


Revisión

Trastornos adaptativos y su manejo desde atención primaria

Adaptive disorders and their management in primary care

Elvira Lucas Oliver¹, Pedro Juan Tárraga López² , Almudena Tarraga Marcos³ 

¹ Grado de Medicina Universidad Castilla la Mancha.

² Profesor de Medicina Departamento de Ciencias Médicas, Universidad Castilla la Mancha

³ Medico Centro Base Consejería Bienestar Social. Castilla la Mancha

*Autor para correspondencia:

Pedro J. Tárraga López. Correo electrónico: pedrojuan.tarraga@uclm.es. Departamento de Ciencias Médicas, Universidad Castilla la Mancha

Recibido: 2 de junio 2023. Aceptado: 30 de junio 2023

Cómo citar este artículo:

Oliver E. L., Tárraga López P. J., Tarraga Marcos A. Trastornos adaptativos y su manejo desde atención primaria. JONNPR 2023; Vol 8 (3): 568-585 DOI: 10.19230/jonnpr.4909

How to cite this article:

Oliver E. L., Tárraga López P. J., Tarraga Marcos A. Adaptive disorders and their management in primary care. JONNPR 2023; Vol 8 (3): 568-585 DOI: 10.19230/jonnpr.4909



This work is licensed under a Creative Commons Attribution-NonCommercial-ShareAlike 4.0 International License
La revista no cobra tasas por el envío de trabajos, ni tampoco cuotas por la publicación de sus artículos

Resumen

Introducción. El trastorno de adaptación describe una respuesta emocional y conductual desproporcionada a uno o más estresores psicosociales identificables. Existen múltiples situaciones capaces de generarnos una situación de estrés agudo. Sin embargo, uno de los requisitos necesarios para poder hablar de trastorno adaptativo es que ese o esos factores estresantes supongan un deterioro en el funcionamiento normal del individuo.

Objetivos. El objetivo principal de este trabajo es analizar, mediante una revisión bibliográfica, el diagnóstico y abordaje de los trastornos adaptativos dentro del ámbito de Atención Primaria. El objetivo secundario es destacar la importancia de la detección y el tratamiento precoces, así como de la gestión multidisciplinar y la promoción de la salud mental.

Resultados: Los principales factores de riesgo de los trastornos adaptativos son el desempleo, los bajos ingresos, el escaso apoyo social, las enfermedades físicas y la salud mental. La prevalencia es mayor en jóvenes, especialmente entre las mujeres, y existe un riesgo aumentado de suicidio en el subtipo de estado de ánimo depresivo. El Cuestionario Internacional de Trastornos Adaptativos es actualmente la principal herramienta diagnóstica, por establecer sus criterios diagnósticos en base a la definición teórica establecida por la CIE-11. El manejo de estos trastornos se realiza principalmente mediante terapia cognitivo-conductual.

Conclusiones: Los trastornos de adaptación surgen como respuestas anormales ante ciertas situaciones estresantes. El papel de los médicos de Atención Primaria en el abordaje de este trastorno es primordial, siendo necesaria su detección y manejo precoz para disminuir los niveles de ansiedad disfuncionales que presentan los pacientes.

Palabras clave: Trastorno adaptativo, Atención primaria, salud mental, ADN, CITA, psicoterapia, tratamiento farmacológico

Abstract

Introduction: Adjustment disorder describes a disproportionate emotional and behavioral response to one or more identifiable psychosocial stressors. There are multiple situations capable of generating an acute stressful situation. However, one of the requirements to be able to speak of an adaptive disorder is that the stressor(s) in question should lead to an impairment of the individual's normal functioning.

Objectives: The main objective of this work is to analyze, through a literature review, the diagnosis and approach to the diagnosis and management of adaptive disorders in the Primary Care setting. The secondary objective is to emphasize the importance of early detection and treatment, as well as multidisciplinary management and mental health promotion.

Results: The main risk factors for adjustment disorders are unemployment, low income, low social support, physical illness, and personal history of mental health. The International Questionnaire of Adaptive Disorders is currently the principal diagnostic tool, as it establishes its diagnostic criteria based on the theoretical definition established by the ICD-11. The management of these disorders is mainly through cognitive behavioural therapy.

Conclusions: Adjustment disorders arise as abnormal responses to certain stressful situations. The role of primary care physicians in dealing with this disorder is essential, and early detection and management are necessary to reduce the levels of dysfunctional anxiety that patients present.

Key words: *Adaptive disorder, primary care, mental health, ADN, CITA, psychotherapy, pharmacological treatment*

Lista de Abreviaturas

TA: Trastorno de adaptación.

DSM: Manual Diagnóstico y Estadístico de los trastornos mentales.

CIE: Clasificación Internacional de Enfermedades.

TEPT: Trastorno de estrés postraumático.

TEA: Trastorno de estrés agudo.

TAG: Trastorno de ansiedad generalizada.

TDM: Trastorno depresivo mayor.

DAI: Desfibrilador automático implantable.

ADNM: Trastorno de Adaptación – Nuevo Módulo.

SCID-I: Entrevista clínica estructurada para los trastornos del Eje I del DSM-IV.

CITA: Cuestionario Internacional de Trastornos de adaptación.

HAM-A: Escala de Ansiedad de Hamilton.

TCC: Terapia cognitivo conductual.

ISRS: Inhibidores de la recaptación de serotonina.

OMS: Organización Mundial de la Salud.

Introducción

En nuestra sociedad actual, las personas nos enfrentamos continuamente a situaciones estresantes que debemos afrontar y superar, cuando no somos capaces de gestionar el impacto de estas situaciones, podemos desarrollar un trastorno de adaptación (TA).

El trastorno de adaptación describe una respuesta emocional y conductual desproporcionada ante uno o varios estresores psicosociales identificables¹. Existen múltiples situaciones capaces de generarnos una situación de estrés agudo (problemas económicos, rupturas de pareja o el diagnóstico reciente de una enfermedad). Sin embargo, uno de los requisitos necesarios para poder hablar de trastorno adaptativo es que ese o esos factores estresantes supongan un deterioro en el funcionamiento normal del individuo.

1. Criterios diagnósticos según DSM-V y CIE-11

Actualmente disponemos de dos sistemas de clasificación de los diferentes trastornos mentales que pueden acontecer en cualquier etapa de la vida: el Manual Diagnóstico y Estadístico de los trastornos mentales (DSM) y la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE).

El DSM-V incluye los TA dentro de la categoría *Trastornos relacionados con traumas y factores de estrés*. Este grupo de trastornos incluye también el trastorno del apego reactivo, el trastorno de relación social desinhibida, trastorno de estrés postraumático (TEPT) y el trastorno de estrés agudo (TEA). Todos ellos tienen en común la necesidad de exposición a un acontecimiento estresante o traumático para el desarrollo de la sintomatología. El DSM-V especifica también diferentes subtipos de TA dependiendo de la sintomatología predominante y de la duración del trastorno².

