



---

## Desarrollo de una entrevista diagnóstica para los trastornos adaptativos

---

Mar Molés<sup>1</sup>  
molesm@psb.uji.es  
Soledad Quero<sup>1,3</sup>  
squero@psb.uji.es  
Sabrina Andreu<sup>1</sup>  
adream@psb.uji.es  
Cristina Botella<sup>1,3</sup>  
botella@psb.uji.es  
Rosa María Baños<sup>2,3</sup>  
banos@uji.es

---

<sup>1</sup>Universidad Jaume I, Castellón

<sup>2</sup>Universidad de Valencia

<sup>3</sup>CIBER de Fisiopatología de la Obesidad y Nutrición (CIBEROBN)

## I. Resumen

1050



Los Trastornos Adaptativos (TA) constituyen uno de los problemas psicológicos más frecuentes en los contextos de atención primaria y hospitalaria. Su diagnóstico cuenta con una importante popularidad entre los clínicos (Despland, Monod y Ferrero, 1995) y parece constituir un importante problema de salud pública (van der Klink et al., 2003). Sin embargo, a pesar de la gravedad que pueden presentar los síntomas y de la elevada incidencia que se le atribuye (entre un 5 y un 20%, según el DSM-IV-TR) (APA, 2000) los TA han sido muy poco estudiados. Tal vez uno de los motivos del escaso interés que la literatura científica ha mostrado históricamente por el tema, sea la ambigüedad de los criterios y especificaciones diagnósticas, que han originado diversas cuestiones polémicas que aumentan si cabe la dificultad del diagnóstico de los TA. Además la revisión de la literatura llevada a cabo pone de manifiesto que, en estos momentos, existen muy pocos instrumentos que permitan realizar una identificación y diagnóstico específico de los TA. Para facilitar la tarea del clínico en la evaluación de este tipo de trastornos nuestro grupo de investigación ha elaborado una *Entrevista diagnóstica para los Trastornos Adaptativos* (Andreu- Mateu et al., 2008) en la que se ha tenido en cuenta indicaciones señaladas por la SCID. El objetivo del presente trabajo es describir el proceso de elaboración de dicho instrumento cuya validación se está llevando a cabo en estos momentos. Teniendo en cuenta la ausencia de instrumentos diagnósticos validados para evaluar adecuadamente los TA, que son tan prevalentes en atención primaria y que llevan asociados importantes costes sociales, consideramos que el desarrollo y validación de esta entrevista constituye una clara aportación al campo de conocimiento debido, entre otras cosas, al riesgo que conlleva la subestimación de este trastorno y, por supuesto, un mal diagnóstico del mismo.

## II. Introducción

Todas las personas en algún momento de sus vidas han sufrido acontecimientos estresantes o negativos que les han resultado difíciles de afrontar. La mayoría de las personas resuelven estas situaciones de manera satisfactoria. Sin embargo, en algunos casos, dicho afrontamiento se produce de forma inadecuada provocando un malestar e interferencia significativa en actividades tanto sociales como laborales. Esta reacción desadaptada, con más intensidad y de duración mayor de lo esperable constituye la base de los Trastornos Adaptativos (TA).

No existe en la actualidad un adecuado consenso en relación a cuestiones tan importantes como la conceptualización o sobre la forma en que deberíamos abordar terapéuticamente los TA. De hecho, en la actualidad no existen protocolos de evaluación ni de tratamiento basados en la evidencia para este problema. Por lo tanto, respecto a estos trastornos se ha producido una situación incomprensible a la vez que



sorprendente, pues si bien, por un lado, constituyen un problema muy extendido en las consultas clínicas (Despland, Monod y Ferrero, 1995), y afectan a un gran número de personas (en función del tipo de muestra se llegan a estimar cifras de prevalencia superiores al 30% y al 50%; DSM-IV, APA 2000); por otro, han recibido un escaso interés por parte de los investigadores.

### III. ¿Qué son los trastornos adaptativos?

Los TA se definen como una reacción de desajuste (inadaptación) ante uno o más acontecimientos estresantes. Este trastorno es recogido tanto en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales. Texto Revisado: DSM-IV-TR. (American Psychiatric Association, APA, 2002) como en la Clasificación Internacional de Enfermedades: CIE-10 (Organización Mundial de la Salud, OMS, 1992), con algunas diferencias. A continuación, detallaremos las características diagnósticas principales de cada una de estas clasificaciones y observaremos como el diagnóstico de los TA es diferente, dependiendo de la clasificación diagnóstica que tengamos en cuenta.

