

Trastornos adaptativos

Resumen

Es un diagnóstico muy utilizado en la práctica clínica. Muchas veces es utilizado como diagnóstico provisional, a la espera de la evolución del cuadro. Depende, desde su definición, del juicio del evaluador. Sus síntomas son tan inespecíficos que se plantea la controversia sobre si corresponde a una verdadera entidad clínica o si los síntomas se explican mejor por otros diagnósticos. Al analizar este constructo, nos vemos involucrados en la polémica sobre la subjetividad del evaluador en el diagnóstico psiquiátrico.

Índice

| | |
|--|----|
| Historia | 15 |
| Generalidades | 15 |
| Criterios diagnósticos | 16 |
| Algunas consideraciones clínicas | 16 |
| Críticas al diagnóstico | 17 |
| Tratamiento | 18 |
| Referencias bibliográficas | 18 |

Historia

El diagnóstico de trastorno adaptativo (TA) se incluyó dentro de la nomenclatura del DSM II en 1968 y fue reconocido por el ICD-9 en 1978. Previamente a ello, los cuadros que a partir de allí se incluyeron en esta categoría se consideraban "reactivos" y en la medida en que las clasificaciones consideraban el concepto de reacción (sobre todo por la influencia de Meyer) como una instancia transnosográfica estaban dispersos en depresión, o en cuadros neuróticos.

Dentro de los cuadros depresivos, clásicamente se hablaba de una depresión endógena y de una depresión reactiva. En esta última era posible identificar un acontecimiento externo que generaba una respuesta exagerada en la persona que la padecía. A diferencia de la endógena, siempre se le adjudicaba a la depresión reactiva un origen psicológico. Existe una historia de situaciones estresantes que generan sobrecarga alostática en el individuo que la padece y la reacción depresiva es una respuesta a esto.

Claramente, este es un enfoque muy reduccionista. Con el paso del tiempo, la nosografía fue incluyendo este término como un subtipo depresivo de los trastornos adaptativos.

¿Cuáles son los estresores más comúnmente identificables? Una catástrofe económica, la pérdida de un ser querido, un desengaño amoroso, el despido de un empleo.

A diferencia de muchos de los trastornos adaptativos, la descripción clásica de la depresión reactiva era la de un estado de ánimo depresivo capaz de ser modificado por la influencia de situaciones ambienta-

les placenteras o bien por la modificación de las situaciones externas que desencadenaron el trastorno anímico. Esto se vuelve muy difícil de valorar cuando el evento fue, por ejemplo, la muerte de un familiar: ¿cómo desaparece ese hecho? O ¿hasta cuándo se lo toma como un estresor identificable?

Debido a que la depresión reactiva se vincula estrechamente con los vínculos familiares y sociales, algunos autores plantean que, en muchas ocasiones, existe una tendencia a sobreactuar, las reales consecuencias que el evento externo puede haber generado.

Generalidades

Si bien es un diagnóstico muy utilizado en la práctica clínica, tanto que alcanza una frecuencia de entre 5-21% en pacientes ambulatorios (1, 2), sorprende el poco interés que despierta en el área de investigación, siendo claramente eclipsado por los trastornos de ansiedad y del estado de ánimo (3). En los últimos 25 años ha habido menos de 30 publicaciones dedicadas a este diagnóstico en revistas *peer-reviewed*, y fue tratado solo brevemente en los libros de texto (1). Es difícil definir y validar una herramienta diagnóstica útil para ser utilizada en estudios epidemiológicos, ya que este trastorno depende, desde su definición, del juicio clínico del evaluador (4).

El TA está caracterizado por una respuesta emocional a un evento estresante (generalmente financiero, médico o de relación). Junto con el trastorno por estrés posttraumático (TEPT) y el duelo, es uno de los pocos diagnósticos en el que un evento estresante

proporciona una explicación etiológica. A diferencia de lo que sucede con otros diagnósticos del DSM, el TA no tiene un perfil de sintomatología clara ni específica. El diagnóstico no depende tanto de un complejo sintomático, sino de la totalidad de la circunstancia clínica percibida por el evaluador.

Criterios diagnósticos

Los criterios del DSM IV TR se especifican en la tabla 1.

