Psiquiátricas, se evaluó población femenina y masculina, reportando un 19.2% y 14.5% de prevalencia, respectivamente<sup>8</sup>.

El TA ha sido mayormente estudiado en población de pacientes con cáncer, donde se muestran cifras de prevalencia mayores, de acuerdo con lo reportado por Kugaya (23.4%),<sup>26</sup> Almanza (27.5%),<sup>16</sup> Jacobsen (30%),<sup>3</sup> Uchitomi (34%),<sup>27</sup> Miovic y Block (11 a 35%)<sup>28</sup> y Strong (30 a 40%).<sup>4</sup> Es importante señalar que dichas cifras corresponden a estudios no específicos sobre trastornos adaptativos por lo cual la información disponible es limitada en cuanto a los subtipos de trastornos adaptativos ni los factores de riesgo asociados<sup>5</sup>.

En este estudio, la distribución de trastornos adaptativos de acuerdo con sus distintos subtipos estuvo encabezada por el trastorno adaptativo con ansiedad en 75 (30%) pacientes; seguida por el trastorno adaptativo con estado de ánimo depresivo en 47 (22.5%) enfermos; por el trastorno adaptativo mixto con ansiedad y estado de ánimo depresivo en 45 (21.6%); por el trastorno adaptativo con alteración mixta de las emociones y el comportamiento en 14 (6.7%); por el trastorno adaptativo con trastorno del comportamiento en tres (1.4%); y finalmente por el trastorno adaptativo indiferenciado en 21 (10%). En este caso, la entrevista psiquiátrica semiestructurada con la aplicación del SCID-I (29) permitió la confirmación del diagnóstico de trastornos adaptativos en un 95% de los casos<sup>8</sup>.

En otro sentido, es importante señalar que esta distribución denota que la presencia de sintomatología ansiosa parece predominar en un principio muy ligada al distrés de saber que se tiene cáncer, posteriormente se mezcla con sintomatología depresiva y más tarde el ánimo depresivo se establece con la disminución de la ansiedad. Asimismo hay poca prevalencia de alteraciones del comportamiento y, en todo caso, es más común que éste se mezcle con cambios emocionales de ansiedad o depresión, más que ocurrir en un estado puro<sup>5,8</sup>.

De igual manera, el debate sobre el diagnóstico continúa entre ambas clasificaciones antes descritas. Hay reportes mixtos entre la sobreutilización del diagnóstico, y la subestimación de este. En un estudio realizado en 23 países, se reportó un 40% de frecuencia del diagnóstico establecido por 2155 psicólogos, en base a los criterios del DSM-5 y CIE-10.

## 6.- JUSTIFICACIÓN

---

El Trastorno de Adaptación propone un diagnóstico que genera una respuesta maladaptativa hacia un estresor o estresores identificables. Esta respuesta puede estar caracterizada por una sintomatología diversa que puede presentarse de manera afectiva, con síntomas depresivos y/o ansiosos, además del componente conductual. La sintomatología conlleva y repercute en la misma funcionalidad del paciente. En algunos casos, se establece que este diagnóstico puede establecerse como temporal, debido a las características descritas en las clasificaciones, donde establecen que el cuadro debe resolverse 6 meses posterior a la presentación de los síntomas. Sin embargo, otros autores describen el posible escenario que propone esta respuesta maladaptativa del TA, considerando un antecedente o, incluso, un paso previo hacia diagnósticos primarios psiquiátricos de mayor prevalencia, como Trastorno Depresivo Mayor o Trastorno de Ansiedad Generalizada. De igual manera, se ha discutido sobre la controversia que plantea el diagnóstico como una posible patologización de la respuesta ante un estresor. Sin embargo, el estudio y las teorías dirigidas hacia el efecto del estrés, así como la patofisiología del mismo, observada en diferentes sistemas de los organismos, particularmente el SNC y el eje HHS, nos lleva a mantener el énfasis en la investigación de este padecimiento.

Actualmente, la bibliografía a nivel mundial es limitada en cuanto a la prevalencia del diagnóstico, así como la fisiopatología de este. En nuestro país, los estudios del TA se han enfocado particularmente en pacientes con padecimientos oncológicos, donde se ha observado una prevalencia importante en ellos y que genera duda sobre si este diagnóstico puede estar presente en otros padecimientos y/o contextos situacionales de pacientes.

El propósito de este estudio es establecer la prevalencia del diagnóstico del Trastorno de Adaptación en un ámbito de Hospital General, considerando la importancia de este diagnóstico y la posible subestimación que genere. Posibles nuevas perspectivas serían continuar la vigilancia de estos pacientes diagnosticados con TA y, posteriormente, establecer pautas de vigilancia y tratamiento oportuno.

## **7.- PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN**

---

¿Cuál es la frecuencia del diagnóstico de Trastorno de Adaptación en la población intrahospitalaria en el Centro Médico Nacional “20 de Noviembre”?

## **8.- HIPOTESIS**

---

La frecuencia de diagnóstico de Trastorno de Adaptación en este Centro Médico Nacional presentará un incremento mayor al 30% descrito en estudios previos de nuestro país, considerando que estos han tenido un enfoque mayor en población con padecimientos oncológicos, y en este estudio evaluaremos un mayor número de Especialidades Médicas.

## **9.- OBJETIVOS**

---

### **9.1 Objetivo General**

Evaluar la frecuencia del diagnóstico de Trastornos de Adaptación en el Centro Médico Nacional 20 de Noviembre en la consulta del servicio de Psiquiatría.

### **9.2 Objetivos específicos**

Observar y cuantificar la frecuencia del diagnóstico de Trastornos de Adaptación en el servicio de Psiquiatría en el Centro Médico Nacional 20 de Noviembre del ISSSTE.

1. Evaluar las variantes sociodemográficas de los pacientes con diagnóstico de Trastornos de Adaptación.
2. Determinar la frecuencia de diagnóstico de Trastornos de Adaptación en áreas médicas y quirúrgicas.
3. Describir las comorbilidades médicas y/o quirúrgicas encontradas en pacientes con diagnóstico de Trastornos de Adaptación.

## **10.- METODOLOGÍA**

---

### **10.1 Diseño y tipo de estudio**

Estudio Observacional, Descriptivo, Transversal. Retrospectivo.

### **10.2 Población de estudio**

Pacientes adultos de 18 a 65 años con diagnóstico de Trastorno de Adaptación, establecido por la CIE-10, en el servicio de Psiquiatría del Centro Médico Nacional 20 de Noviembre del ISSSTE.

### **10.3 Universo de trabajo**

Pacientes adultos de 18-65 años con diagnóstico de Trastorno de Adaptación atendidos en el área de hospitalización del CMN 20 de Noviembre.

### **10.4 Esquema de selección**

#### **10.4.1 Criterios de inclusión**

1. Pacientes con diagnóstico de Trastorno de Adaptación, en el Sistema Integral de Administración Hospitalaria.
2. Inicio de síntomas en el mes posterior a la exposición a un estrés psicosocial identificable, pero no de tipo catastrófico no inusitado.
3. Manifestación de síntomas o alteraciones conductuales del tipo descritos en cualquiera de los trastornos afectivos (excepto ideas delirantes o alucinaciones), de cualquiera de los trastornos de ansiedad, y de los trastornos disociales, acorde al CIE-10. Los síntomas pueden variar en forma y gravedad.
4. Los síntomas no deben persistir más de seis meses tras el cese del estrés o sus consecuencias.
5. No contar con diagnóstico de otras comorbilidades psiquiátricas al momento del estudio.

#### **10.4.2 Criterios de exclusión**

1. No encontrarse dentro del rango de edad a estudiar.
2. Cursar con diagnóstico y/o tratamiento de trastornos afectivos/ansiosos al momento del estudio.
3. Diagnóstico de discapacidad intelectual.
4. Diagnóstico de Trastorno de la Personalidad.

#### **10.4.3 Criterios de eliminación**

1. Diagnóstico de otras comorbilidades psiquiátricas durante el momento de estudio.
2. Tratamiento para depresión/ansiedad al momento del estudio.
3. Información insuficiente para adecuado análisis.