El CIE-11 también agrupa los TA junto con otros trastornos relacionados con eventos traumáticos o estresantes, categoría denominada en este caso *Trastornos específicamente asociados con el estrés*.

A continuación, se exponen los criterios diagnósticos de los trastornos adaptativos de acuerdo con sus últimas versiones (DSM-V y CIE-11).

1.1 TRASTORNOS ADAPTATIVOS SEGÚN DSM-V
A. Desarrollo de síntomas emocionales o del comportamiento en respuesta a un factor o factores de estrés identificables que se producen en los tres meses siguientes al inicio del factor(es) de estrés.
B. Estos síntomas o comportamientos son clínicamente significativos, como se pone de manifiesto por una o las dos características siguientes: <ol style="list-style-type: none"> 1. Malestar intenso desproporcionado a la gravedad o intensidad del factor de estrés, teniendo en cuenta el contexto externo y los factores culturales que podrían influir en la gravedad y la presentación de los síntomas. 2. Deterioro significativo en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.
C. La alteración relacionada con el estrés no cumple criterios para otro trastorno mental y no es simplemente una exacerbación de un trastorno mental preexistente.
D. Los síntomas no representan el duelo normal.
E. Una vez que el factor de estrés o sus consecuencias han terminado, los síntomas no se mantienen durante más de otros seis meses.
<p><i>Especificar si:</i></p> <p>309.0 (F43.21) Con estado de ánimo deprimido: predomina el estado de ánimo bajo, las ganas de llorar o el sentimiento de desesperanza.</p> <p>309.24 (F43.22) Con ansiedad: predomina el nerviosismo, la preocupación, la agitación o la ansiedad de separación.</p> <p>309.28 (F43.23) Con ansiedad mixta y estado de ánimo deprimido: predomina una combinación de depresión y ansiedad.</p> <p>309.3 (F43.24) Con alteración de la conducta: predomina la alteración de la conducta.</p> <p>309.4 (F43.25) Con alteración mixta de las emociones y la conducta: predominan los síntomas emocionales (p. ej., depresión, ansiedad) y una alteración de la conducta.</p> <p>309.9 (F43.20) Sin especificar: Para las reacciones de mala adaptación que no se pueden clasificar como uno de los subtipos específicos del trastorno de adaptación.</p>
<p><i>Especificar si:</i></p> <p>Agudo: Si la alteración dura menos de 6 meses.</p> <p>Persistente (crónico): Si la alteración dura 6 meses o más</p>

Tabla 1. Criterios diagnósticos de los trastornos de adaptación. DSM-V¹

1.2 TRASTORNOS ADAPTATIVOS SEGÚN CIE-11

1.2.2 ESENCIALES

- Reacción desadaptativa a un factor estresante psicosocial identificable o a múltiples factores estresantes que suele aparecer en el mes siguiente al factor(es) estresante. Entre los ejemplos figuran el divorcio o la pérdida de una relación, la pérdida de un empleo, el diagnóstico de una enfermedad, la aparición reciente de una discapacidad y los conflictos en el hogar o el trabajo.
- La reacción al factor estresante se caracteriza por la preocupación por dicho factor o sus consecuencias, incluida la preocupación excesiva, los pensamientos recurrentes y angustiosos sobre el factor estresante, o la constante rumia sobre sus implicaciones.
- Los síntomas no se explican mejor por otro trastorno mental (p. ej., un trastorno del estado de ánimo, otro trastorno específicamente asociado con el estrés)
- Una vez que el factor estresante y sus consecuencias han terminado, los síntomas se resuelven en seis meses.
- La falta de adaptación al factor estresante da lugar a un deterioro significativo en el ámbito personal, familiar, social, educativo, ocupacional o en otras áreas importantes del funcionamiento. Si el funcionamiento se mantiene, es solo a través de un esfuerzo adicional significativo.

1.2.2 CARACTERÍSTICAS ADICIONALES

- Los síntomas de preocupación tienden a empeorar con cualquier recordatorio de los factores estresantes, lo que da lugar a que se eviten los estímulos, los pensamientos, los sentimientos o las discusiones asociados a los factores estresantes para evitar la preocupación.
- Entre los síntomas psicológicos adicionales del trastorno de adaptación pueden figurar síntomas depresivos o de ansiedad, así como síntomas impulsivos <<externalizantes>>, en particular, el aumento del consumo del tabaco, alcohol u otras sustancias.
- Los individuos con trastornos de la adaptación suelen recuperarse cuando se elimina el factor estresante, cuando se proporciona el apoyo suficiente o cuando la persona desarrolla mecanismos o estrategias adicionales para hacerle frente.

Tabla 2. Criterios diagnósticos de los trastornos de adaptación. CIE-11 ³

2. Distinción de otros trastornos psiquiátricos

Dentro de la psiquiatría existe mucha superposición de síntomas entre los distintos trastornos mentales. Esto se pone de manifiesto al querer asignar una definición clara al TA que lo diferencie de otros trastornos incluidos en su misma clasificación. Algunos de los trastornos con los que comparte similitudes comprenden el trastorno de estrés postraumático (TEPT), trastorno por estrés agudo (TEA), trastorno de ansiedad generalizada (TAG) o el trastorno depresivo mayor (TDM).

El TEPT es un trastorno que puede desarrollarse después de la exposición a un evento o serie de eventos extremadamente horribles como puede ser una agresión sexual, un combate, una muerte violenta o un accidente grave. Se caracteriza por la experimentación constante del evento traumático en forma de pesadillas o flashbacks, tendencia a la evitación de pensamientos y recuerdos del evento o de personas o situaciones que recuerden a él y estado de hiperexcitación que interfiere con el sueño, con la concentración o que se manifiesta como una reacción de sobresalto aumentada ante estímulos como ruidos inesperados³. Según el DSM-V, estos síntomas deben durar más de un mes además de producir un malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento¹.

En el TA el factor precipitante del estrés no necesariamente debe ser un evento traumático, sino que el rango de eventos que pueden precipitar el desarrollo de TA incluye eventos vitales negativos más comunes en la población general tales como enfermedades graves o problemas laborales⁴.

El TEA se podría considerar una especificación del TEPT. La principal diferencia es la duración de los síntomas y el énfasis del primero sobre las reacciones disociativas al trauma.⁵ En el TEA los síntomas

aparecen durante el periodo de dos días hasta cuatro semanas tras el evento traumático¹, lo que hace incompatible su diagnóstico con el TEPT que sólo puede diagnosticarse pasadas cuatro semanas.

3. Prevalencia

La investigación y los estudios epidemiológicos en relación con los trastornos adaptativos han permanecido durante muchos años relegados a un segundo plano en relación con otros trastornos mentales debido, principalmente, a la falta de criterios diagnósticos claros. Es por ello por lo que los estudios más antiguos pueden subestimar su prevalencia⁶. Gracias a las últimas versiones del DSM-V y CIE-11, los TA se han visto mejor definidos, pero al ser versiones relativamente recientes, hay todavía pocos estudios epidemiológicos basados en estos últimos criterios. Cabe destacar también la variabilidad acerca de la prevalencia en función de las poblaciones estudiadas y de las herramientas diagnósticas utilizadas, tal y como se expone a continuación.