Tabla 1 // Trastornos adaptativos. DSM IV TR. Código F44.00

| |
|---|
| A. La aparición de síntomas emocionales o comportamentales en respuesta a un estresante identificable tiene lugar dentro de los 3 meses siguientes a la presencia del estresante. |
| B. Estos síntomas o comportamientos se expresan clínicamente del siguiente modo: 1. malestar mayor de lo esperable en respuesta al estresante 2. deterioro significativo de la actividad social o laboral (o académica). |
| C. La alteración relacionada con el estrés no cumple los criterios para otro trastorno específico y no constituye una simple exacerbación de un trastorno preexistente. |
| D. Los síntomas no responden a una reacción de duelo. |
| E. Una vez ha cesado el estresante (o sus consecuencias), los síntomas no persisten más de 6 meses. |
| Especificar si: Agudo: si la alteración dura menos de 6 meses. Crónico: si la alteración dura 6 meses o más. Los trastornos adaptativos son codificados según el subtipo, que se selecciona de acuerdo con los síntomas predominantes. El estresante específico puede señalarse en el Eje IV. F43.20 Con estado de ánimo depresivo F43.28 Con ansiedad F43.22 Mixto, con ansiedad y estado de ánimo depresivo F43.24 Con trastorno de comportamiento F43.25 Con alteración mixta de las emociones y el comportamiento F43.9 No especificado. |

Los autores que plantean que el TA es un diagnóstico que posee validez, se apoyan básicamente en que los pacientes comparten varias características clínicas al compararlos con pacientes que padecen otros trastornos psiquiátricos o que no padecen ninguna enfermedad mental (5, 9):

- estresores más graves,
- mejor funcionamiento previo,
- menores tasas de trastorno de la personalidad que pacientes con distimia o trastorno depresivo mayor,
- menor gravedad en las escalas de evaluación,
- mayores tasas de mejoría en el seguimiento,
- buen pronóstico a los 5 años,
- mayor probabilidad de mejorar con la hospitalización,
- menores tasas de readmisión,
- mayor rapidez de resolución de los problemas.

Estas particularidades lo convierten en un diagnóstico menos incapacitante que el resto de los trastornos psiquiátricos en términos de cronicidad, hospitalizaciones, y funcionamiento laboral y social.

Algunas consideraciones clínicas

Los síntomas más comúnmente descritos son: el humor depresivo (50%), la baja autoestima, el insomnio, el aislamiento social y la ideación suicida. Un estudio mostró que un 96% de los pacientes presentaba cierto grado de riesgo suicida en la admisión, sin embargo, no diferenciaba que el 67 % de los mismos padecía un trastorno límite o antisocial de la personalidad (10). El TA con síntomas conductuales (como la impulsividad) es más frecuente en poblaciones adolescentes.

Si bien se han descrito elevados porcentajes de comorbilidad (70%) con otros diagnósticos del eje 1, al ser los síntomas tan inespecíficos, uno no debe dejar de preguntarse si corresponde a una verdadera comorbilidad o si los síntomas se explican mejor por el otro diagnóstico. Probablemente se haya encontrado un estresor temporal que ameritó la codificación de ambos diagnósticos. Según el síntoma que predomine, se codifican 6 subtipos (ver Tabla 1).

Para el DSM-IV TR el estresante puede:

- ser un acontecimiento simple (por ejemplo, la terminación de una relación sentimental) o deberse a factores múltiples (por ejemplo, dificultades importantes en los negocios y problemas conyugales),
- ser recurrente (por ejemplo, asociados a crisis estacionales en los negocios) o ser continuo (por ejemplo, vivir en un barrio de criminalidad elevada),
- afectar a una persona, a una familia, a un grupo o comunidad (por ejemplo, como sucede en una catástrofe natural),
- ser dependiente de acontecimientos específicos del desarrollo (por ejemplo, ir a la escuela, abandonar el domicilio familiar, casarse, ser padre, fracasar en los objetivos profesionales, jubilarse).

Esto lo diferencia de los estresantes característicos de los trastornos por estrés agudo y postraumático (TEPT) donde el estresante es extremo y presentan una constelación de síntomas específicos. Sin embargo, luego de alguno de estos últimos estresores, el sujeto puede no presentar sintomatología de TEPT y sí de un trastorno adaptativo.

Últimamente se ha descrito lo que podría ser un nuevo subtipo denominado en inglés *posttraumatic embitterment disorder*, caracterizado por sentimientos reivindicatorios y de injusticia ante un evento negativo excepcional en la vida que viola principios básicos (11), y que se acompaña muchas veces por sentimientos de venganza y recuerdos intrusivos del evento.

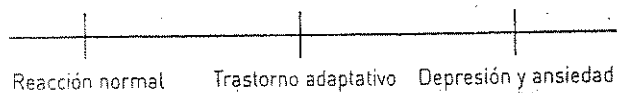
Los principales diagnósticos diferenciales de los TA son todos aquellos trastornos subumbrales de las grandes categorías diagnósticas (los llamados trastornos no especificados). La evolución y el pronóstico

están determinados por la edad, el tipo de personalidad, el soporte social y familiar y la presencia o no de comorbilidades. La presencia de trastornos conductuales parece que empeora el pronóstico, y no está claro si los TA predisponen o no al desarrollo posterior de otra patología psiquiátrica.