## 10.5 Tipo de muestreo

Se realizará un muestreo no probabilístico por conveniencia, de los pacientes en hospitalización en el Centro Médico Nacional “20 de Noviembre” de enero de 2019 a diciembre de 2019.

## 10.6 Descripción operacional de las variables

| <b>Variable</b>                                      | <b>Tipo</b>           | <b>Definición conceptual</b>   | <b>Definición operacional</b>  | <b>Escala de medición</b> | <b>Tipo de variable según su relación</b> |
|--|-----------------------|--|--|---------------------------|---|
| <b>Sexo</b>  | Cualitativa nominal   | Sexo biológico del individuo   | Sexo con el cual se identifica el individuo.                           | Nominal                   | Dependiente                               |
| <b>Edad</b>  | Cuantitativa discreta | Tiempo transcurrido a partir del nacimiento del individuo en años                                      | Tiempo de vida referidos en el cuestionario                            | De Razón                  | Dependiente                               |
| <b>Trastorno de Adaptación</b>                       | Cualitativa nominal   | Presencia de síntomas o alteraciones conductuales, posterior a la exposición de un estrés psicosocial. | Presencia o ausencia de diagnóstico de Trastorno de Adaptación         | Nominal dicotómica        | Independiente                             |
| <b>Rasgo predominante de Trastorno de Adaptación</b> | Cuantitativa nominal  | Especificador de sintomatología que predomina en el diagnóstico de TA.                                 | Subtipo de TA presente en el diagnóstico.                              | Nominal                   | Independiente                             |
| <b>Comorbilidad médica</b>                           | Cualitativa nominal   | Presencia de uno o más enfermedades, además del diagnóstico psiquiátrico.                              | Enfermedad médica y/o quirúrgica presente durante el diagnóstico de TA | Nominal                   | Dependiente                               |
| <b>Servicio de hospitalización</b>                   | Cualitativa nominal   | Área médica y/o quirúrgica responsables de tratamiento de comorbilidades                               | Área médica y/o quirúrgica tratante del padecimiento de base.          | Nominal                   | Dependiente                               |
| <b>Tratamiento</b>                                   | Cuantitativa          | Tratamiento instaurado para manejo de síntomas.  | Tipo de tratamiento iniciado, ya sea farmacológico o de otro tipo.     | Nominal                   | Independiente                             |

### **10.8 Técnicas y procedimientos empleados**

Se obtendrán del Sistema Integral de Administración Hospitalaria, los expedientes de pacientes con diagnóstico de Trastorno de Adaptación de acuerdo al CIE-10, en las fechas correspondientes de enero a diciembre del 2019.

### **10.9 Procedimiento y análisis estadístico**

Se realizará un análisis descriptivo de las variables clínicas y epidemiológicas con medidas de tendencia central y dispersión para las variables cuantitativas y proporciones para las variables cualitativas, así como intervalos de confianza para proporciones y medias para todos los individuos. Se obtuvo la frecuencia del diagnóstico de Trastornos de Adaptación en pacientes hospitalizados en el CMN 20 de Noviembre.

## **11.- ASPECTOS ÉTICOS**

---

Este estudio se realizó de acuerdo con la ley del Reglamento General de Salud en materia de investigación para la salud. Asimismo, se respetó la confidencialidad de los sujetos utilizados en el estudio considerando el TITULO SEXTO (De la Ejecución de la Investigación en las Instituciones de atención a la salud) CAPITULO UNICO, ARTÍCULO 113, ARTÍCULO 115.- y ARTÍCULO 116.

Aunado, el estudio consideró los lineamientos propuestos por la Declaración de Helsinki, por la Asociación Médica Mundial en lo que respecta a la investigación médica y diseño de proyectos de investigación referente al derecho de los participantes en una investigación y al Código de Núremberg. Esta investigación se basa en revisión de expedientes médicos electrónicos, se considera Sin Riesgo acorde al Reglamento de la Ley General de Salud en Investigación, en el artículo 17 en la categoría I.

## **12.- CONFLICTOS DE INTERESES**

---

Ninguno.

## **13.- CONSIDERACIONES DE BIOSEGURIDAD**

---

De acuerdo a la ley general de salud se considera de sin riesgo, debido a que se realizará la evaluación de expedientes médicos electrónicos del Sistema Integral de Administración Hospitalaria.

En todo caso se protegerá la privacidad del individuo sujeto de investigación, y se buscará limitar la probabilidad de que el sujeto de sufra algún daño como consecuencia del estudio.

## **14.- PERSPECTIVAS**

---

Este estudio busca encontrar la frecuencia del diagnóstico de Trastorno de Adaptación en contextos de Consulta Externa y Hospitalización en pacientes adultos, lo que de resultar en una cantidad significativa, puede conllevar a la posibilidad de implementar escalas para el diagnóstico y tratamiento oportuno.

## **15.- DIFUSIÓN**

---

Los resultados podrán ser publicados en revistas de psiquiatría, psicología, educación médica, nacionales e internacionales.

## 16.- RESULTADOS

Se obtuvo un total de 493 pacientes con el diagnóstico de Trastorno de Adaptación en la población hospitalaria y de Consulta Externa del Centro Médico Nacional “20 de Noviembre”, sin embargo, este diagnóstico fue establecido por otras especialidades Médicas. Posteriormente, se evaluó a aquellos pacientes en los que el diagnóstico fue establecido por el Servicio de Psiquiatría, obteniendo un total de 60 pacientes, es decir, el 12%. De este número de pacientes, se realizó la obtención de información a través del Expediente Clínico Electrónico por medio del Sistema Integral de Administración Hospitalaria, descartando a un total de 9 pacientes debido a que sus expedientes se encontraban inaccesibles, por lo que la población para revisión fue de un total de 51 pacientes.

En cuanto al sexo, la distribución fue de 26 hombres (51%) y 25 mujeres (49%), con un promedio de edad general de 42.09 años. Destaca la proporción ligeramente mayor en los hombres, aunque no tan significativa. Por otro lado, el promedio de edad se encuentra en el rango de la adultez, por lo que puede tener una relevancia clínica para la vigilancia estrecha en estos pacientes que se encuentran en hospitalización bajo un evento estresante (Ilustración 1.)