El proyecto ODIN (Outcome of Depression International Network) realizó un estudio comunitario transversal con el objetivo de evaluar la prevalencia de los trastornos depresivos en cinco países europeos (España, Reino Unido, Grecia, Noruega y Finlandia).

En éste se incluía el subtipo de Trastorno Adaptativo con estado de ánimo deprimido. La muestra seleccionada para el estudio incluía hombres y mujeres tanto en población rural como en población urbana de entre 18 a 64 años.

Para su análisis se utilizó en una primera fase el Inventario de Depresión de Beck y en una segunda fase el Programa de Evaluación Clínica en Neuropsiquiatría. Los resultados sobre la prevalencia de TA con estado de ánimo deprimido fueron sorprendentemente bajo, menor del 1%⁷. Una de las limitaciones planteadas ante esta baja prevalencia radica en las herramientas diagnósticas utilizadas puesto que las encuestas, dirigidas a la calificación de la depresión, podrían haber fijado el umbral demasiado alto para establecer un diagnóstico de TA.

Un estudio realizado en Zúrich sobre una población de entre 65 y 96 años, encontró una prevalencia de TA del 2,3%, sin diferencias de sexo ni edad. Se observó una probabilidad condicional de desarrollar un TA del 8,6% cuando el sujeto experimentaba una enfermedad grave, del 9,1% cuando experimentaba problemas económicos y del 5,6% al abandonar la vida laboral. Para ello, utilizó como herramientas diagnósticas entrevistas estandarizadas o cuestionarios de autoinforme⁸. En otro estudio⁹ dirigido a personas mayores de 60 años, se estimó una tasa de prevalencia de 3,7%.

En un estudio de cohorte multicéntrico, se evaluó la prevalencia del TA en los primeros 12 meses tras una lesión grave, utilizando para ello entrevistas clínicas. Los resultados estiman una prevalencia del 19% a los 3 meses de sufrir la lesión y del 16% a los 12 meses. Además, se encontró que el TA a los 3 meses aumentó significativamente el riesgo de desarrollar un trastorno psiquiátrico (excluyendo el TA) a los 12 meses¹⁰.

Los estudios de la prevalencia del TA en el ámbito de atención primaria son escasos, algunos realizados hace más de veinte años, con excepción de un estudio realizado en Cataluña¹¹, el cual obtuvo una prevalencia de 2,94% de los trastornos adaptativos en sus centros de atención primaria. Con respecto a la prevalencia de trastorno adaptativo en el ámbito hospitalario, un metaanálisis¹² encontró una prevalencia de TA en el contexto de cuidados paliativos del 15,4% y del 19,4% en pacientes oncológicos y hematológicos.

ESTUDIO	AUTORES	SUJETOS	OBJETIVOS	MÉTODO	PRINCIPALES RESULTADOS	CONCLUSIONES
Depressive disorders in Europe: prevalence figures from the ODIN study ⁷	<i>Ayuso-Mateos et al.</i>	Adultos de 18 a 64 años procedentes de España, Reino Unido, Noruega, Grecia, Noruega y Finlandia.	Estimar la prevalencia de los trastornos depresivos en cinco países europeos.	Estudio comunitario transversal.	Prevalencia global de trastornos depresivos: 8,56% Prevalencia de TA con estado de ánimo deprimido: <1%.	El trastorno depresivo tiene una prevalencia elevada en Europa. La prevalencia del TA con estado de ánimo deprimido fue baja quizás porque las herramientas diagnósticas utilizadas establecían un umbral demasiado alto.
Adjustment disorders, posttraumatic stress disorder, and depressive disorders in old age: findings from a community survey ⁸	<i>Maercker et al.</i>	Personas mayores de entre 65-96 años de Zúrich.	Estimar la prevalencia de los TA de acuerdo con un nuevo modelo psicopatológico que permita distinguirlos de otros trastornos.	Estudio comunitario transversal.	Prevalencias: TA: 2,3%, siendo los subtipos con emociones mixtas los más frecuentes. Comorbilidad de TA con otros diagnósticos del DSM-IV del 46% TEPT: 0,7% TDM: 2,3%.	El TA constituye un trastorno bien diferenciado. La mayor prevalencia (2,3%) de TA puede deberse a que la edad avanzada se relaciona con una mayor cantidad de eventos estresantes. La probabilidad de desarrollar un TA por problemas financieros era del 9,1%. La búsqueda de ayuda es baja; solo el 5% de la muestra recibió tratamiento.
Adjustment disorder with anxiety in old age: Comparing prevalence and clinical management in primary care and mental health care ⁹	<i>Arbus et al.</i>	Pacientes ambulatorios >60 años.	Evaluar la prevalencia de TA. Examinar si existen diferencias entre los pacientes con TA de atención primaria y de salud mental.	Estudio comunitario trasversal	Prevalencia del TA: 3,7%. El evento estresante más frecuente: enfermedad personal. >50% presentaba una importante incapacidad funcional. Pacientes de AP eran de mayor edad y recibieron menos psicoterapia y más tratamiento farmacológico (benzodiazepinas).	Los TA suponen una causa importante de ansiedad e incapacidad funcional en las personas mayores. Se necesita un diagnóstico precoz y una mayor aplicación de la intervención psicoterapéutica para disminuir el uso de benzodiazepinas en estos pacientes.
A Longitudinal Study of Adjustment Disorder After Trauma Exposure ¹⁰	<i>O'Donnell et al.</i>	Pacientes hospitalizados	Estimar la prevalencia del TA en los primeros 12 meses tras una lesión grave. Determinar si el TA es menos grave en comparación con otros trastornos.	Estudio de cohorte multicéntrico.	Prevalencia del TA a los 3 meses de la lesión del 19%, a los 12 meses del 16%. Los pacientes con TA tuvieron peores resultados respecto a la resolución de sus lesiones que aquellos sin ningún diagnóstico psiquiátrico, pero mejor en comparación con otros trastornos.	Este estudio apoya la recategorización de los TA y pone de manifiesto la necesidad de una mayor investigación.
Adjustment disorders in primary care: prevalence, recognition and use of services ¹¹	<i>Fernández et al.</i>	Pacientes de diferentes centros de salud de Cataluña	Estimar la prevalencia de los TA en AP, explorar diferencias entre los TA y otros trastornos y evaluar el reconocimiento y tratamiento de los TA por parte de los médicos de AP.	Estudio transversal.	Prevalencia de los TA del 2,94%. Mejor calidad de vida que en el caso de TDM, pero peor que los individuos sin trastorno mental. Reconocimiento bajo por los médicos de AP. 37% de los diagnósticos de TA estaban en tratamiento farmacológico.	Los TA se postulan como una categoría intermedia entre la ausencia de trastorno mental y otros trastornos afectivos.
Prevalence of depression, anxiety, and adjustment disorder in oncological and palliative-care settings: a meta-analysis of 94 interview-based studies ¹²	<i>Mitchell et al.</i>	-	Prevalencia de depresión, ansiedad y TA en el ámbito hospitalario.	Metaanálisis.	Prevalencia de TA en cuidados paliativos del 15,4% y del 19,4% en pacientes onco-hematológicos Prevalencia de TDM en cuidados paliativos del 14,3% y del 14,9% en pacientes onco-hematológicos Prevalencia de ansiedad en cuidados paliativos del 9,8% y del 10,3% en pacientes onco-hematológicos.	La depresión y la ansiedad en pacientes con cáncer es menos frecuente de lo que se pensaba. Es importante el reconocimiento de los distintos trastornos del estado de ánimo en estos pacientes susceptibles.