Según criterios DSM-IV-TR (APA 2000) los TA consisten en: “una respuesta psicológica a uno o varios estresantes identificables que comportan la aparición de síntomas emocionales o de comportamiento clínicamente significativos”. El criterio temporal que se establece es el siguiente: “los síntomas deben presentarse durante los 3 meses siguientes al inicio del estresor” y “deben resolverse dentro de los 6 meses que siguen a la desaparición del mismo (o de sus consecuencias)”, pudiendo persistir más tiempo si los síntomas “aparecen en respuesta a un estresor crónico (p.ej., una enfermedad médica incapacitante y crónica) o a un estresor con repercusiones importantes (p.ej., dificultades económicas y emocionales a partir de un divorcio)”. Por lo que se refiere al tipo de estresor, esta clasificación indica que pueden ser muy variados (una ruptura sentimental, problemas económicos, independización del hogar, catástrofes naturales, etc.). En referencia al criterio de significación clínica, los síntomas deben provocar “un malestar superior al esperable, dada la naturaleza del estresor” o “un deterioro significativo de la actividad social o profesional (o académica)”. Además, el DSM-IV-TR aclara entre sus criterios que: “esta categoría no debe utilizarse si el trastorno cumple los criterios para otro trastorno específico del Eje I”, si “es una exacerbación de un trastorno preexistente del Eje I o del Eje II” o si “los síntomas representan una reacción de duelo”, por lo que relega este trastorno tras otros posibles diagnósticos. Por otra parte, este sistema de clasificación establece que la codificación del trastorno debe realizarse por medio de subtipos determinados en función de los síntomas predominantes, aunque no existe una especificación clara de cuales deberían ser: con estado de ánimo depresivo, con ansiedad, mixto, con ansiedad y estado de ánimo depresivo, con trastorno de comportamiento, con alteración mixta de las emociones y el

comportamiento y no especificado. Por último, la duración debe especificarse como aguda, si los síntomas persisten menos de 6 meses, o crónica si se presentan durante 6 meses o más.

Por su parte, la CIE-10 (OMS, 1992) define los TA como: “Estados de malestar subjetivo acompañados de alteraciones emocionales que, por lo general, interfieren con la actividad social y que aparecen en el período de adaptación a un cambio biográfico significativo o a un acontecimiento vital estresante”. A excepción de la clasificación diagnóstica propuesta por el DSM-IV-TR, esta clasificación establece algunas pautas diagnósticas como son tener en cuenta la forma, el contenido y la gravedad de los síntomas, los antecedentes y la personalidad, y por último el acontecimiento estresante, la situación o la crisis biográfica. Respecto a los criterios de exclusión la CIE-10, impide el diagnóstico de TA si alguno de los síntomas es “por sí solo de suficiente gravedad o importancia como para justificar un diagnóstico más específico”, aunque si incluye el *shock* cultural, reacciones de duelo y hospitalismo en niños. En cuanto a las especificaciones ofrece, al igual que el DSM-IV-TR, un listado de subtipos relacionados con las manifestaciones clínicas, con la diferencia de, la no inclusión del subtipo con ansiedad y la división en dos del subtipo con estado de ánimo depresivo, en función de la duración de la reacción: la reacción depresiva breve (menos de un mes) y la prolongada (menos de dos años). El intervalo temporal que la CIE-10 establece como más frecuente es de un mes, aunque puede ser mayor siempre que no supere los tres meses y “rara vez excede los seis meses, excepto para la reacción depresiva prolongada, que puede llegar a los dos años”. Respecto a los acontecimientos estresantes, estos pueden ser muy diversos, al igual que las manifestaciones clínicas.

Además, junto a estos criterios, ambas clasificaciones añaden algunas especificaciones y aclaraciones que ayudan a visualizar el cuadro completo de este trastorno, aunque como veremos, no hay un consenso al respecto. Por un lado, la forma de conceptualizar este trastorno en el DSM-IV-TR es la de concebirlo como “una categoría residual” que se utiliza para describir las alteraciones que aparecen en respuesta a un estresante identificable y que no cumplen los criterios para otro trastorno específico del Eje I, a diferencia de la CIE-10 que entendería los TA y los clasificaría no como una categoría residual y aislada, sino como una entidad diagnóstica equiparable a las demás. Además, quedaría incluido junto a la Reacción de estrés agudo (REA), el Trastorno de Estrés Postraumático (TEPT) y Otras reacciones a estrés grave, en una supracategoría diagnóstica que recibe el nombre de “Reacciones a estrés grave y trastornos de adaptación”. Por otra parte, en relación al diagnóstico de las reacciones de duelo, el DSM-IV-TR en sus aclaraciones especifica que el diagnóstico de TA puede ser apropiado cuando la reacción ante la muerte de un ser querido excede o es más prolongada de lo que cabría esperar, aunque incomprensiblemente en uno de sus criterios explicita claramente que los síntomas correspondientes a esta reacción no constituye un TA. En contrapartida, la CIE-10 sí considera el

duelo como una patología mental y lo introduce dentro de la categoría del Trastorno de Adaptación, pero sin aportar especificaciones ni criterios diferenciales. Por lo tanto, teniendo en cuenta los actuales sistemas diagnósticos existentes, no queda claro cuál debería ser la etiqueta diagnóstica que deberíamos aplicarle a una persona que está atravesando un periodo de duelo que pudiera ser complicado.

Finalmente, la situación que se prevé para el futuro DSM-V en relación a este trastorno, sigue la línea planteada por la CIE-10. Por un lado, los investigadores proponen incluir los TA dentro del apartado más amplio de los trastornos relacionados con el trauma y el estrés. Por último, además de los subtipos actuales, se propone añadir dos subtipos más: 1) el TA con síntomas similares al Trastorno de Estrés Postraumático (TEPT) o al Trastorno de Estrés Agudo (TEA); y 2) el TA relacionado con el duelo. Sin embargo, en relación a este último subtipo, existe también la propuesta de incluirlo en un Apéndice con el objetivo de llevar a cabo una mayor investigación. Estas propuestas pueden consultarse en la siguiente dirección electrónica (<http://www.dsm5.org/Pages/Default.aspx>).