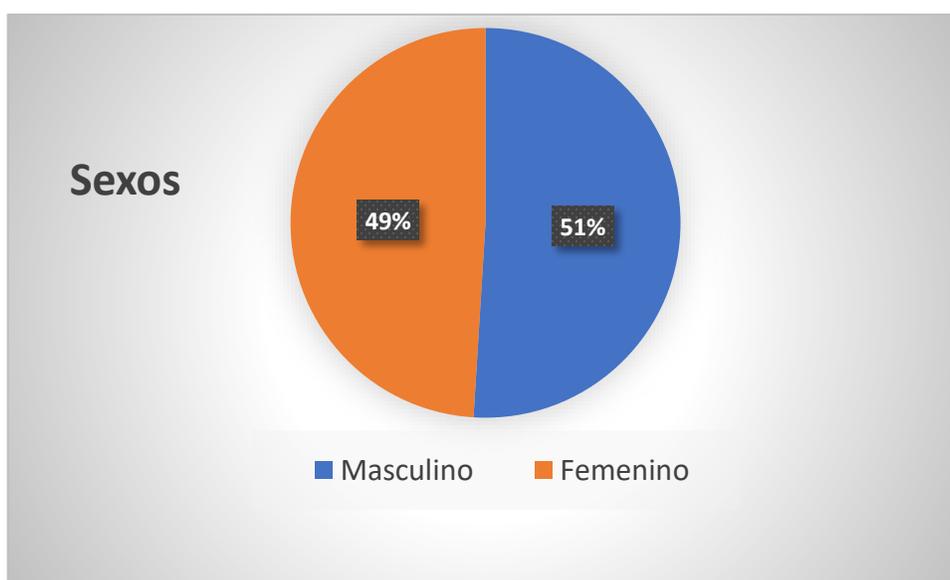
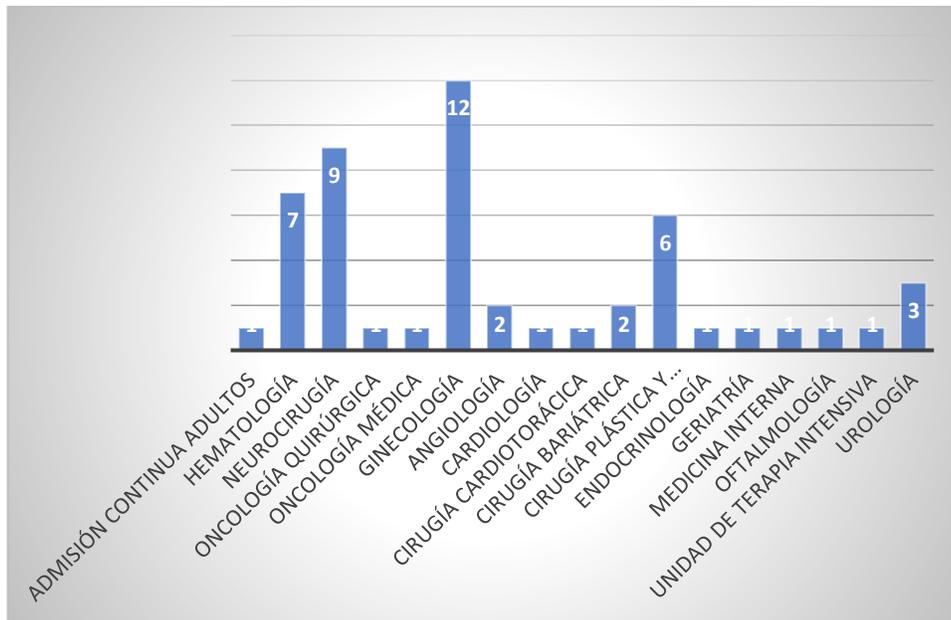


Ilustración 1. Distribución de Sexos

Posteriormente, se evaluaron los servicios en los cuales los pacientes fueron ingresados, encontrando una variabilidad importante entre las diferentes especialidades médicas existentes en nuestro Centro Médico siendo un total de 17 áreas, destacando las especialidades con un enfoque quirúrgico sobre las especialidades clínicas. El diagnóstico de TA fue mayormente encontrado en pacientes que se encuentran en las áreas de Neurocirugía y Ginecología. Cabe destacar que esta última, en nuestra unidad se establece como un área de Alta Especialidad en las que se encuentra el servicio de Biología de la Reproducción Humana, enfocándose en protocolos de evaluación y tratamiento para la Infertilidad (Tabla 1).

**Tabla 1. Servicios de Hospitalización y Consulta Externa**



Más adelante, se realizó la unificación de los diferentes servicios en dos ramas principales, Medicina Interna y Cirugía, obteniendo un número de 8 (47%) y 9 (53%) especialidades, respectivamente para cada rama (Ilustración 2).

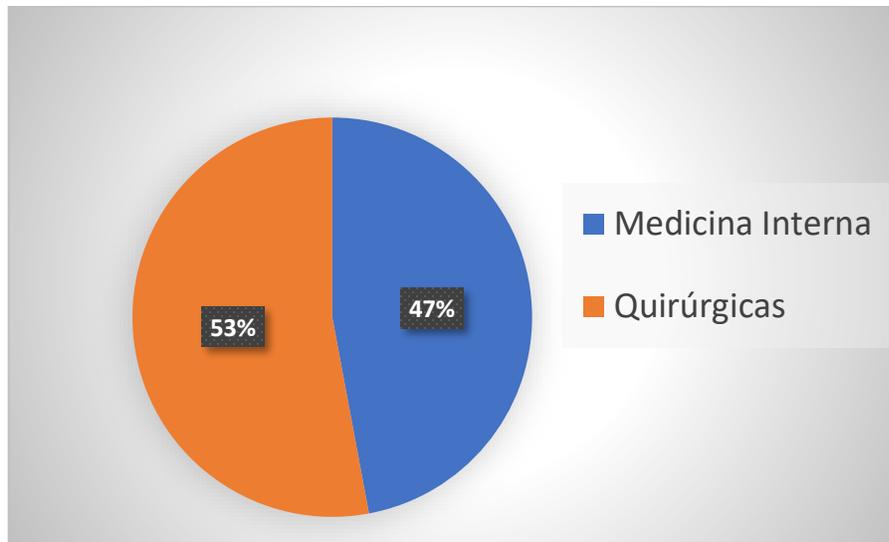
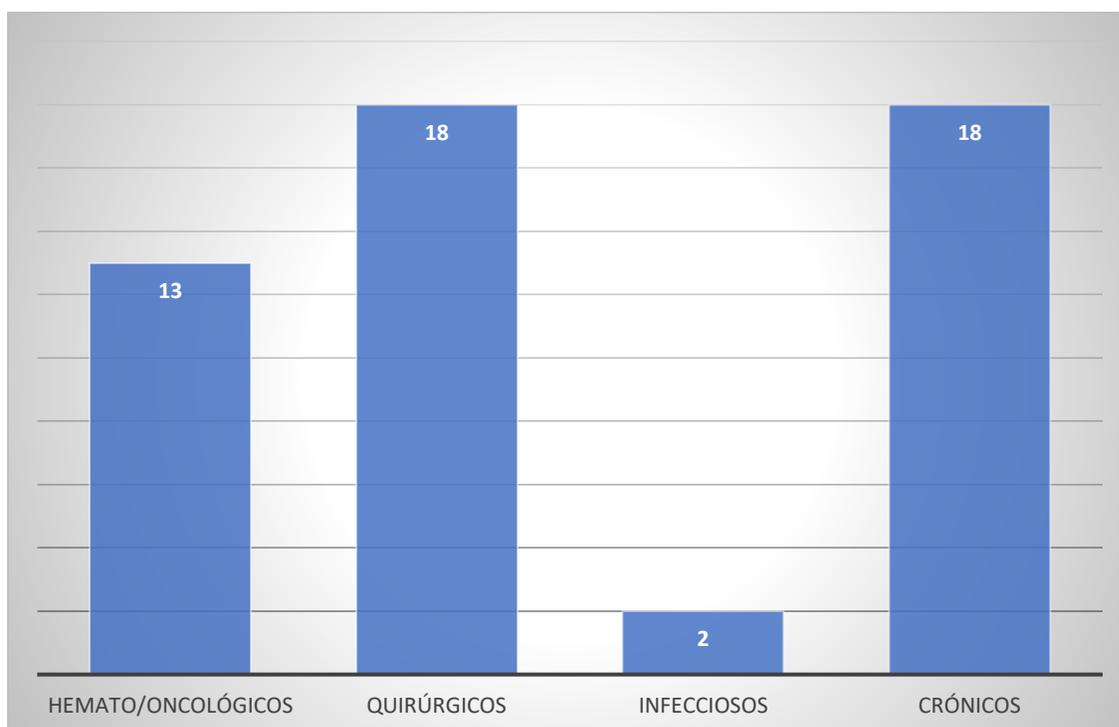


Ilustración 2. Ramas de Servicios Médicos.

Se puede deducir con estos datos, que existe un importante impacto como evento estresante el encontrarse hospitalizado bajo un diagnóstico quirúrgico, lo cual conlleva a una respuesta maladaptativa durante el periodo de hospitalización o dentro de una evaluación en Consulta Externa.

Las comorbilidades encontradas en los pacientes con el diagnóstico de TA fueron divididas, para su análisis, en 4 diferentes áreas. Los diagnósticos Hemato-Oncológicos se encontraron en 13 pacientes (25.4%). Otras áreas de división para los diagnósticos fue de Quirúrgicos y Crónicos, categorizando a 18 pacientes (35.2%) en ambas áreas. Por último, se determinó el área de Infecciones, donde se hallaron 2 pacientes (3.9%), como se muestra en la Tabla 2.

Tabla 2. Comorbilidades médico-quirúrgicas.