Tabla 3. Prevalencia de los trastornos adaptativos

4. Atención primaria como puerta de entrada a los trastornos mentales

En la mayoría de los países occidentales, los trastornos mentales suelen ser atendidos en primer lugar en los centros de atención primaria¹³.

Las consultas motivadas por problemas mentales atendidas por los médicos de éste ámbito alcanzan una prevalencia de entre el 22-29%¹⁴⁻¹⁶. Además, un estudio realizado a pacientes de atención primaria en Cataluña encontró que los trastornos del estado de ánimo y los trastornos de ansiedad ocupan el segundo y tercer puesto en pérdida de años de vida ajustados por calidad, siendo superados únicamente por el dolor crónico¹⁷.

Muchos de estos pacientes reciben tratamiento en este primer escalón de atención sanitaria y no llegan a ser derivados al servicio de psiquiatría^{18,19}. Existen múltiples razones por las cuales los pacientes acuden en primera instancia a sus médicos de cabecera, entre las que se encuentran la mayor confianza depositada en éstos al presentar una atención continuada, las largas listas de espera de los servicios de psiquiatría en el ámbito de la salud pública o la estigmatización que supone acudir a un psiquiatra²⁰.

Todo esto supone que los médicos de atención primaria precisan recibir la formación adecuada para ser capaces de detectar precozmente estos problemas de salud, poder tratarlos de forma correcta y elaborar estrategias de prevención de salud mental desde sus consultas.

Metodología

La metodología utilizada para la realización del TFG ha consistido en una revisión bibliográfica sobre los estudios más relevantes relacionados con los trastornos adaptativos y su manejo desde Atención Primaria. Dicha revisión se ha llevado a cabo en el intervalo de tiempo desde octubre de 2022 hasta abril de 2023. La información se ha obtenido a partir de la base de datos de *Web Of Science (WOS)* y de los siguientes libros de texto:

- *Association AP. DSM-V. Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales. 2014.*
- *Association AM. CIE-11. Clasificación Internacional de Enfermedades, 11a revisión. 2022.*
- *Ortiz-Tallo M. Psicopatología clínica: Adaptado al DSM-5. 2019.*
- *First M-B. DSM-IV-TR Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales. Washington, DC: 2000.*
- *Murthy RS. The world health report. 2001, Mental health: new understanding, new hope. Geneva: World Health Organization; 2001.*

Se realizó una primera búsqueda en WOS con el término “*adjustment disorder*” obteniendo un total de 28.017 artículos. Para aumentar la especificidad de la búsqueda se añadió el término “*management*” junto con el operador booleano “AND”, disminuyendo el número de resultados a 3.127. Posteriormente se acotó la fecha de publicación, incluyendo sólo aquellos estudios posteriores al año 2000, obteniendo 2.362 artículos. Para encontrar los artículos más relevantes se ordenaron por número de veces citado y se excluyeron aquellos publicados en revistas de bajo impacto, los artículos duplicados y los que no disponían de acceso abierto, quedando finalmente 216 artículos. De estos se eliminaron 79 con la lectura del título y posteriormente se excluyeron 61 tras hacer una lectura del resumen. De los 76 artículos

restantes, se eliminaron 15 artículos tras la lectura completa, quedando finalmente los 61 artículos incluidos en el estudio.



Figura 1. Diagrama de flujo de la selección de los estudios incluidos en el presente trabajo siguiendo la Declaración PRISMA 2009 (29)

Resultados

1. Factores de riesgo para el desarrollo de los trastornos de adaptación

Tal y como se ha descrito anteriormente, la presencia de uno o varios factores estresantes es requisito indispensable para poder establecer el diagnóstico de trastorno de adaptación. Sin embargo, la manera en la que cada individuo reacciona a un mismo factor estresante es variable en función de diferentes factores, tanto del propio individuo como del entorno en el que éste se desenvuelve. Esta variabilidad individual es la que determina que, ante un mismo evento estresante, ciertos individuos desarrollen un trastorno adaptativo y otros no. Según el estudio de *Maercker et al.*²¹, menos de uno de cada 15 individuos desarrollaría un trastorno adaptativo ante un evento cualquiera de la vida.

El estudio de *Kelber et al.*²² comparó la probabilidad de desarrollar un TA frente a ningún diagnóstico de salud mental y frente a otros diagnósticos de salud mental. Encontró que el género femenino, el desempleo, los bajos ingresos, el bajo apoyo social, las enfermedades físicas y los antecedentes personales de salud mental presentaban mayor riesgo de TA frente a ningún diagnóstico de patología mental. Sin embargo, algunos de estos factores también se postulan como factores de riesgo para el desarrollo de otras patologías mentales. De hecho, el género femenino presenta más riesgo de

desarrollar ansiedad o depresión que desarrollar un TA, aunque más probabilidad de desarrollar un TA frente a ningún diagnóstico psiquiátrico, tal y como se ha expuesto.

Fue también en el estudio de *Kelber et al.*²² donde se observó que los jóvenes presentaban más riesgo de TA que de otra patología mental, sin embargo los resultados variaron en función de las poblaciones estudiadas por lo que la edad no se estableció como factor de riesgo de TA.

Las agresiones, abusos sexuales o las situaciones de maltrato fueron más frecuentes en los individuos con TEPT establecido que en aquellos con diagnóstico de TA²². Este hecho entra en concordancia con los criterios diagnósticos establecidos por el DSM-V y el CIE-11, ya que mientras que el TEPT se asocia a eventos más traumáticos, los TA se relacionan con eventos estresantes más comunes en la vida diaria⁴.

2. Suicidio y trastornos de adaptación

El suicidio constituye un problema de gran magnitud en nuestra sociedad actual, según los últimos datos publicados por la Organización Mundial de la Salud, cada año se suicidan cerca de 700.000 personas y si bien conocemos la relación existente entre la conducta suicida y los trastornos depresivos, es menos investigada la asociación con los trastornos adaptativos.

La ideación suicida consiste en el inicio de los pensamientos dirigidos a quitarse la vida, exista o no un plan elaborado para llevarlo a cabo. El suicidio supone el final de este proceso, cuando el individuo termina con su propia vida²³.