Como podemos observar, los criterios y especificaciones diagnósticas carecen de precisión y exactitud y no nos proporcionan una idea clara sobre cual debería ser el diagnóstico adecuado del TA. Esta ambigüedad ha originado algunas cuestiones polémicas en relación a este tema (Baumeister y Kufner, 2009; Botella, Baños y Guillen, 2008; Gur, Hermesh, Laufer, Gogol y Gross-Isseroff, 2005, Laugharne, van der Watt y Janca, 2008), poniendo en evidencia la todavía situación de indefinición de este trastorno en el ámbito medico-psiquiátrico.

#### **a) Polémicas diagnósticas**

La incertidumbre que esta situación genera, unida a la falta de consenso en alguna de las cuestiones arriba señaladas contribuye, por una parte, a explicar las importantes dificultades que clínicos e investigadores deben enfrentar a la hora de abordar las tareas de diagnosticar, estudiar y tratar este trastorno. Prueba de esta dificultad es el hecho de que el TA es el único trastorno mental del Eje I que no cuenta ni con una lista de síntomas, ni con un criterio operacional para sus conductas (Strain et al., 1998); lo que como consecuencia provoca cierta desconfianza en relación a la fiabilidad y la validez del trastorno, ya que, la definición actual permite considerar como un TA cualquier manifestación sintomatológica posible, siempre y cuando no se cumplan criterios para otro trastorno. Además, tampoco existen directrices marcadas que permitan distinguir cuándo nos encontramos ante una reacción adaptativa normal frente a un estímulo estresante y cuándo debemos considerar que dicha reacción es desajustada y constituye un TA, por lo que nos preguntamos ¿cuando el malestar de una persona ante determinado acontecimiento estresante es “normal” o exagerado?”. Por último, tampoco se indica qué tipo de acontecimientos habría que considerar cómo estímulos estresantes. Esta falta de definición podría llevarnos a considerar como estresores todas aquellas circunstancias que

la persona tuviera sin tener en cuenta su gravedad (se podrían incluir desde disputas con la pareja, hasta acontecimientos de riesgo para la vida como recibir el diagnóstico de una enfermedad). En este sentido, la ausencia de guías que ayuden a definir los estresores y las reacciones asociadas, dificultan su valoración aunque, por otro lado, una definición excesivamente rígida podría llevar a que personas vulnerables que presentaran reacciones patológicas ante acontecimientos valorados como poco importantes, no pudieran ser diagnosticadas y, en consecuencia, tratadas a pesar de presentar sintomatología y deterioro funcional (Baumeister, Maercker y Casey, 2009). Por lo tanto, no podemos olvidarnos del hecho de que las reacciones de las personas pueden ser diferentes ante distintos estresores en función de factores como la historia, la raza o las características personales.

Una última cuestión problemática es el estatus subordinado del TA que aún prevalece en los actuales sistemas diagnósticos, ya que, a pesar de la existencia clara de un acontecimiento estresante si los síntomas se corresponden a criterios de otro trastorno específico, no se podría realizar el diagnóstico comórbido de TA. Como consecuencia de esta situación, podemos correr el riesgo de subestimar este trastorno y, en consecuencia, no identificarlo ni tratarlo adecuadamente.

#### IV. TA: un importante problema de salud pública

A pesar de las dificultades que suelen encontrar los clínicos, señaladas anteriormente, a la hora de diagnosticar los TA, constituyen un problema con una alta prevalencia, siendo uno de los problemas psicológicos más frecuentes en los contextos de atención primaria y hospitalaria: 21% aprox. de adultos tratados en régimen ambulatorio (APA, 1994; Despland et al., 1995; Fabrega, Mezzich y Mezzich, 1987) y con una incidencia estimada del 7,1 % en admisiones psiquiátricas hospitalarias (Greenberg, Rosenfeld, y Ortega, 1995). En nuestro país, Gómez-Macías et al. (2006) encontraron una incidencia del 13,5 % en un centro de salud, analizando pacientes nuevos con este diagnóstico en un periodo de 8 meses. Los TA también son muy frecuentes en personas que padecen condiciones médicas (Strain et al., 1998), especialmente si son graves (p.ej., 35% aprox. de pacientes oncológicos). Además, los síntomas que experimentan las personas que padecen un TA pueden situarse en el límite de las respuestas normales y esperables al estrés o pueden conllevar conductas autolesivas graves e incluso suicidio (Kryzhanovskaya y Canterbury, 2001; Schnyder y Valach, 1997; Strain, 1995), incluso en los individuos más jóvenes (Andreasen y Hoenk, 1982; Benton y Lynch, 2006). Otros argumento de peso que indica que los TA constituyen un importante problema de salud se refieren a los altos costes sociales y económicos que originan, ya que es muy frecuente que el malestar y deterioro de la actividad asociado a este trastorno lleven a una disminución del rendimiento en el trabajo y, en la gran mayoría de los casos, a bajas laborales. Como indican datos recogidos en los Países Bajos

(van der Klink et al., 2003), los trastornos mentales son la causa del 33% de las bajas y, de este porcentaje, más del 50 % se deben a problemas relacionados con el estrés como el TA. Además, dentro de la categoría de los TA también se incluyen problemas cada vez más frecuentes y conocidos como son los relacionados con el acoso (“*mobbing*”, “*bullyng*”, etc.), o el “síndrome del quemado” (“*burn out*”), etc., que se consideran “formas extremas de la sintomatología propia de los TA” (Gómez Macías et al. 2006).