Casey plantea que la marginalización de este diagnóstico se asienta sobre un concepto de depresión bastante elástico. La depresión se vuelve así un término que incluye diferentes acepciones, como las de: síntoma, síndrome, episodio, enfermedad, carácter o temperamento con poca diferencia conceptual entre ellos (1). Snaith, al criticar el concepto de "depresión leve", plantea que allí se incluyen no solo los trastornos depresivos que requieren tratamiento o que se resuelven espontáneamente, sino además las penas por pérdidas, aspiraciones fallidas, frustraciones, abandonos, la desilusión, el desamparo y aun el pesimismo (5, 12). Illich plantea que esto es continuar medicalizando los caprichos emocionales de la condición humana (1, 13).

Aunque estos autores consideran que el bajo umbral para el diagnóstico de depresión lleva a considerar respuestas transitorias normales como enfermedades, la mayoría de las investigaciones recientes plantean la necesidad de pesquisar los síntomas depresivos en pacientes con enfermedades somáticas con el fin de prevenir los efectos deletéreos que agrega la depresión (14,15).

Se debe considerar un *continuum* de posibles reacciones a situaciones estresantes.



Críticas al diagnóstico

Este diagnóstico siempre generó controversias. Muchos se cuestionan si el TA es verdaderamente un diagnóstico (16). Al analizar este constructo nos vemos involucrados en la tradicional polémica sobre la subjetividad del evaluador en el diagnóstico psiquiátrico, que continúa presente aunque los autores del DSM realizan intentos infructuosos para eliminarla. El TA es fuertemente criticado en los ámbitos académicos por su falta de soporte científico y por representar una "bolsa de gatos" (1). Otros plantean que en realidad el trastorno adaptativo se utiliza para categorizar trastornos depresivos leves o moderados que se presentan luego de un evento estresante.

A - Desde el punto de vista clínico, las principales críticas están dirigidas a la definición del estresor o evento estresante y al complejo sintomático.

1 - Estresor

- No hay criterios que califiquen al estresor. Solo basta con que "un estresor sea identificado".

- Su naturaleza es poco específica.

- La relación temporal entre el estresor y el desarrollo de los síntomas fue puesta de forma arbitraria, sin sustento de evidencia alguna, y ha cambiado constantemente. Por otra parte, no queda claro en la literatura por qué el TEPT puede aparecer tardíamente y no el TA. Cabría la pregunta sobre cuándo un acontecimiento vital adverso deja de actuar como un estresor. Por ejemplo, en qué momento padecer un cáncer de mama deja de actuar como evento estresante. Para el DSM-IV TR los síntomas pueden persistir por un período prolongado de tiempo (por ejemplo, más de 6 meses) si aparecen en respuesta a un estresante crónico (por ejemplo, una enfermedad médica incapacitante y crónica) o a un estresante con repercusiones importantes (por ejemplo, dificultades económicas y emocionales a partir de un divorcio), lo que agrega mayor confusión, ya que no se aclara qué es una "repercusión importante" y, en el caso de las enfermedades crónicas, el sujeto debería padecer un TA durante todo el proceso.

- Es muy difícil en algunas oportunidades inferir la causalidad entre el estresor y el síntoma (se transforma en un modelo reduccionista).

- Uno de los criterios define el TA como: "malestar mayor de lo esperable en respuesta al estresante", y el psiquiatra es el responsable de determinar qué grado es "esperable" y cuál no. Es dificultoso separar el TA de las reacciones adaptativas normales, por un lado, y de los trastornos depresivos o de ansiedad, por otro. La experiencia personal del evaluador con respecto a determinada situación estresante desempeña un papel muy importante en esa decisión.

2. El *complejo sintomático* también es blanco de críticas, ya que:

- Los síntomas descriptos son poco específicos y se superponen con los de otros diagnósticos a los cuales se subordina (1). Además, no logra aclarar la pregunta central sobre por qué algunos pacientes desarrollan síntomas y otros no.

- Si un paciente experimenta un trauma y desarrolla síntomas de un trastorno depresivo luego de él, no puede diagnosticarse un trastorno adaptativo aunque se halla presentado en respuesta a un estresor psicosocial identificable.

B - Desde el punto de vista social, es un diagnóstico que es visto por muchos psiquiatras como menos estigmatizante. Por otro lado, al no ser considerado como un antecedente de enfermedad, no interfiere con el acceso a coberturas médicas o seguros de vida.