Los TA se relacionan con síntomas más leves y con un mejor pronóstico que otros trastornos psiquiátricos. A pesar de esto, se ha encontrado que los individuos diagnosticados de TA con estado de ánimo deprimido presentaban la tasa más alta de intentos de suicidio en jóvenes²⁴. El suicidio, entendido como el acto ya realizado, presentaba tasas más altas en aquellos individuos con diagnóstico de depresión mayor o trastorno por abuso de sustancias. En un estudio realizado acerca del suicidio en adolescentes se encontró que todos ellos presentaban un trastorno psiquiátrico en el momento de la muerte. El trastorno de adaptación con estado de ánimo deprimido representaba el 21,1% de los casos²⁵. Los jóvenes, el estado civil soltero y la mayor gravedad de los síntomas depresivos se postulan como los principales factores de riesgo de ideación suicida y de suicidio tanto en el TA como en los trastornos depresivos²⁶. Además, el intervalo de tiempo transcurrido entre el inicio de los síntomas de TA y el suicidio es menor que en otros trastornos clásicamente relacionados con los trastornos suicidas, como la depresión. En el caso del TA, el suicidio se lleva a cabo de forma más impulsiva, sin una estricta planificación y sin manifestar indicios de que la persona está pensando en llevarlo a cabo, lo que constituye un problema a la hora de tratar de prevenirlo.

3. Detección precoz y técnicas diagnósticas

Diversos trabajos señalan las dificultades encontradas a la hora de establecer un diagnóstico correcto respecto a una patología mental en el ámbito de atención primaria²⁸⁻³⁰ y que podrían explicar el motivo del infradiagnóstico. Por una parte, una gran proporción de los individuos que acuden a sus centros de atención primaria lo hacen manifestando síntomas somáticos tales como cefalea, insomnio, fatiga o pérdida de peso, los cuales pueden ser atribuidos a enfermedades físicas en lugar de relacionarlas con trastornos mentales. Sin embargo, se ha encontrado que cuando el paciente consulta directamente por un motivo psicológico, la tasa de detección mejora considerablemente. También se ha visto que aquellos

médicos de atención primaria que tienen un conocido cercano con alguna patología mental, se encuentran más sensibilizados y presentan mayores tasas de diagnóstico de patología mental³¹. Las diversas causas que suponen un obstáculo para la correcta identificación de los trastornos mentales se exponen a continuación.

OBSTÁCULOS PARA LA DETECCIÓN DE PATOLOGÍA MENTAL
Manifestación por parte del paciente de síntomas somáticos, en lugar de síntomas emocionales, que desvían el diagnóstico a una enfermedad física
Tiempo de consulta limitado
No relación previa con su médico de familia
Falta de formación de los profesionales en materia de salud mental
Barreras en la comunicación (idioma, lenguaje, culturales)
Estigmatización de los problemas de salud mental
Superposición de síntomas entre algunos diagnósticos psiquiátricos
Menor gravedad del cuadro psicológico y por ende del umbral requerido para el diagnóstico

Tabla 4. Obstáculos para la detección de patología mental en atención primaria

Puesto que la atención primaria se postula como la puerta de entrada para el abordaje de los trastornos mentales, se hace evidente la necesidad de disponer de herramientas sencillas que puedan aplicarse en las consultas para mejorar las tasas de diagnóstico de éstos.

4. Intervenciones terapéuticas

4.1. Psicoterapia

Como se ha descrito, los trastornos adaptativos surgen a partir de un/os acontecimiento/s estresante/s, pero no todos los individuos expuestos a una determinada situación estresante presentan el mismo riesgo de desarrollarlo.

La capacidad de afrontamiento ante los diversos problemas a los que nos enfrentamos en nuestro día a día, así como la forma en la que los interpretamos y elaboramos respuestas ante ellos son infinitamente variados.

Se trata de una clase de intervención psicoactiva y científicamente estudiada que pretende manipular tanto las formas de pensamiento como los comportamientos que son disfuncionales con el fin de disminuir el sufrimiento psicológico. En los distintos trastornos mentales que cursan con síntomas de ansiedad, la valoración exagerada de una situación o amenaza es un componente fundamental de la ansiedad subyacente⁴⁸. Los objetivos y estrategias de la TCC para el TA se exponen a continuación⁴⁹:

- Alivio del paciente a través de la empatía, el apoyo y la aceptación.
- Reducción de la excitación
- Regulación de las emociones

- Ofrecer al paciente información
- Reestructuración y reevaluación de la situación estresante.
- Mantener y restaurar la autoestima y la sensación de control.
- Orientar y ofrecer los recursos disponibles para el futuro.
- Enfoque multidisciplinar y manejo conjunto del médico y terapeuta.
- Prevenir recurrencias.

La educación para la resiliencia es una intervención englobada dentro de la TCC. La resiliencia es la capacidad para recuperarse de una alteración en el comportamiento causada por una situación estresante, volviendo al funcionamiento normal del individuo. Consiste en aprender a gestionar las situaciones difíciles de forma más eficaz y ayudando al individuo a percibir un mayor control sobre la situación. Los individuos que son “resilientes” experimentan los cambios como un reto y una oportunidad de salir fortalecidos, mientras aquellos con baja capacidad de resiliencia experimentan más síntomas de ansiedad y estrés ante un mismo cambio⁵⁰.

4.2. Farmacoterapia

El hecho de que los TA se definen, generalmente, como trastornos breves, hace que algunos expertos se inclinen por tratar los TA únicamente a través de intervenciones psicológicas, mostrando rechazo a la utilización de fármacos. Sin embargo, existen ciertas circunstancias en las que con terapia psicológica no se alcanzan los objetivos y el paciente no muestra resultados. Es en estos casos donde la farmacoterapia puede ser de gran utilidad para impulsar una mejora.

Un ensayo realizado por *Stein*⁵¹ comparó la eficacia y seguridad de la etifoxina, un ansiolítico no benzodiacepínico, con el alprazolam, una benzodiazepina. Se encontró que, en el último día de tratamiento, ambos presentaban reducciones en los síntomas de ansiedad (evaluados a través de la escala HAM-A) con una leve diferencia a favor del alprazolam. Sin embargo, tras la suspensión de éstos, los participantes que habían recibido tratamiento con etifoxina seguían mejorando sus síntomas de ansiedad mientras que en el grupo que había recibido alprazolam, los síntomas aumentaron. Además, se observaron más efectos adversos en el grupo de los pacientes tratados con alprazolam. Por tanto, se concluyó que la etifoxina es una buena opción de tratamiento farmacológico en aquellos pacientes con TA con ansiedad, tanto por su eficacia, como por presentar una ventaja clave frente a las benzodiacepinas: la etifoxina no asocia desarrollo de dependencia al fármaco. Otro estudio que comparó la etifoxina con otra benzodiacepina, el lorazepam, obtuvo resultados muy similares⁵².