En conjunto, los datos aportados hasta el momento muestran que, a pesar de las dificultades y controversias en torno a este trastorno, éste debe ser tenido en cuenta, ya que el número de personas que lo padece parece ser elevado y las consecuencias que de ello se derivan pueden implicar un importante riesgo y coste económico. A pesar de ello, los TA no cuentan con un adecuado respaldo científico y, como consecuencia, esta categoría se encuentra pobremente atendida desde el ámbito de la investigación.

## V. Evaluación de los TA: escasez de instrumentos diagnósticos

Teniendo en cuenta, tanto los problemas de definición de este trastorno como el poco interés que despierta en científicos e investigadores, no es sorprendente que los instrumentos para su evaluación y diagnóstico que encontramos en la literatura sean escasos y que, en su mayor parte, no sean específicos de esta condición patológica.

En la revisión de la literatura llevada a cabo únicamente encontramos dos entrevistas diagnósticas estructuradas que incorporan los TA entre las patologías que evalúan. No obstante, como veremos a continuación, ambos instrumentos presentan importantes limitaciones en relación a la manera en la que se evalúan los TA.

La primera de estas entrevistas es la Entrevista para la Evaluación Clínica en Neuropsiquiatría (SCAN; *Schedule for Clinical Assessment in Neuropsychiatry*, Wing et al., 1990. Segunda versión OMS, 1994). Esta entrevista, basada en los criterios de la CIE-10 y el DSM-IV, incluye entre los diagnósticos posibles el caso de los TA en su sección número 13 denominada Interferencia y Atribuciones. Sin embargo, esta sección se lleva a cabo únicamente después de que la evaluación del resto de trastornos específicos haya sido realizada, por lo que podría llevarnos a pensar que este diagnóstico es poco probable. Además, no incluye ni preguntas específicas ni una guía que sirva de ayuda al entrevistador a la hora de realizar este diagnóstico, excepto la especificación de que los síntomas y los criterios diagnósticos no deben haber sido recogidos en secciones anteriores.

La segunda entrevista diagnóstica estructurada que encontramos es la Entrevista Clínica Estructurada para el DSM-IV (SCID; *Structured Clinical Interview for DSM-IV*, First, Spitzer, Gibbon y Williams, 1999). Este instrumento proporciona las indicaciones necesarias para realizar el diagnóstico de los diferentes trastornos recogidos en el Eje I del DSM-IV y,



dentro de la categoría general de los Trastornos de Ansiedad y otros trastornos, incluye un apartado dedicado explícitamente a la evaluación de los TA. En cambio, de nuevo encontramos la especificación de que este diagnóstico no puede llevarse a cabo si los criterios para otro trastorno mental se cumplen, relegando a una posición subordinada los casos en los que el TA pudiese coexistir con otras entidades patológicas.

Ante las limitaciones impuestas por las entrevista diagnósticas anteriormente comentadas y recogiendo la insatisfacción con los actuales criterios diagnósticos del TA, algunos autores han optado por elaborar instrumentos propios. Este es el caso del instrumento propuesto por Maercker, Einsle y Köllner (2007), el cual constituye una herramienta alternativa en el diagnóstico de este trastorno. Este grupo postula un nuevo modelo diagnóstico para los TA, el Nuevo Módulo de los Trastornos Adaptativos (ADNM; *Adjustment Disorder New Modul*) y elabora una entrevista compuesta por una lista que recoge 7 categorías de eventos o problemas vitales: enfermedad grave, conflictos familiares, divorcio/separación, problemas laborales, enfermedad de un ser querido, problemas financieros y jubilación. Además, este instrumento cuenta con otro listado que incluye 22 síntomas asociados a los TA que pertenecen a los 3 criterios sintomatológicos principales determinados por el modelo (intrusión, evitación y fallo en la adaptación) y a los 3 subtipos de criterios especificativos para los casos de TA (ansiedad, depresión y alteración del control de impulsos). Aunque cabe decir que actualmente no se cuenta con una versión válida en castellano del mismo.

Teniendo en cuenta la alarmante situación existente en relación al correcto diagnóstico de los TA, nuestro grupo de investigación ha optado por desarrollar su propia *Entrevista para los Trastornos Adaptativos* (Andreu-Mateu, Botella, Baños y Quero, 2008), cuya validación se está llevando a cabo en estos momentos con la finalidad de garantizar una adecuada detección e identificación de los TA. El objetivo del presente trabajo es describir el proceso que se ha seguido en su elaboración y las distintas partes que la constituyen.