C - Desde la mirada de la interculturalidad, hay varios trastornos en diferentes culturas que compar-

ten con el TA la característica de presentarse luego de alguna situación estresante (Latah, ataque de nervios, etcétera). Habitualmente, estas reacciones son contenidas por la red sociofamiliar de la persona y solo cuando se ven sobrepasadas solicitan ayuda médica.

D - Desde la visión nosográfica es un diagnóstico con una tasa de confiabilidad muy baja. Esto se aplica tanto a los criterios del DSM como a los de ICD-10; pero existen algunos estudios que demuestran su validez. Un estudio, que comparó lo hallado por una entrevista clínica abierta con lo resultante de una entrevista clínica estructurada para DSM-IV-TR (SCID), mostró que mientras el diagnóstico de trastorno adaptativo fue del 54% en la primera, representaba nada más que un 4% de los diagnósticos realizados por SCID (17).

Tratamiento

Lo planteado previamente no es sólo una disquisición nosográfica; tiene consecuencias directas sobre las indicaciones de tratamiento. Por ejemplo, la utilización de psicofármacos no está suficientemente estudiada.

Las posiciones extremas pueden involucrar al paciente en intervenciones complejas y caras, muchas veces innecesarias, o dejar pasar la oportunidad de un tratamiento adecuado en desmedro de la calidad de vida.

Muchas veces este diagnóstico se usa como diagnóstico provisional, a la espera de la evolución del cuadro, y se definirá de manera retrospectiva. La instalación de este diagnóstico no implica la necesidad de conductas médicas activas salvo (lo que queda claro por la anteriormente dicho) una "mirada atenta".

Referencias bibliográficas

- Casey, P., C. Dowrick, and G. Wilkinson, Adjustment disorders: fault line in the psychiatric glossary. *Br J Psychiatry*, 2001, 179: p. 479-81.
- Strain, J.J., et al., Adjustment disorder: a multisite study of its utilization and interventions in the consultation-liaison psychiatry setting. *Gen Hosp Psychiatry*, 1998, 20(3): p. 139-49.
- Jones, J.M., et al., Eating disorders in adolescent females with and without type 1 diabetes: cross sectional study. *Bmj*, 2000, 320(7249): p. 1563-6.
- Bonelli, R.M. and R. Bugram, Additional A-criterion for adjustment disorders? *Can J Psychiatry*, 2000, 45(8): p. 763.
- Snyder, S., J.J. Strain, and D. Wolf, Differentiating major depression from adjustment disorder with depressed mood in the medical setting. *Gen Hosp Psychiatry*, 1990, 12(3): p. 159-65.
- Despland, J.N., L. Monod, and F. Ferrero, Clinical relevance of adjustment disorder in DSM-III-R and DSM-IV. *Compr Psychiatry*, 1995, 36(6): p. 454-60.
- Spalletta, G., et al., Symptom profile, Axis II comorbidity and suicidal behaviour in young males with DSM-III-R depressive illnesses. *J Affect Disord*, 1996, 39(2): p. 141-8.
- Andreasen, N.C. and P.R. Hoenk, The predictive value of adjustment disorders: a follow-up study. *Am J Psychiatry*, 1982, 139(5): p. 584-90.
- Bronisch, T., Adjustment reactions: a long-term prospective and retrospective follow-up of former patients in a crisis intervention ward. *Acta Psychiatr Scand*, 1991, 84(1): p. 86-93.
- Kryzhanovskaya, L. and R. Canterbury, Suicidal behavior in patients with adjustment disorders. *Crisis*, 2001, 22(3): p. 125-31.
- Linden, M., et al., [Post-traumatic embitterment disorder (PTED). Differentiation of a specific form of adjustment disorders]. *Nervenarzt*, 2004, 75(1): p. 51-7.
- Snaith, R.P., The concepts of mild depression. *Br J Psychiatry*, 1987, 150: p. 387-93.
- Ronson, A., [Adjustment disorders in oncology: a conceptual framework to be refined]. *Encephale*, 2005, 31(2): p. 118-26.
- Keller, WPA/PTD Programa educativo sobre Trastornos depresivos. 1994, WPA.
- Evans, D.L., et al., Mood disorders in the medically ill: scientific review and recommendations. *Biol Psychiatry*, 2005, 58(3): p. 175-89.
- Greenberg, W.M., D.N. Rosenfeld, and E.A. Ortega, Adjustment disorder as an admission diagnosis. *Am J Psychiatry*, 1995, 152(3): p. 459-61.
- Shear, M.K., et al., Diagnosis of nonpsychotic patients in community clinics. *Am J Psychiatry*, 2000, 157(4): p. 581-7.