En el año 2005 se registró un aumento de la tasa de prescripción de antidepresivos en distintos trastornos, entre ellos los TA de subtipo depresivo⁵³; sin embargo, la evidencia de su beneficio para el tratamiento de estos trastornos es escasa. Un estudio evaluó la respuesta de los antidepresivos, concretamente los ISRS, en pacientes con depresión mayor y pacientes con TA, ambos diagnosticados en atención primaria. Sus resultados mostraron el doble de probabilidad de respuesta en los TA, concluyendo que podrían ser de utilidad en el tratamiento de ciertos TA con estado de ánimo deprimido⁵⁴. Existen otros estudios⁵⁵⁻⁵⁷ que compararon la eficacia entre placebo, psicoterapia, antidepresivos y ansiolíticos para el tratamiento de trastornos de adaptación, sin embargo, estos estudios datan de antes de 1999, razón por la que no se han incluido en esta revisión ya que su nivel de evidencia era escaso y,

dada su antigüedad, las evaluaciones se hacían de acuerdo a las primeras definiciones de TA. En cualquier caso, el manejo general de los TA y la decisión de incluir o no fármacos en su tratamiento debe realizarse de forma individualizada, valorando las propias características del paciente, su entorno y la propia evolución de éste.

5. Promoción de salud mental desde los centros de atención primaria

Los centros de atención primaria constituyen un pilar fundamental para la prevención de las enfermedades mentales. No solo se configuran como la puerta de entrada de estos trastornos en muchas ocasiones, sino que su función va más allá y pretende instruir y educar a sus pacientes en materia de salud mental. La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la salud como un “estado completo de bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”⁵⁸. Es por esto por lo que los médicos de atención primaria no solo deben prestar atención a los síntomas físicos que presentan sus pacientes, sino que también deben evaluar sus estados emocionales y atender a los individuos en toda su esfera de salud.

Un ensayo clínico⁵⁹ realizado en España realizó una formación específica a 140 médicos de familia, los cuales realizaron una entrevista de 10 minutos a una serie de pacientes, previamente seleccionados, al inicio y a los 6, 12 y 18 meses. En estas entrevistas, a partir de un algoritmo de riesgo conocido como *predictD*, se informaba a los pacientes de su nivel de riesgo de padecer ansiedad y depresión y se elaboraba un plan de prevención personalizado a cada individuo. Al final del estudio, aquellos que habían sido sometidos a este plan de prevención vieron reducido en un 21% y un 23% su riesgo de desarrollar depresión y ansiedad, respectivamente, en comparación con aquellos que siguieron con su atención médica habitual. Además, la intervención fue costo-efectiva⁶⁰ y los médicos de familia se mostraron satisfechos con esta intervención⁶¹.

Los pacientes con enfermedades crónicas o limitantes tienen un mayor riesgo de desarrollar trastornos mentales. En este sentido, los médicos de atención primaria pueden planificar la atención de éstos programando una serie de visitas en las cuales puedan preguntarle acerca de síntomas ansiosos o depresivos, proporcionar cursos o incluso libros que puedan ayudar a las personas a entender que esas emociones negativas son comunes en personas con patologías crónicas y recordar que el bienestar mental puede ayudar en gran medida a disminuir los síntomas físicos. Desde los centros de atención primaria es importante enseñar a las personas a cuidar de sí mismas. Fomentar estilos de vida saludables a través de ejercicio regular, una dieta adecuada, animando a los pacientes a buscar un propósito en la vida a través de realización de aquellas actividades que les gusten o enseñar técnicas de relajación para emplear en el tiempo libre⁶². En definitiva, establecer hábitos de vida saludables que ayuden a mejorar la salud física, mental y social de los individuos, con el fin de alcanzar esa definición multidimensional de la salud establecida por la OMS.

Discusión

El ritmo de vida que marca el mundo actual unido a las exigencias establecidas en nuestra sociedad actual hace que los individuos estemos expuestos casi de forma inherente a una multitud de acontecimientos presumiblemente estresantes. Los problemas financieros, laborales o aquellos derivados de las relaciones interpersonales son un constante en nuestro día a día, estos, junto con otros eventos como el reciente diagnóstico de una enfermedad propia o de un ser querido pueden generar en nosotros respuestas desadaptativas^{21,22}. Uno de los dilemas que surgían en torno a este trastorno es cómo discernir si la respuesta ante un evento estresante es normal y cuándo comienza a considerarse como desadaptativa. Las últimas versiones del DSM-V¹ y CIE-11³ concluyeron que para considerar una respuesta como desadaptativa debe afectar a nuestro funcionamiento, uno de los requisitos indispensables para poder hablar de diagnóstico de trastorno adaptativo.

A pesar de que los eventos estresantes asociados a este tipo de trastorno son de menor gravedad que los asociados a otros trastornos como el trastorno de estrés postraumático, la respuesta que desencadena es tan variada como la propia heterogeneidad de los seres humanos y debe ser objeto de atención ya que, tal y como exponen los estudios de Nock et al.²³, Bhatia et al.²⁴ y Portzky et al.²⁵. El problema del suicidio está presente pese a la aparente benignidad del cuadro, especialmente en jóvenes con TA y estado de ánimo deprimido. De hecho, los trastornos adaptativos representan la principal causa de intento de suicidio en jóvenes²⁴, mientras que el suicidio consumado presenta mayor asociación con el trastorno depresivo mayor. Aún así, el estudio realizado por Portzky et al.²⁵ encontró que los trastornos adaptativos representaban el 21,1% de las causas de suicidio en esta población, un porcentaje nada despreciable que remarca la importancia de prevenir y atender adecuadamente estos trastornos.

Las consultas de Atención Primaria constituyen los lugares de abordaje de estos trastornos^{13,20}, al menos en un primer escalón asistencial aunque, en la mayoría de los casos, el manejo se realiza en su totalidad por parte de los médicos de familia^{18,19}. El problema radica en la dificultad para detectar y clasificar adecuadamente estos trastornos. Muchos de estos pacientes acuden a consulta refiriendo síntomas somáticos lo que pueden desviar el diagnóstico a una enfermedad física. Esto, unido al tiempo limitado de las consultas o de la estigmatización que aún rodea a los problemas de salud mental pueden llevar al infradiagnóstico de esta entidad²⁸⁻³⁰, lo que podría explicar la baja prevalencia encontrada por diversos estudios^{7-9,11}. El problema respecto a la correcta identificación de los TA, unido a la reciente consideración de este trastorno como entidad independiente y a las definiciones cambiantes y en muchos casos imprecisas⁶, han puesto de manifiesto la necesidad de elaborar herramientas específicas para su detección. La forma clásica de identificar los TA se realizaba a través de la Entrevista Clínica Estructurada para los trastornos del Eje I del DSM-IV (SCID-I).