## VI. Una entrevista diagnóstica para los TA

En primer lugar, se realizó una búsqueda de los principales instrumentos diagnósticos que evaluaban los TA. El resultado de este trabajo, como acabamos de mencionar, fue preocupante debido al escaso número con el que contamos y la poca sensibilidad que poseen los existentes. Por lo que desarrollamos la Entrevista Diagnóstica para los Trastornos Adaptativos (Andreu-Mateu, Botella, Baños y Quero, 2008), teniendo en cuenta criterios diagnósticos tanto de la CIE-10 como del DSM-IV-TR, así como de la entrevista SCID-IV. (Ver anexo)

Esta entrevista semiestructurada está dividida en diversas partes, las cuales se detallan a continuación:

En primer lugar, la entrevista rastrea la existencia de el/los *evento/s estresante/s* mediante un listado de posibles acontecimientos



relacionados con el grupo primario de apoyo, el ambiente social, el ámbito laboral o académico y otros problemas, como son los económicos, de abuso o acoso, relacionados con el sistema legal o la amenaza para la seguridad personal. Estos acontecimientos son evaluados temporalmente mediante cuestiones sobre el momento en que dicho estresor tuvo lugar.

A continuación, se evalúa la presencia y las características de los *síntomas* presentes como consecuencia del suceso en base a un listado confeccionado con las principales manifestaciones clínicas encontradas en los casos de TA. Por un lado se evalúan los síntomas presentes mediante una escala de 0 a 8, donde 0 = nada y 8 = muy grave y, por otro, se valoran las características principales del síntoma como son: el tiempo de latencia de aparición, la duración y el tipo de síntoma predominante (ansiedad, depresión, alteraciones comportamentales), la posible existencia de consecuencias en la actualidad y su evolución. Además, en esta sección se señala la conveniencia de realizar el diagnóstico diferencial respecto al Trastorno de Estrés Postraumático o el Trastorno de Ansiedad Generalizada, en función del tipo de síntoma experimentado por la persona (p.ej., embotamiento afectivo, recuerdos o sueños recurrentes e intrusivos, reexperimentación, o preocupación constante por distintos temas). Por último, permite rastrear la posible existencia de consumo de sustancias y de condiciones físicas graves.

En tercer lugar, la entrevista cuenta con una serie de preguntas que tienen como objetivo obtener información cualitativa sobre el acontecimiento estresante (p.ej., *¿Qué ha hecho hasta ahora para hacer frente al acontecimiento estresante y sus consecuencias?*) y, por último, tiene un apartado opcional que permite rastrear la posible existencia de un duelo complicado si el evento que tuvo lugar consistió en la muerte de un ser querido (utilizando los criterios de Prigerson y Jacobs, 2001).

Como se ha mencionado con anterioridad, en la actualidad la Entrevista Diagnóstica para los Trastornos Adaptativos (Andreu-Mateu et al., 2008) se encuentra en proceso de validación contando ya, con una muestra de 46 pacientes con diagnóstico de TA cuyo rango de edad oscila entre 18 -50 años. El subtipo diagnóstico de estos pacientes fue en su mayoría de TA mixto con ansiedad y estado de ánimo depresivo (78,3%) y formaban parte de un estudio controlado más amplio para evaluar la eficacia de un protocolo de tratamiento psicológico para los trastornos adaptativos apoyado por un sistema de realidad virtual (Andreu-Mateu, 2011).

## VII. Conclusión

De lo anterior podemos concluir que, a pesar de que los TA cuentan con una elevada prevalencia y una repercusión importante a nivel económico y social, no están respaldados por un adecuado quehacer científico y su conocimiento es bastante limitado. Además, son muchas cuestiones las que deben ser abordadas en relación al TA ya que, constituye una categoría diagnóstica especialmente compleja que

presenta importantes dificultades a la hora de ofrecer un diagnóstico operacional y fiable.

Teniendo en cuenta la ausencia de instrumentos diagnósticos validados, consideramos de gran relevancia el desarrollo y validación de esta entrevista que permitirá evaluar adecuadamente los TA, siendo además, un instrumento específico para esta condición patológica que no relega el TA a una posición secundaria. Por lo que, su adecuada validación supondrá una clara aportación al campo del conocimiento.

Por otra parte, es importante subrayar que disponer de este tipo de entrevistas diagnósticas estructuradas ayudará al clínico a no subestimar este trastorno y, en consecuencia, poder identificarlo a tiempo y poder tratarlo adecuadamente. Con la aportación de esta entrevista también pretendemos motivar e impulsar a científicos e investigadores con el objetivo de que se profundice en el conocimiento de este trastorno, ya que su estudio parece estar bien justificado.

## VIII. Bibliografía

---

American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental*

*Disorders: DSM-IV* (4ª Ed.). Washington, DC: American Psychiatric Association.

American Psychiatric Association (2002). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales. Texto Revisado: DSM-IV-TR*. Barcelona: Masson.

Andreasen, N. C., y Hoenk, P. R. (1982). The predictive value of adjustment disorders: A follow-up study. *American Journal of Psychiatry*, 139, 584-590

Andreu-Mateu, S. (2011). *Un protocolo de tratamiento psicológico para los Trastornos Adaptativos apoyado por un sistema de realidad virtual: Análisis de su eficacia a través de un estudio controlado*. Tesis Doctoral, Universitat Jaume I, España

Andreu-Mateu, Botella, Baños y Quero. *Entrevista para los Trastornos Adaptativos*. LabPsittec. 2008.

Baumeister, H. y Kufner, K. (2009). It is time to adjust the adjustment disorder category. *Current Opinion in Psychiatry*, 22, 409-412.

Baumeister, H., Maercker, A. y Casey, P. (2009). Adjustment Disorder with Depressed Mood. *Psychopathology*, 42, 139-147.