Se puede observar que a pesar de encontrar un mayor número de pacientes hospitalizados en especialidades quirúrgicas, el número de diagnósticos de estas últimas y de padecimientos crónicos es similar. Los diagnósticos en el área de Cirugía son variados, partiendo desde intervenciones para el manejo de Quemaduras por Deflagración o Escaldadura, hasta resecciones tumorales en el área de Neurocirugía. Por otro lado, los diagnósticos Crónicos destacan principalmente enfermedades como Diabetes Mellitus tipo 2 e Infertilidad, considerando que este diagnóstico no requiere una intervención quirúrgica, y los pacientes bajo esta entidad se encuentran en protocolos de investigación.

El TA es clasificado en los diferentes manuales acorde a la manifestación de sintomatología. En el DSM-5 y CIE-10 se mencionan diferentes especificadores entre los que destacan la presencia de sintomatología depresiva, síntomas ansiosos o un cuadro mixto. Los síntomas depresivos, como se ha comentado anteriormente, destacan por la presencia de ánimo bajo, llanto fácil o sentimientos de desesperanza. El cuadro ansioso en el TA, de acuerdo al especificador en el DSM-5, se caracteriza por nerviosismo, preocupación, agitación o ansiedad por separación.<sup>6</sup> El TA con sintomatología Mixta se establece por la presencia de la sintomatología descrita en los subtipos especificados previamente. Por lo tanto, durante esta evaluación, se clasificaron a los pacientes acorde a la sintomatología que predominaba durante la valoración psiquiátrica, englobando en dichas categorías. Obteniendo el siguiente resultado:

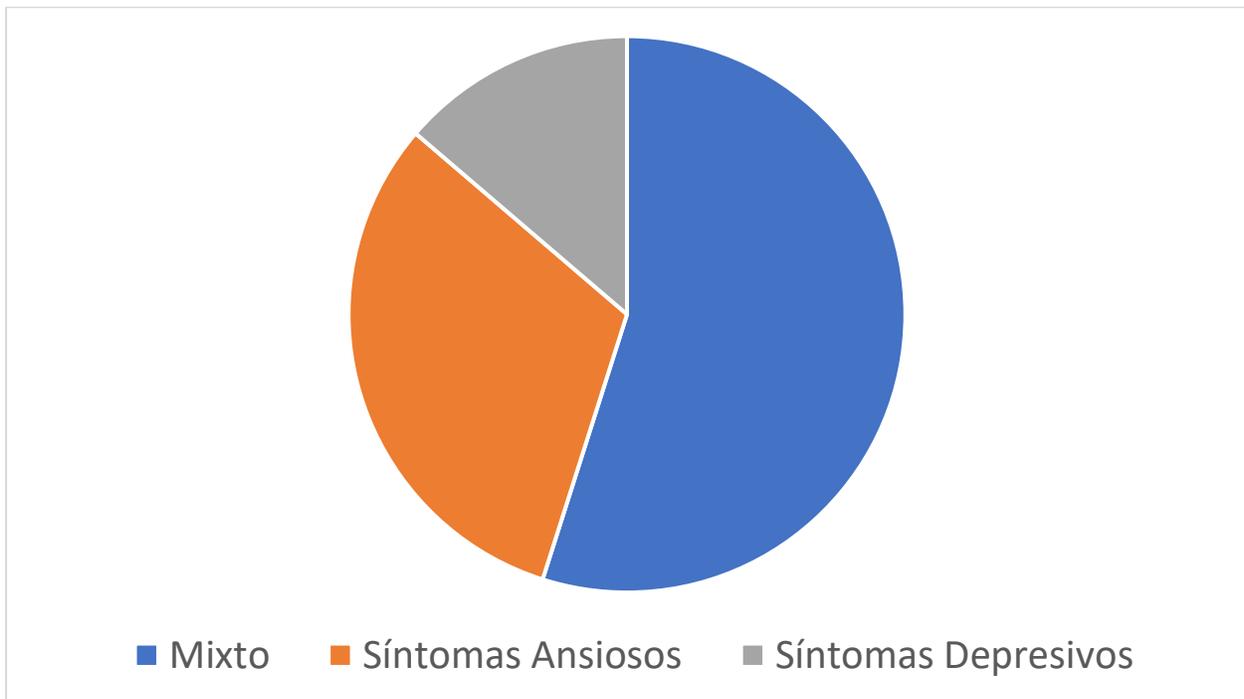
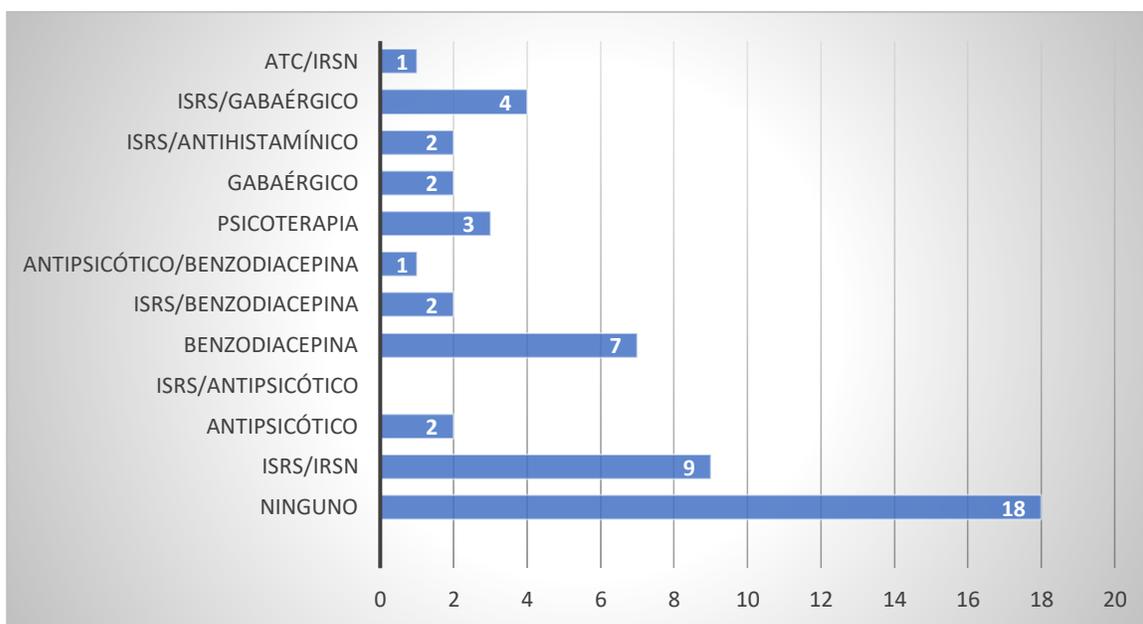


Ilustración 3. Predominio de síntomas del TA.

Lo anterior demuestra un predominio de cuadro Mixto de sintomatología, tanto ansiosa como depresiva, encontrándose en el 28 pacientes (54.9%), un poco más de la mitad de la población evaluada. La sintomatología ansiosa se encontró en 16 pacientes (31.3%) y los síntomas depresivos en 7 pacientes (13.7%). Esto implica que los pacientes con TA presentan un predominio de un cuadro Mixto.

El TA acorde a la literatura y la revisión realizada es un padecimiento transitorio en el que la sintomatología tiene un cese posterior a que el evento estresante y/o sus consecuencias dejen de persistir. Por lo tanto, el tratamiento tiende a tener un enfoque expectante, realizando valoraciones continuas durante el curso del tiempo en el que el paciente se encuentre cercano al estresor. Sin embargo, en algunas literaturas recomiendan el manejo a través de Psicoterapia y algunos fármacos, como el uso de Benzodiacepinas durante temporadas cortas y a una dosis baja.<sup>14,17</sup> En nuestra experiencia, se ha llegado a instaurar el manejo con Antidepresivos de tipo Inhibidor Selectivo de Recaptura de Serotonina, así como el uso de Mirtazapina a dosis menores para mayor efecto ansiolítico e hipnótico-sedante. Durante esta evaluación, se encontró el manejo expectante de los pacientes, sin recibir tratamiento farmacológico ni algún tipo de Psicoterapia, y realizando evaluaciones continuas durante la hospitalización de los pacientes. De igual manera, se llegaron a indicar manejos farmacológicos en los que se utilizaron medicamentos y combinaciones de estos, como Antidepresivos, Antipsicóticos, Gabaérgicos, Antihistamínicos y, en algunos casos, Antidepresivos Tricíclicos (Tabla 3).