Este instrumento, basado en la realización de cinco preguntas a los encuestados, consideraba los trastornos adaptativos como una categoría residual que sólo podía establecerse en caso de que no se cumpliesen los criterios para otro diagnóstico del Eje I³³. Esta concepción de los TA como diagnóstico de exclusión se vio superada por las nuevas definiciones teóricas establecidas por DSM-V y CIE-11, cuando se comenzó a considerar esta entidad como equiparable a las demás^{1,3}. En el marco de la definición propuesta por el DSM-IV, *Maerckel, Einsle y Köllner*³³ presentaron una definición más exacta de los TA. A partir de ésta, se elaboró la primera versión de los Trastornos de Adaptación-Nuevo Módulo (ADNM) de 29 ítems, suceso que impulsa posteriormente el desarrollo de otras versiones más abreviadas^{35,37,38}.

Los cuestionarios ADNМ se dividen en dos secciones. En la primera parte se enumeran una lista de acontecimientos estresantes y en la segunda se exponen una serie de ítems acordes a los síntomas asociados a esta entidad. La primera versión del ADNМ fue superada por distintas versiones abreviadas ADNМ-20, ADNМ-8 y ADNМ-4 de 20, 8 y 4 ítems respectivamente. La elaboración de versiones más cortas facilitaba su aplicación en el ámbito clínico. El problema de esta herramienta es que parte de la definición teórica establecida por *Maerckel, Einsle y Köllner*³³ y no tiene en cuenta los criterios establecidos por la CIE-11. En contraposición, el Cuestionario Internacional de Trastornos Adaptativos (CITA) se elaboró siguiendo las directrices de esta última versión de la CIE. Éste ha sido validado en irlandés³⁶, suizo⁴⁰, israelí⁴⁰, alemán⁶³ e italiano⁶⁴, demostrando fiabilidad y consistencia interna en todos ellos. Al establecer un algoritmo diagnóstico siguiendo específicamente las pautas establecidas, se postula como la mejor herramienta disponible para evaluar la existencia de un probable trastorno adaptativo.

Diversos estudios^{43,44,48,49} señalan las intervenciones psicológicas como el eje central del tratamiento de los TA, siendo la terapia cognitivo-conductual la terapia psicológica de elección. Puesto que los TA surgen por reacciones desadaptativas ante ciertos eventos, esta intervención pretende modificar la forma en la que el individuo interpreta, siente y responde a estos acontecimientos estresantes. Otras técnicas orientadas a disminuir los niveles de ansiedad también pueden ser útiles para ayudar a los pacientes a afrontar el malestar psicológico asociado a este trastorno, como las técnicas de mindfulness^{45,46} o aquellas encaminadas a trabajar la resiliencia⁵⁰. En ocasiones, cuando la terapia no es suficiente y los síntomas de ansiedad son muy manifiestos, la farmacoterapia puede ser necesaria. Los ansiolíticos son los fármacos más utilizados en este trastorno. Los estudios de *Stein et al.*⁵¹ y de *Nguyen et al.*⁵² concluyeron que la etifoxina, un ansiolítico no benzodiazepínico, podría ser de gran utilidad ya que disminuye los niveles de ansiedad de forma similar a las benzodiazepinas sin presentar uno de sus efectos más indeseables, la dependencia al fármaco.

El uso de antidepresivos no ha sido muy investigado pero puede ser de utilidad en caso de aquellos pacientes con TA con estado de ánimo deprimido⁵⁴. Los Centros de Atención Primaria se sitúan como los principales lugares de abordaje de estos trastornos, con el aumento de la incidencia tanto de este como de otros trastornos mentales, se hace necesaria la correcta formación de los profesionales en materia de salud mental, así como la promoción de estilos de vida saludables necesarios no solo para mantener una buena salud física, sino también para cuidar la salud social y mental⁶².

Conflicto de interés

Ninguno.

Conclusión

- a. Los trastornos adaptativos surgen como respuestas anormales a uno o varios eventos estresantes.
- b. Los principales lugares de abordaje son los centros de Atención Primaria.

- c. Los criterios diagnósticos del trastorno adaptativo han variado a lo largo del tiempo, lo que ha dificultado su detección, existiendo diversas herramientas para la identificación de los trastornos adaptativos, siendo la más importante el Cuestionario Internacional de Trastornos Adaptativos.
- d. La base del tratamiento son las intervenciones psicológicas, fundamentalmente la terapia cognitivo-conductual.
- e. El uso de fármacos puede ser eficaz en casos de respuesta insuficiente a la psicoterapia o cuando los síntomas sean especialmente intensos. Se usan fundamentalmente los ansiolíticos, prefiriendo los no benzodiacepínicos (como la etifoxina) para no desencadenar dependencia.
- f. Los Centros de Atención Primaria también son importantes para promover hábitos de vida saludables que ayuden a mantener y mejorar la salud mental, física y social.

Referencias

1. Association AP. DSM-V. Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales. 2014.
2. Belloch A, Sandín B, Ramos F. Manual de psicopatología, vol II. 2020.
3. Association AM. CIE-11. Clasificación Internacional de Enfermedades, 11a revisión. 2022.
4. Baumeister H, Kufner K. It is time to adjust the adjustment disorder category. *Curr Opin Psychiatry* 2009;22(4):409–12. doi: 10.1097/YCO.0b013e32832cae5e.
5. Ortiz-Tallo M. Psicopatología clínica: Adaptado al DSM-5. 2019.
6. Bachem R, Casey P. Adjustment disorder: A diagnosis whose time has come. *J Affect Disord* 2018;227:243–53. doi: 10.1016/j.jad.2017.10.034.
7. Ayuso-Mateos JL, Vazquez-Barquero JL, Dowrick C, et al. Depressive disorders in Europe: prevalence figures from the ODIN study. *Br J Psychiatry* 2001;179:308–16. doi: 10.1192/bjp.179.4.308.
8. Maercker A, Forstmeier S, Enzler A, et al. Adjustment disorders, posttraumatic stress disorder, and depressive disorders in old age: findings from a community survey. *Compr Psychiatry* 2008;49(2):113–20. doi: 10.1016/j.comppsy.2007.07.002.
9. Arbus C, Hergueta T, Duburcq A, et al. Adjustment disorder with anxiety in old age: Comparing prevalence and clinical management in primary care and mental health care. *Eur Psychiatry* 2014;29(4):233–8. doi: 10.1016/j.eurpsy.2013.04.002.
10. O'Donnell ML, Alkemade N, Creamer M, et al. A Longitudinal Study of Adjustment Disorder After Trauma Exposure. *Am J Psychiatry* 2016;173(12):1231–8. doi: 10.1176/appi.ajp.2016.16010071.
11. Fernández A, Mendive JM, Salvador-Carulla L, et al. Adjustment disorders in primary care: prevalence, recognition and use of services. *Br J Psychiatry* 2012;201(2):137–42. doi: 10.1192/bjp.bp.111.096305.
12. Mitchell AJ, Chan M, Bhatti H, et al. Prevalence of depression, anxiety, and adjustment disorder in oncological, hematological, and palliative-care settings: a meta-analysis of 94 interview-based studies. *Lancet Oncol* 2011;12(2):160–74. doi: 10.1016/S1470-2045(11)70002-X.
13. Jenkins R, Goldberg D, Kiima D, et al. Classification in primary care: Experience with current diagnostic systems. *Psychopathology* 2002;35(2–3):127–31. doi: 10.1159/000065132.
14. Buitrago Ramírez F, Ciurana Misol R, Chocrón Bentata L, et al. Prevención de los trastornos de la salud mental en atención primaria. Actualización PAPPS 2018. *Aten Primaria* 2018;50:83–108. doi: 10.1016/S0212-6567(18)30364-0.
15. Baca Baldomero E, Sáiz Ruiz J, Agüera Ortiz LF, et al. [Prevalence of psychiatric disorders in primary care using the PRIME-MD questionnaire]. *Aten Primaria* 1999;23(5):275–9.