Benton, T. D. y Lynch, J. (2006). *EMedicine. Adjustment Disorders*. Extraído el 7 de junio de 2010 de <http://www.emedicine.com/Med/topic3348.htm>

Botella, C., Baños, R. M. y Guillén, V. (2008). Creciendo en la adversidad. Una propuesta de tratamiento para los trastornos adaptativos. En C. Vázquez y G. Hervás (Eds.), *Psicología Positiva Aplicada*. Bilbao: DDB.

Despland, J., Monod, L. y Ferrero, F. (1995). Clinical relevance of adjustment disorder in

DSM-III-R and DSM-IV. *Comprehensive Psychiatry*, 36, 454-460.

Fabrega, H., Mezzich, J.E., y Mezzich, A.C. (1987). Adjustment disorder as a marginal or transitional illness category in DSM. *Archives of General Psychiatry*, 44, 567-572.

First, M. B., Spitzer, R. L., Gibbon, M. y Williams, J. B. (1999). Entrevista Clínica Estructurada para los Trastornos del Eje II del DSM-IV, Versión Clínica. Barcelona: MASSON

Gómez Macías V.; De Cós A.; et al., (2006). Trastornos adaptativos: factores estresantes en el momento actual. *Interpsiquis*

Greenberg, W.A., Rosenfeld, D.N., & Ortega, E.A. (1995). Adjustment disorder as an admission diagnosis. *American Journal of Psychiatry*, 152, 459-461.

Gur, S., Hermesh, H., Laufer, N., Gogol, M. y Gross-Isseroff, R. (2005). Adjustment Disorder: A Review of Diagnostic Pitfalls. *IMAJ*, 7, 726-731.

Kryzhanovskaya, L., Canterbury, R. (2001) Suicidal Behavior in Patients with Adjustment Disorders. *Crisis*, 2 (3): 125-131

Laugharne, J., van der Watt, G., y Janca, A. (2008). It is too early for adjusting the adjustment disorder category. *Current Opinion in Psychiatry*, 22, 50-54.

Maercker, A., Einsle, F. y Köller, V. (2007). Adjustment Disorders as Stress Response Syndromes: A New Diagnostic Concept and its Exploration in a Medical Sample. *Psychopathology*, 40, 135-146.

Organización Mundial de la Salud (OMS) (1994) *CIE-10. Trastornos mentales y del comportamiento*. Madrid: Meditor; 1992.

Prigerson, H. G. y Jacobs, S. C. (2001). Diagnostic criteria for traumatic grief. In M. S. Stroebe, R. O.; Hansson, W. Stroebe y H. Schut (Eds.), *Handbook of bereavement research* (p. 614-646). Washington, DC: American Psychological Association.

Schnyder, U. y Valach, L. (1997). Traumatic stress issues in psychiatric institutions in Switzerland. *European Journal of Psychiatry*, 11, 162-172.

Strain, J. J. (1995). Adjustment disorders. En G. O. Gabbard (Ed.), *Treatments of Psychiatric Disorders* (2ª Ed.) (pp. 1656-1665). Washington, DC: APA Press.

Strain, J. J., Smith G. C., Hammer, J. S., McKenzie D. P., Bumenfield, M., Muskin, P. et al. (1998). Adjustment disorder: a multisite study of its utilization and interventions in the consultation-liaison psychiatry setting. *General Hospital Psychiatry*, 20, 139-149.

Van der Klink, J. L., Blonk, R. W., Schene, A. H. y van Dijk, F. J. (2003). Reducing long term sickness absence by an activating intervention in adjustment disorders. *Occupational and Environmental Medicine*. 60, 429-437.

Wing, J. K., Babor, T., Brugha, T., Burke, J., Cooper, J., Giel, R. et al. (1990). SCAN: Schudeles for Clinical Assessment in Neuropsychiatry. *Archives of General Psychiatry*, 47, 589-593.



## IX. Anexos: entrevista diagnóstica para los Trastornos Adaptativos



Servicio de Asistencia Psicológica  
- Universitat Jaume I -



### ENTREVISTA DIAGNÓSTICA PARA LOS TRASTORNOS ADAPTATIVOS

Nombre.....	Código/DNI .....
Edad ..... Fecha de nacimiento:	Género <input type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/> Hombre
Entrevistador .....	
Diagnóstico .....	Fecha .....


#### I-INFORMACIÓN INICIAL

1-En los últimos meses, ¿ha sufrido algún acontecimiento negativo/estresante en su vida?