Tabla 3 Tratamiento del TA



Siglas: ATC: Antidepresivo Tricíclico; IRSN: Inhibidor de Recaptura de Serotonina y Noradrenalina; ISRS: Inhibidor Selectivo de Recaptura de Serotonina.

La Tabla 3 nos muestra que el 35.2% de pacientes (18) no recibió manejo alguno, ni farmacoterapia o psicoterapia, lo cual es coincidente con las recomendaciones dadas por la literatura. Por otro lado, los fármacos más utilizados para el manejo de sintomatología fueron los Antidepresivos en un 17.6% (9 pacientes) y Benzodiacepinas en el 13.7% (7 pacientes). Se puede observar en la Tabla 3 que existieron algunas combinaciones de fármacos, sin embargo, durante la evaluación se encontró que algunas de estas indicaciones eran secundarias a las comorbilidades de los pacientes, como el uso de Antidepresivos con Gabaérgicos, siendo que estos últimos tienen propiedades neurálgicas. El uso de Antipsicóticos fue establecido a dosis bajas y en casos de pacientes que llegan a presentar factores de riesgo predisponentes para otros padecimientos como Delirium (edad avanzada >65 años y/o deterioro cognitivo preexistente).

Por último, se determinó el tiempo en días de la evaluación que se realizó a los pacientes durante la Estancia Intrahospitalaria. En este aspecto, hubo algunas eventualidades ajenas a nuestras valoraciones como egresos indicados por el Servicio Tratante o cambio del paciente hacia otro Servicio. Sin embargo, a pesar de estas situaciones, se mantuvo el seguimiento durante varios días, siendo el promedio de 7.8 días, yendo desde una evaluación breve de 1 a 2 días, hasta estancias intrahospitalarias de 37 días.

## 17.- DISCUSION

---

Los resultados obtenidos durante esta revisión de los pacientes con diagnóstico de Trastorno de Adaptación se encontraron a 493 pacientes con dicho padecimiento. Sin embargo, el 12% de estos pacientes fueron evaluados y recibieron seguimiento por parte del Servicio de Psiquiatría. Esto, de acuerdo a la revisión de la literatura, se encuentra dentro del rango de porcentaje que se comenta en la literatura (el cual es entre 5 y 20%). Se realizó el descarte de 9 pacientes debido a que el Sistema Integral de Administración Hospitalaria no contaba con sus expedientes para la revisión. En cuanto a la revisión de los 51 pacientes y sus Expedientes Clínicos Electrónicos, se encontró una proporción similar en cuanto a los sexos, con una ligera diferencia entre estos, y el promedio de edad fue de 42.09 años. Estos datos no han sido reportados por otras literaturas anteriormente. En cuanto a las áreas médicas, se encuentra que el TA predomina su presencia en las especialidades con un enfoque quirúrgico, como Ginecología y Neurocirugía. Por otro lado, el servicio de Hematología es una especialidad que llega a presentar un número importante de pacientes, en cuanto al área Médica. De igual manera, en la evaluación de las comorbilidades se encontró un predominio de padecimientos Quirúrgicos e igualados por enfermedades Crónicas. Existió una variabilidad entre los diagnósticos, encontrando padecimientos como Quemaduras por Deflagración o Escaldadura, cirugías de resección de tumoraciones e intervenciones bariátricas. Diagnósticos médicos fueron caracterizados por padecimientos crónico degenerativos como Hipertensión Arterial Sistémica, Diabetes Mellitus tipo 2 e Infertilidad, este último destacando por el protocolo de Investigación que realiza el Alta Especialidad de Biología de Reproducción Humana de Ginecología. Esto es relevante ya que en la literatura nacional, el Trastorno de Adaptación ha sido evaluado principalmente en áreas Oncológicas, y en nuestro Centro Médico Nacional, los padecimientos Hemato-Oncológicos, tuvieron una menor prevalencia.

Posteriormente, se encuentra que dentro de las manifestaciones clínicas del TA, la literatura ha reportado un predominio de síntomas ansiosos, sin embargo, en nuestra evaluación se encontró que existe una mayor frecuencia del TA con características mixtas ansiosas y depresivas, encontrándose en un 54.9% de la población estudiada. Por otro lado, en cuanto al manejo instaurado para este padecimiento y sus síntomas, se decidió seguir con las recomendaciones por parte de la literatura en cuanto a mantener una conducta expectante y no iniciar manejo farmacológico o psicológico. Sin embargo, en algunos casos de manera individual, debido a las comorbilidades o el padecimiento, incluso considerando el tiempo de estancia intrahospitalaria, se decidió utilizar la farmacoterapia como Antidepresivos, ya sea Inhibidores Selectivos de la

Recaptura de Serotonina o Inhibidores de Recaptura de Serotonina y Noradrenalina, además de Benzodiacepinas. Estos puntos son de gran importancia ya que se abre el área de oportunidad para evaluaciones adecuadas de la sintomatología de los pacientes y, de esta manera, instaurar el manejo apropiado, tomando en consideración las características diagnósticas que se describen del TA.

## **18. CONCLUSIONES**

---

El TA es una entidad clínica que ha mantenido una revisión a través de las diferentes clasificaciones. Durante esta revisión, podemos concluir que en nuestro Centro Médico, el TA es un diagnóstico que se encuentra dentro del mismo porcentaje de la población general que se describe en la literatura, sin embargo, las manifestaciones clínicas encontradas en los pacientes evaluados el predominio es de sintomatología mixta. De igual manera, es importante considerar las diferentes variables como las comorbilidades, la estancia intrahospitalaria y el manejo instaurado para los síntomas. Por consiguiente, esto abre las áreas de oportunidad para mantener el seguimiento de los pacientes y determinar la mejoría del cuadro de TA, acorde a la temporalidad establecida por los manuales diagnósticos.

## 19.- REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

---

1. **Cohen, S., Gianaros, P., Manuck, S. (Octubre, 2019).** *A stage Model of Stress and Disease*. *Perspect Psychol Sci.*, 4, 456-463.
2. **Strain, J. et al. (11 de Septiembre de 2018).** *The psychobiology of stress, depression, adjustment disorders and resilience*. *The World Journal of Biological Psychiatry*, 19, 514-520.
3. **Sadock, Virginia A.; Sadock, Benjamin J.; Ruiz P.** *Synopsis of Psychiatry Behavioral Sciences/Clinical Psychiatry, Eleventh Edition*. 11th ed. Wolters Kluwer; 2015.
4. **Zelviene, P., Kazlauskas, E.. (2018).** *Adjustment Disorder: current perspectives*. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, 14, 375-381.
5. **Pérez-Barrientos, H., Galindo-Vázquez, O., Alvarado-Aguilar, S. (Enero, 2014).** *Trastorno Adaptativo en el paciente oncológico: una revisión*. 30 de abril del 2021, de Instituto Nacional de Cancerología Sitio web: <https://www.elsevier.es/es-revista-gaceta-mexicana-oncologia-305-articulo-trastorno-adaptativo-el-paciente-oncologico-X1665920114278801>
6. **Madrid: Editorial Médica Panamericana, 2014.** American Psychiatric Association - APA. *Manual Diagnóstico Y Estadístico De Los Trastornos Mentales DSM-5*. 5ª
7. **O.M.S.: CIE-10. Trastornos Mentales y del Comportamiento.** Décima Revisión de la Clasificación Internacional de las Enfermedades. Descripciones Clínicas y pautas para el diagnóstico. Organización Mundial de la Salud, Ginebra, 1992.
8. **Casey, P. (2009).** *Adjustmen Disorder: Epidemiology, Diagnosis and Treatment.. Therapy in Practice*, 11, 927-938.
9. **Stein, D., Rouillon, F., Maercker, A. (2018).** *New perspectives on Adjustment Disorder*. *The World Journal of Biological Psychiatry*, 19, 51-52.
10. **O'Donnell, M., Alkemade, N., Creamer M. et al. (2016).** *A Longitudinal Study of Adjustment Disorder After Trauma Exposure*. Abril 2021, de American Journal of Psychiatry Sitio web: [https://ajp.psychiatryonline.org/doi/10.1176/appi.ajp.2016.16010071?url\\_ver=Z39.88-2003&rfr\\_id=ori:rid:crossref.org&rfr\\_dat=cr\\_pub%20%20pubmed](https://ajp.psychiatryonline.org/doi/10.1176/appi.ajp.2016.16010071?url_ver=Z39.88-2003&rfr_id=ori:rid:crossref.org&rfr_dat=cr_pub%20%20pubmed)
11. **O.M.S. (2019).** *CLASIFICACIÓN INTERNACIONAL DE ENFERMEDADES - CIE-11 para estadísticas de mortalidad y morbilidad*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.