SI \_\_\_\_ NO \_\_\_\_

TIPO DE ACONTECIMIENTO	Si/No	Duración en meses/años
<i>RELACIONADO CON EL GRUPO PRIMARIO DE APOYO:</i>		
-ruptura, separación/divorcio		
-infidelidad de la pareja		
-conflictos/problemas con otros miembros de la familia		

-reconciliación			1061
-matrimonio			
-nuevo matrimonio de algún miembro de la familia			
-muerte de un familiar (*1)			
-embarazo/nacimiento de un hijo			
-independización de los hijos			
-incorporación de algún miembro a la familia			
-marcha de algún miembro de la familia			
-cambio de hogar			
-problemas de salud en algún miembro de la familia			
-problemas de salud propios			
-malos tratos de la pareja/padres			
-abandono			
<b>RELACIONADO CON EL AMBIENTE SOCIAL:</b>			
-fallecimiento de un amigo (*1)			
-pérdida de apoyo social			
-soledad prolongada			
-problemas de vivienda			
-cambio de lugar de residencia			
-emigración			
-dificultad de adaptación a una cultura nueva			
-discriminación			
-cambio vital (p. ej. <i>jubilación, emancipación...</i> )			
-problemas con algún agente social: médico, asistente social...			
<b>ÁMBITO LABORAL:</b>			
-desempleo			
-despido			
-jubilación			

-ascenso			1062
-cambio de trabajo			
-insatisfacción laboral			 <small>Facultat de Ciències Humanes i Socials</small> <small>UNIVERSITAT JAUME I</small>
-conflictos con el jefe/compañeros			
-trabajo estresante			
-condiciones laborales difíciles			
-fracasos laborales			
<b>ÁMBITO ACADÉMICO</b>			
-inicio/fin etapa			
-problemas con compañeros			
-cambio de colegio/instituto/facultad			
-problemas con los estudios			
-fracasos académicos			
<b><u>PROBLEMAS DE ACOSO/ABUSO</u></b>			
-mobbing			
-bulling			
-otros			
<b>PROBLEMAS ECONÓMICOS</b>			
-inicio/fin de un negocio/quiebra			
-problemas económicos			
-ganancia de gran suma de dinero			
<b>PROBLEMAS CON SISTEMA LEGAL O DELINCUENCIA</b>			
-arresto			
-encarcelamiento			
-juicio			
-víctima de un acto delictivo			
<b>AMENAZA PARA LA SEGURIDAD PERSONAL</b>			
-accidente			
-desastres/catástrofes naturales			

-agresión física/sexual			1063
-enfermedad grave			
-amenaza o peligro para otra persona			



(\*

1) Si hay muerte ir a los CRITERIOS DE DUELO (apartado V)

2- ¿Cuánto tiempo hace que el/los acontecimiento/s estresante/s tuvo/tuvieron lugar? (Indicar fecha)

Acontecimiento 1:.....

Acontecimiento 2:.....

Acontecimiento 3:.....

3- ¿En algún caso el estresor continúa presente en la actualidad?

Acontecimiento 1:.....

Acontecimiento 2:.....

Acontecimiento 3:.....

4- En la actualidad, y como consecuencia de haber experimentado dicho acontecimiento ¿tiene Ud algún tipo de síntoma emocional o comportamental que le produzca un nivel de malestar subjetivo importante en su vida? Por ejemplo, se siente ansioso, deprimido, preocupado, incapaz de seguir adelante, de hacer cosas...

SI \_\_\_\_ NO \_\_\_\_

**II-VALORACIÓN DE LOS SÍNTOMAS**

1- Indique cuáles de los siguientes síntomas experimenta, en relación al acontecimiento estresante y valore su gravedad utilizando la siguiente escala:

0	1	2	3	4	5	6	7	8
Na da		Leve		Moderado		Grave		Muy grave



2- Indique la frecuencia con la que experimenta los siguientes síntomas utilizando la siguiente escala (sólo de aquellos que puntúen 5 o más):

1. Nunca
2. Algún día al mes
3. Varios días al mes
4. Una vez por semana
5. Varios días a la semana
6. Todos los días

SÍNTOMAS	Grav (0-8)	Frecuencia	¿Cuándo comenzó? (*4)
Tristeza			
Rabia/enfado			
Culpabilidad			
Ansiedad/miedo			
Hiperactividad			
Confusión/incertidumbre			
Desesperanza			
Llanto			
Sentimientos de inutilidad			
Baja autoestima			
Ideas de muerte			
Tensión muscular			
Problemas de sueño			
Problemas con el apetito			
Inquietud/nervios			
Fatiga			
Dificultad para concentrarse			
Irritabilidad			
Dificultades para relacionarse con los demás			
Retirada o aislamiento social			
Dificultad para aceptar lo sucedido			



Evitación de situaciones o recuerdos relacionados con el acontecimiento			
Sensación de distanciamiento o extrañamiento respecto a los demás			
Reactividad fisiológica (sudor, temblores) ante estímulos relacionados con el acontecimiento			
Embotamiento afectivo (*2)			
Recuerdos o sueños recurrentes e intrusivos (*2)			
Sensaciones de revivir la experiencia (*2)			
Preocupación constante por distintos temas (*3)			
Otros			

(\*2) Valorar criterios TEPT (Trastorno de estrés postraumático)  
 (\*3) Valorar criterios TAG (Trastorno de ansiedad generalizada)  
 (\*4) Valorar sólo los síntomas principales (puntuación >4). Si están presentes desde el inicio del problema o con posterioridad.

Comentarios:

.....  
 .....

**3-Predominio de síntomas:**

Ansiosos	-3	-2	-1	0	1	2	3	Depresivos
----------	----	----	----	---	---	---	---	------------

**4- ¿Cuánto tardaron en aparecer los síntomas tras el acontecimiento?**

En el primer mes	Entre 1 y 3 meses	Más de 3 meses

**5- ¿Cuánto tiempo hace que tiene los síntomas?**

Menos de 1 mes	Entre 1 y 3 meses	Entre 3 y 6 meses	Más de 6 meses

**6-** ¿Existe todavía presente alguna consecuencia directa de dicho acontecimiento?  
(P.ej: sigo sin dinero, me siguen acosando en el trabajo, estoy pendiente del juicio...)