12. **Kazlauskas, E., Zelviene, P., Lorenz, L. et al.** (2018). *A scoping review of ICD-11 adjustment disorder research*. European Journal of Psychotraumatology, 8, 1-8.
13. **Maercker, A., Lorenz, L.** (Septiembre, 2018). *Adjustment Disorder Diagnosis: Improving clinical utility*. The World Journal of Biological Psychiatry, 19, 3-13.
14. **O'Donnell, M., Metcalf, O., Watson, L. et al.** (Junio, 2018). *A Systematic Review of Psychological and Pharmacological Treatments for Adjustment Disorder in Adults*. Journal of Traumatic Stress, 31, 321-331.
15. **O'Donnell, M., Agathos, J., Metcalf, O. et al.** (Julio, 2019). *Adjustment Disorders: Current Developments and Future Directions*. International Journal of Environmental Research and Public Health, 16, 25-37.
16. **Strain, J.** (Octubre, 2019.). *The Adjustment Disorder Diagnosis, Its Importance to Liaison Psychiatry, and its Psychobiology*. International Journal of Environmental Research and Public Health, 16, 46-54.
17. **Stein, D.** (Septiembre, 2018). *Pharmacotherapy of adjustment disorder: A review*. The World Journal of Biological Psychiatry, 19, 546-552.
18. **van Beek, F., Wijnhoven, L., Jansen, F., et al.** (2019). *Prevalence of adjustment disorder among cancer patients, and the reach, effectiveness, cost-utility and budget impact of tailored psychological treatment: study protocol of a randomized controlled trial..* BMC Psychology, 7, 89-100.
19. **Mitchell, A., Chan, M., Bhatti, H., et al.** (Febrero, 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, 12, 160-174.
20. **Lavenda, O., Mahat-Shamir, M., Lorenz, L. et al.** (Febrero, 2019). *Revalidation of Adjustment Disorder-New Module-4 screening of adjustment disorder in a non-clinical sample: Psychometric reevaluation and correlates with other ICD-11 mental disorders*. PsyCh Journal, 8, 378-385.
21. **Ben-Ezra, M., Mahat-Samir, M., Lorenz, L. et al.** (2018). *Screening of adjustment disorder: Scale based on the ICD-11 and the Adjustment Disorder New Module*. Journal of Psychiatry Research, 103, 91-96
22. **Gradus, J., Bozi, I., Antonsen, S. et al.** (Junio, 2014). *Severe Stress and Adjustment Disorder Diagnoses in the Population of Denmark*. Journal of Traumatic Stress, 27, 370-374.

23. **Sandi, C., Haller, J.** (2015). *Stress and the social brain: behavioral and neurobiological mechanisms*. Abril, 2021, de rain Mind Institute, School of Life Sciences, Ecole Polytechnique Federale de Lausanne (EPFL), Switzerland. Sitio web: [https://core.ac.uk/reader/42941102?utm\\_source=linkout](https://core.ac.uk/reader/42941102?utm_source=linkout)
24. **Smith ML; Farkas DK; Sumner JA; Jiang T; Lash TL; Galea S; Sørensen HT; Gradus JL.** (2020). *Associations between adjustment disorder and hospital-based infections in the Danish population..* Junio 2021, de U.S. National Library of Medicine Sitio web: <https://reference.medscape.com/medline/abstract/32142971>
25. **Mahat-Shamir M; Ring L; Hamama-Raz Y; Ben-Ezra M; Pitcho-Prelorentzos S; David UY; Zaken A; Lavenda O.** (2017). *Do previous experience and geographic proximity matter? Possible predictors for diagnosing Adjustment disorder vs. PTSD..* Mayo 2021, de U.S. National Library of Medicine Sitio web: <https://reference.medscape.com/medline/abstract/28951140>
26. **Constantin D; Dinu EA; Rogozea L; Burtea V; Leasu FG.** (2020). *Therapeutic Interventions for Adjustment Disorder: A Systematic Review*. Abril 2021, de American journal of therapeutics Sitio web: <https://reference.medscape.com/medline/abstract/32520732>
27. **Eimontas J; Gegieckaite G; Dovydaityene M; Mazulyte E; Rimsaite Z; Skruibis P; Zelviene P; Kazlauskas E.** (2018). *The role of therapist support on effectiveness of an internet-based modular self-help intervention for adjustment disorder: a randomized controlled trial..* Mayo 2021, de Anxiety Stress Coping Sitio web: <https://reference.medscape.com/medline/abstract/28984157>
28. **Appart A; Lange AK; Sievert I; Bihain F; Tordeurs D.** (2017). *Adjustment disorder and DSM-5: A review.* Mayo 2021, de L'Encephale Sitio web: <https://reference.medscape.com/medline/abstract/27216596>
29. **Bachem, R., Casey, P.** (Julio, 2017). *Adjustment Disorder: a diagnosis whose time has come..* Journal of Affective Disorders, 227, 243-253.
30. **Laugharne, J., van der Watt, G., Janca, A..** (2008). *It is too early for adjusting the adjustment disorder category.* Current Opinion in Psychiatry, 22, 50-54.

### **Índice de Anexos**

1. Tabla 1. Trastorno de Adaptación. DSM-5
2. Tabla 2. Trastorno de Depresión Mayor. DSM-5
3. Tabla 3. Espectro de los Trastornos de Ansiedad. DSM-5
4. Tabla 4. Episodio Depresivo. CIE-10.
5. Tabla 5. Trastornos Neuroóticos secundarios a situaciones estresantes y somatomorfos. CIE-10
6. Tabla 6. Trastornos del estado de ánimo. CIE 11
7. Tabla 7. Trastorno de Adaptación. CIE-11.

**Tabla 4. Trastorno de Adaptación. DSM-5**

| Trastorno                      | Características clínicas centrales  |
|--------------------------------|---|
| <b>Trastorno de Adaptación</b> | Sintomatología emocional o conductuales en respuesta a un factor o factores de estrés identificables que se producen en los tres meses siguientes al mismo. Los síntomas son clínicamente significativos, caracterizados por una o dos de los siguientes: 1) malestar intenso desproporcionado a la gravedad o intensidad del factor de estrés, considerando el contexto y factores culturales; 2) deterioro significativo social, laboral u otras áreas importantes de funcionamiento. |

**Tabla 2. Trastorno de depresión mayor. DSM-5**

| Trastorno                           | Características clínicas centrales  |
|-------------------------------------|---|
| <b>Trastorno de depresión mayor</b> | Cinco (o más) de los síntomas siguientes (ánimo deprimido la mayor parte del tiempo, anhedonia, alteración en apetito, alteración en ciclo del sueño, psicomotricidad afectada, astenia/adinamia, sentimientos de culpa, alteraciones cognitivas, ideas de muerte) han estado presentes durante el mismo período de dos semanas y representan un cambio del funcionamiento previo; al menos uno de los síntomas es (1) estado de ánimo deprimido o (2) pérdida de interés o de placer.<br>*Especificadores* |

**Trastorno depresivo persistente (distimia)**

Estado de ánimo deprimido durante la mayor parte del día, presente más días que los que está ausente, según se desprende de la información subjetiva o de la observación por parte de otras personas, durante un mínimo de dos años. **Nota:** En niños y adolescentes, el estado de ánimo puede ser irritable y la duración ha de ser como mínimo de un año. Durante el período de dos años (un año en niños y adolescentes) de la alteración, el individuo nunca ha estado sin los síntomas de los Criterios A y B durante más de dos meses seguidos.