1066

SI \_\_\_\_ NO \_\_\_\_ Especificar.



UNIVERSITAT  
JAUME I

**7-** ¿Los síntomas se han mantenido igual desde el acontecimiento negativo/estresante o han cambiado?

Empeorado	-3	-2	-1	0	1	2	3	Mejorado
-----------	----	----	----	---	---	---	---	----------

**8-** ¿Ha tenido este tipo de reacción en otras ocasiones?

SI \_\_\_\_ NO \_\_\_\_

Especificar:

.....

**9-** ¿Tenía éstos síntomas incluso antes de que el acontecimiento estresante tuviera lugar?

SI \_\_\_\_ NO \_\_\_\_

Especificar:

.....

**10-** ¿Cuándo empezó a convertirse esta situación en un problema para usted?

Fecha:.....

Comentarios:

.....

**11-** ¿Durante los últimos 6 meses siente que ha estado continuamente preocupado o ansioso acerca de diversos temas, además de los relacionados con el acontecimiento negativo/estresante?

SI \_\_\_\_ NO \_\_\_\_

**12-** ¿Consumía o ha consumido algún tipo de droga/medicamento de forma regular?

SI \_\_\_\_ NO \_\_\_\_

Especificar (tipo/cantidad/fechas): .....



**13-** ¿Ha sufrido o sufre alguna enfermedad o condición física especial?

SI \_\_\_\_ NO \_\_\_\_

Especificar (tipo y duración): .....

**IV- INVESTIGACIÓN**

**1-** ¿Existe alguna situación, persona, imagen, etc, que haga que los síntomas o el malestar relacionados con el acontecimiento negativo/estresante aumenten?

.....  
 .....

**2-** ¿Qué ha hecho hasta ahora para hacer frente al acontecimiento y sus consecuencias?

.....  
 .....

**3-** ¿Alguna vez experimentó sentimientos similares, quizás más leves, cuando era niño?

Si la respuesta es SI, especificar fechas y cómo fueron esas experiencias (situaciones, frecuencia, síntomas):

.....

<b>Diagnósticos posibles:</b>	
<b>DSM-IV</b>	
-TA con estado de ánimo depresivo	
-TA con ansiedad	
-TA mixto, con ansiedad y estado de ánimo depresivo	
-TA con trastorno del comportamiento	
-TA con alteración mixta de las emociones y el comportamiento	
-TA no especificado	
Especificar si:	
-Agudo: la alteración dura menos de 6 meses	
-Crónico: la alteración dura más de 6 meses	
Duelo: si la reacción es desmesurada en relación a lo que sería de esperar debe diagnosticarse un TA	

**V- CRITERIOS DE DUELO COMPLICADO (Prigreson & Jacobs, 2001)****Criterio A**

1- ¿Se ha producido recientemente o en el pasado la muerte de alguna persona significativa para usted?

SI \_\_\_\_ NO \_\_\_\_

2-¿En la actualidad, y cómo consecuencia de la muerte de esta persona significativa, tiene alguno de los siguientes síntomas? (Se requieren al menos 3 síntomas para el diagnóstico)

2.1- ¿ Le acuden a la mente pensamientos intrusivos acerca del fallecido?

.....

2.2- ¿ Siente añoranza del fallecido y lo recuerda con pena?

.....

2.3- ¿Tiene deseos o realiza conductas de búsqueda del fallecido, aún sabiendo que está

muerto?

.....

2.4- ¿ Le embarga una sensación de soledad como resultado del fallecimiento?

.....

**Criterio B**

1-¿Siente que la muerte de esa persona le ha provocado alguna de las siguientes consecuencias?

(Se requieren al menos 4 síntomas para el diagnóstico)

1.1 ¿ Ha dejado de plantearse metas o siente que ya no desea conseguir aquellas que se

había planteado con anterioridad?. ¿Se siente inútil cuando mira hacia el futuro?

.....

.....





1.2- ¿ Siente que ya nada le afecta emocionalmente?. ¿Se ha vuelto frío o indiferente?

.....  
 .....

1.3- ¿ Tiene dificultades para aceptar la muerte de la persona? (p.ej., no terminar de creérselo).

.....  
 .....

1.4- ¿ Siente que la vida se ha quedado vacía o que ya no tiene sentido?

.....  
 .....

1.5- ¿ Siente que se ha muerto una parte de sí mismo?

.....  
 .....

1.6- ¿ Siente que se ha hecho pedazos la forma en que veía y entendía el mundo?

(Perder la sensación de seguridad, confianza, control, etc.)

.....  
 .....

1.7- ¿ Ha comenzado a tener síntomas o a asumir conductas perjudiciales que realizaba el fallecido o que estaban relacionadas con él?

.....  
 .....

1.8- ¿ Siente que está demasiado irritable, amargado o enfadado por la muerte de esa persona?

.....  
 .....

TABLA RESUMEN DEL DIAGNÓSTICO

Síntomas criterio A	Síntomas criterio B	Diagnóstico duelo complicado
Menos de 3	Menos de 4	No
3 ó más	4 ó más	Si