**Trastorno depresivo inducido por una sustancia/medicamento**

Alteración importante y persistente del estado de ánimo que predomina en el cuadro clínico y que se caracteriza por estado de ánimo deprimido, disminución notable del interés o placer por todas o casi todas las actividades. Existen pruebas a partir de la historia clínica, la exploración física o los análisis de laboratorio de que los síntomas depresivos son desarrollados durante o poco después de la intoxicación o abstinencia de una sustancia o después de la exposición a un medicamento. La sustancia/medicamento implicado puede producir los síntomas de depresión.

|  |  |
|--|--|
| <b>Trastorno depresivo debido a otra afección médica</b> | Un período importante y persistente de estado de ánimo deprimido o una disminución notable del interés o placer por todas o casi todas las actividades predomina en el cuadro clínico. Existen pruebas a partir de la historia clínica, la exploración física o los análisis de laboratorio de que el trastorno es la consecuencia fisiopatológica directa de otra afección médica.  |
| <b>Otro trastorno depresivo especificado</b>             | predominan los síntomas característicos de un trastorno depresivo que causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento pero que no cumplen todos los criterios de ninguno de los trastornos de la categoría diagnóstica de los trastornos depresivos.   |
| <b>Otro trastorno depresivo no especificado</b>          | Esta categoría se aplica a presentaciones en las que predominan los síntomas característicos de un trastorno depresivo que causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento pero que no cumplen todos los criterios de ninguno de los trastornos de la categoría diagnóstica de los trastornos depresivos. La categoría del trastorno depresivo no especificado se utiliza en situaciones en las que el clínico opta por no especificar el motivo de incumplimiento de los criterios de un trastorno depresivo específico, e incluye presentaciones en las que no existe suficiente información para hacer un diagnóstico más específico. |
| <b>Especificadores***</b>                                | <b>Temporalidad, número de episodio, gravedad de los síntomas, curso, características del episodio depresivo, presencia de ansiedad.</b>   |

**Tabla 3. Espectro de los trastornos de ansiedad. DSM-5**

| <b>Trastorno</b>                            | <b>Características clínicas centrales</b>   |
|---|---|
| <b>Trastorno de Ansiedad por separación</b> | Miedo o ansiedad intensos y persistentes relativos al hecho de tener que separarse de una persona con la que le une un vínculo estrecho, y que se evidencia en un mínimo de tres manifestaciones clínicas centradas en preocupación, malestar psicológico subjetivo, rechazo a quedar solo en casa o desplazarse a otros lugares (escuela, trabajo, etc.) y/o presencia de pesadillas o síntomas físicos ante la separación de esas figuras de vinculación o su anticipación. |
| <b>Mutismo selectivo</b>                    | Incapacidad persistente de hablar o responder a otros en una situación social específica en que se espera que debe hacerse, a pesar de hacerlo sin problemas en otras situaciones (prototípicamente en casa y en presencia de familiares inmediatos).   |
| <b>Fobia específica</b>                     | Aparición de miedo o ansiedad intenso y persistente, prácticamente inmediata e invariable respecto a un objeto o situación específica, que se evitan o soportan a costa de intenso miedo- ansiedad.   |
| <b>Trastorno por Ansiedad Social</b>        | Miedo o ansiedad intensos que aparecen prácticamente siempre en relación a una o más situaciones sociales en las que la persona se expone   |

|  |   |
|--|---|
|  | al posible escrutinio por parte de otros. La persona teme actuar de una determinada manera o mostrar síntomas de ansiedad que puedan ser valorados negativamente por los observadores.  |
| <b>Trastorno de Angustia con /sin ataque de pánico</b> | Presencia de crisis de angustia inesperadas recurrentes. Al menos una de ellas va seguida durante un mínimo <sup>[1]</sup> de un mes de inquietud o preocupación persistente por la aparición de nuevas crisis o sus consecuencias, y/o por un cambio significativo y des adaptativo en el comportamiento que se relacione con las crisis de angustia.  |
| <b>Agorafobia</b>                                      | Miedo o ansiedad acusados que <sup>[1]</sup> aparecen prácticamente siempre respecto a dos o más situaciones prototípicamente agorafóbicas (transportes públicos, lugares abiertos, lugares cerrados, hacer colas o estar en medio de una multitud, y/o estar solo fuera de casa) que, además, se evitan activamente, requieren la presencia de un acompañante o se soportan a costa de intenso miedo o ansiedad. La <sup>[1]</sup> persona teme o evita dichas situaciones por temor a tener dificultades para huir <sup>[1]</sup> o recibir ayuda en caso de aparición de síntomas similares a la angustia, u otros síntomas incapacitantes o que pudieran ser motivo de vergüenza. |
| <b>Trastorno de Ansiedad generalizada</b>              | Ansiedad y preocupación excesivas, persistentes y que las personas tienen dificultades para controlar, sobre diversos acontecimientos o actividades y que se asocian a tres o más síntomas de sobre activación fisiológica.   |
| <b>Inducido por sustancias / medicación</b>            | El cuadro clínico se caracteriza fundamentalmente por la presencia de crisis de angustia o ansiedad y en el que existen evidencias de que dichos síntomas se desarrollan durante o poco después de la intoxicación o la abstinencia de una sustancia o por la toma de medicación capaces de producir dichos síntomas.   |
| <b>Debido a otra enfermedad médica</b>                 | El cuadro clínico se caracteriza fundamentalmente por la presencia de crisis de angustia o ansiedad, con evidencias de que ello es consecuencia patofisiológica directa de otra condición médica.   |

Tabla. 4 Episodio depresivo F2. CIE 10

| Trastorno                       | Características clínicas   |
|---------------------------------|--|
| <b>Episodio depresivo (F32)</b> | <p>En los episodios típicos, tanto leves como moderados o graves, el paciente sufre un decaimiento del ánimo, con reducción de su energía y disminución de su actividad. Se deterioran la capacidad de disfrutar, el interés y la concentración, y es frecuente un cansancio importante, incluso después de la realización de esfuerzos mínimos. Habitualmente el sueño se halla perturbado, en tanto que disminuye el apetito. Casi siempre decaen la autoestima y la confianza en sí mismo, y a menudo aparecen algunas ideas de culpa o de ser inútil, incluso en las formas leves. El decaimiento del ánimo varía poco de un día al siguiente, es discordante con las circunstancias y puede acompañarse de los así llamados síntomas “somáticos”, tales como la pérdida del interés y de los sentimientos placenteros, el despertar matinal con varias horas de antelación a la hora habitual, el empeoramiento de la depresión por las mañanas, el marcado retraso psicomotor, la agitación y la pérdida del apetito, de peso y de la libido. El episodio depresivo puede ser calificado como leve, moderado o grave, según la cantidad y la gravedad de sus síntomas.</p> |

**Episodio depresivo leve F32.0**

Por lo común están presentes dos o tres de los síntomas antes descritos. El paciente generalmente está tenso pero probablemente estará apto para continuar con la mayoría de sus actividades.

**Episodio depresivo moderado F32.1**

Por lo común están presentes cuatro o más de los síntomas antes descritos y el paciente probablemente tenga grandes dificultades para continuar realizando sus actividades ordinarias.

**Episodio depresivo grave sin síntomas psicóticos F32.2**

Episodio de depresión en el que varios de los síntomas característicos son marcados y angustiantes, especialmente la pérdida de la autoestima y las ideas de inutilidad y de culpa. Son frecuentes las ideas y las acciones suicidas, y usualmente se presenta una cantidad de síntomas “somáticos”.

**Episodio depresivo grave con síntomas psicóticos F32.3**

Episodio de depresión similar al descrito en F32.2, pero con la aparición de alucinaciones, delirios, retraso psicomotor, o de un estupor tan grave que imposibilita las actividades sociales corrientes; puede generar riesgos para la vida del paciente, por suicidio o por efecto de la deshidratación o de la inanición. Las alucinaciones y los delirios pueden o no ser congruentes con el ánimo.

**Otros episodios depresivos F32.8**

Depresión atípica  
Episodios únicos de depresión “enmascarada” SAI

**Episodio depresivo, no especificado F32.9**

Depresión SAI  
Trastorno depresivo SAI

**Tabla 5. Trastornos neuróticos, secundarios a situaciones estresantes y somatomorfos. CIE-10.**

| Trastorno                                    | Características clínicas  |
|--|---|
| <b>Trastornos de ansiedad fóbica (F40)</b>   |   |
| <b>Agorafobia (F40.0)</b>                    | El término abarca un conjunto de fobias relacionadas entre sí, a veces solapadas, entre ellos temores a salir del hogar, a entrar en tiendas o almacenes, a las multitudes, a los lugares públicos y a viajar solo en trenes, autobuses o aviones. Aunque la gravedad de la ansiedad y la intensidad de la conducta de evitación son variables, éste es el más incapacitante de los trastornos fóbicos y algunos individuos llegan a quedar completamente confinados en su casa.  |
| <b>Fobias sociales (F40.1)</b>               | Miedo a ser enjuiciado por otras personas en el seno de un grupo comparativamente pequeño (a diferencia de las multitudes) y suelen llevar a evitar situaciones sociales determinadas.  |
| <b>Fobias específicas (aisladas) (F40.2)</b> | Fobias restringidas a situaciones muy específicas tales como a la proximidad de animales determinados, las alturas, los truenos, la oscuridad, a viajar en avión, a los espacios cerrados, a tener que utilizar urinarios públicos, a ingerir ciertos alimentos, a acudir al dentista, a la visión de sangre o de heridas o al contagio de enfermedades concretas. Aunque la situación desencadenante sea muy específica y concreta, su presencia puede producir pánico como en la agorafobia y en las fobias sociales. |
| <b>Trastornos de Adaptación (F43.2)</b>      | Inicio de síntomas presentes un mes posterior a la exposición a un estrés psicosocial identificable, pero no de tipo catastrófico ni inusitado. Los síntomas o alteraciones conductuales manifestados son los descritos en los trastornos afectivos (F30-39), exceptuando ideas delirantes y alucinaciones; cualquiera de los trastornos en la codificación F40-F48 y de los trastornos disociales. Los síntomas varían en forma y gravedad.  |

**Tabla 6. Trastornos del estado de ánimo. CIE 11**

|   |  |
|---|--|
| <b>Trastornos depresivos</b>                    | Los trastornos depresivos se caracterizan por un estado de ánimo depresivo (por ejemplo, tristeza, irritación, sensación de vacío) o pérdida de placer, acompañado por otros síntomas cognitivos, conductuales o neurovegetativos que afectan significativamente la capacidad del individuo de funcionar. Un trastorno depresivo no debe diagnosticarse en individuos que han experimentado un episodio maniaco mixto o hipomaníaco, que indicaría la presencia de un trastorno bipolar  |
| <b>6A70 Trastorno depresivo, episodio único</b> | El trastorno depresivo con un episodio único se caracteriza por la presencia o antecedentes de un episodio depresivo cuando no hay antecedentes de episodios depresivos anteriores. Un episodio depresivo mayor se caracteriza por un período de estado de ánimo depresivo casi a diario o disminución del interés en las actividades durante al menos dos semanas, acompañado de otros síntomas como dificultad para concentrarse, sentimientos de inutilidad o culpa excesiva o inapropiada, desesperanza, pensamientos recurrentes de muerte o suicidio, cambios en el apetito o el sueño, agitación o enlentecimiento psicomotor, y energía reducida o fatiga. Nunca ha habido ningún episodio anterior de manía o hipomanía, o episodios mixtos, que indicarían la presencia de un trastorno bipolar.   |
| <b>6A71 Trastorno depresivo recurrente</b>      | El trastorno depresivo recurrente se caracteriza por antecedentes de al menos dos episodios depresivos separados por un mínimo de varios meses sin perturbación significativa del estado de ánimo. Un episodio depresivo se caracteriza por un período de estado de ánimo casi a diario deprimido o disminución del interés en las actividades durante al menos dos semanas, acompañado de otros síntomas como dificultad para concentrarse, sentimientos de inutilidad o culpa excesiva o inapropiada, desesperanza, pensamientos recurrentes de muerte o suicidio, cambios en el apetito o el sueño, agitación o enlentecimiento psicomotor, y energía reducida o fatiga. Nunca ha habido ningún episodio anterior de manía o hipomanía, o un episodio mixto, que indicarían la presencia de un trastorno bipolar.   |
| <b>6A72 Trastorno distímico</b>                 | El trastorno distímico se caracteriza por un estado de ánimo depresivo persistente (es decir, que dura dos años o más), durante la mayor parte del día, durante más días que no. En niños y adolescentes, el estado de ánimo depresivo puede manifestarse como una irritabilidad generalizada. El estado de ánimo depresivo se acompaña de otros síntomas como interés o placer notablemente disminuidos en las actividades, concentración y atención reducidas o indecisión, autoestima baja o culpa excesiva o inapropiada, desesperanza sobre el futuro, sueño perturbado o aumento del sueño, disminución o aumento del apetito, y energía baja o fatiga. Durante los primeros dos años del trastorno, nunca ha habido un período de dos semanas durante el cual el número y la duración de los síntomas fueran suficientes para cumplir con los requisitos diagnósticos de un episodio depresivo. No hay antecedentes de episodios maníacos, mixtos o hipomaníacos. |

---

|   |   |
|---|---|
| <b>6A73 Trastorno mixto de ansiedad y depresión</b>   | El trastorno mixto de ansiedad y depresión se caracteriza por síntomas de ansiedad y depresión la mayor parte de los días durante un periodo de dos semanas o más. Ningún conjunto de síntomas, considerados por separado, es lo suficientemente grave, numeroso o persistente para justificar el diagnóstico de un trastorno de episodio depresivo, distimia o relacionado con ansiedad y miedo. El estado de ánimo depresivo o el interés disminuido en las actividades debe estar presente, acompañado por síntomas depresivos adicionales así como síntomas múltiples de ansiedad. Los síntomas causan una angustia significativa o un deterioro significativo a nivel personal, familiar, social, educacional, ocupacional o en otras áreas importantes del funcionamiento. Nunca ha habido ningún episodio anterior de tipo maníaco, hipomaníaco, o mixto, que indicarían la presencia de un trastorno bipolar. |
| <b>6A7Y Otros trastornos depresivos especificados</b> | Esta es una categoría residual del tipo “otro/a especificado/a”   |
| <b>6A7Y Otros trastornos depresivos especificados</b> | Esta es una categoría residual del tipo “otro/a especificado/a”   |

---

**Tabla 7. Trastorno de Adaptación. CIE-11.**

|                              |   |
|------------------------------|---|
| 6B43 Trastorno de adaptación | Se describe como una reacción desadaptativa a un estresante psicosocial identificable o múltiples factores de estrés que surge dentro de un mes del factor estresante. Las características son preocupación por el factor estresante o sus consecuencias, incluida la preocupación excesiva, pensamientos recurrentes y angustiosos sobre el factor estresante, además de la falta de adaptación al estrés que provoca un deterioro significativo en la vida personal, familiar, social, educativa, laboral o en otras áreas importantes del funcionamiento. Los síntomas no se explican mejor por otro trastorno mental (p. ej., trastorno del estado de ánimo, otro trastorno asociado específicamente con el estrés) y, por lo general, se resuelven en 6 meses, a menos que el factor estresante persista durante más tiempo. |
|------------------------------|---|

---