16. Morera-Llorca M, Romeu-Climent JE, Lera-Calatayud G, Folch-Marín B, Palop-Larrea V, Vidal-Rubio S. Experiencia de colaboración entre atención primaria y salud mental en el Departamento de Salud La Ribera, 7 años después. *Gac Sanit* 2014;28(5):405–7. <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2014.02.014>
17. Fernández A, Saameño JÁB, Pinto-Meza A, et al. Burden of chronic physical conditions and mental disorders in primary care. *Br J Psychiatry* 2010;196(4):302–9. doi: 10.1192/bjp.bp.109.074211.
18. Schurman RA, Kramer PD, Mitchell JB. The Hidden Mental Health Network: Treatment of Mental Illness by Nonpsychiatrist Physicians. *Arch Gen Psychiatry* 1985;42(1):89–94. doi: 10.1001/archpsyc.1985.01790240091010.
19. Hartley D, Korsen N, Bird D, Agger M. Management of Patients With Depression by Rural Primary Care Practitioners. *Arch Fam Med* 1998;7(2):139. doi: 10.1001/archfami.7.2.139.
20. Hodges B, Inch C, Silver I. Improving the Psychiatric Knowledge, Skills, and Attitudes of Primary Care Physicians, 1950–2000: A Review. *Am J Psychiatry* 2001;158(10):1579–86. doi: 10.1176/appi.ajp.158.10.1579.
21. Maercker A, Forstmeier S, Pielmaier L, Spangenberg L, Brähler E, Glaesmer H. Adjustment disorders: prevalence in a representative nationwide survey in Germany. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2012;47(11):1745–52. doi: 10.1007/s00127-012-0493-x.
22. Kelber MS, Morgan MA, Beech EH, et al. Systematic review and meta-analysis of predictors of adjustment disorders in adults. *J Affect Disord* 2022;304:43–58. doi: 10.1016/j.jad.2022.02.038.
23. Nock MK, Borges G, Bromet EJ, Cha CB, Kessler RC, Lee S. Suicide and Suicidal Behavior. *Epidemiol Rev* 2008;30(1):133–54. doi: 10.1093/epirev/mxn002.
24. Bhatia MS, Aggarwal NK, Aggarwal BB. Psychosocial profile of suicide ideators, attempters and completers in India. *Int J Soc Psychiatry* 2000;46(3):155–63. doi: 10.1177/002076400004600301.
25. Portzky G, Audenaert K, van Heeringen K. Adjustment disorder and the course of the suicidal process in adolescents. *J Affect Disord* 2005;87(2):265–70. doi: 10.1016/j.jad.2005.04.009.
26. Casey P, Jabbar F, O’Leary E, Doherty AM. Suicidal behaviours in adjustment disorder and depressive episode. *J Affect Disord* 2015;174:441–6. doi: 10.1016/j.jad.2014.12.003.
27. del Valle-Lopez P, Bermudez Navas E. Descriptive study on adaptative disorders in mental health consultation. *Norte Salud Ment* 2016;14(54). doi: 10.1157/13080295.
28. Bellón JA, Conejo-Cerón S, Rodríguez-Bayón A, Ballesta-Rodríguez MI, Mendive JM, Moreno-Peral P. Enfermedades mentales comunes en atención primaria: dificultades diagnósticas y terapéuticas, y nuevos retos en predicción y prevención. Informe SESPAS 2020. *Gac Sanit* 2020;34:20–6. doi: 10.1016/j.gaceta.2020.05.013.
29. Cano-Vindel A, Muñoz-Navarro R, Medrano LA, et al. A computerized version of the Patient Health Questionnaire-4 as an ultra-brief screening tool to detect emotional disorders in primary care. *J Affect Disord* 2018;234:247–55. doi: 10.1016/j.jad.2018.01.030.
30. Samples H, Stuart EA, Saloner B, Barry CL, Mojtabai R. The Role of Screening in Depression Diagnosis and Treatment in a Representative Sample of US Primary Care Visits. *J Gen Intern Med* 2020;35(1):12–20. doi: 10.1007/s11606-019-05192-3.
31. Baldomero EB, Ruiz JS, Chavarino AP. Detección de trastornos mentales por médicos no psiquiatras: utilidad del cuestionario PRIME-MD. *Med Clínica* 2001;116(13):504–9.
32. Bley S, Einsle F, Maercker A, Weidner K, Joraschky P. [Evaluation of a new concept for diagnosing adjustment disorders in a psychosomatic setting]. *Psychother Psychosom Med Psychol* 2008;58(12):446–53. doi: 10.1055/s-2007-986294.
33. Maercker A, Einsle F, Köllner V. Adjustment Disorders as Stress Response Syndromes: A New Diagnostic Concept and Its Exploration in a Medical Sample. *Psychopathology* 2007;40(3):135–46. doi: 10.1159/000099290.
34. Glaesmer H, Romppel M, Brähler E, Hinz A, Maercker A. Adjustment disorder as proposed for ICD-11: Dimensionality and symptom differentiation. *Psychiatry Res* 2015;229(3):940–8. doi: 10.1016/j.psychres.2015.07.010.

35. Liang L, Ben-Ezra M, Chan EWW, Liu H, Lavenda O, Hou WK. Psychometric evaluation of the Adjustment Disorder New Module-20 (ADNM-20): A multi-study analysis. *J Anxiety Disord* 2021;81:102406. doi: 10.1016/j.janxdis.2021.102406.
36. Shevlin M, Hyland P, Ben-Ezra M, et al. Measuring ICD-11 adjustment disorder: the development and initial validation of the International Adjustment Disorder Questionnaire. *Acta Psychiatr Scand* 2020;141(3):265–74. doi: 10.1111/acps.13126.
37. Kazlauskas E, Gegieckaite G, Eimontas J, Zelviene P, Maercker A. A Brief Measure of the International Classification of Diseases-11 Adjustment Disorder: Investigation of Psychometric Properties in an Adult Help-Seeking Sample. *Psychopathology* 2018;51(1):10–5. doi: 10.1159/000484415.
38. Lavenda O, Mahat-Shamir M, Lorenz L, et al. 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 J* 2019;8(3):378–85. doi: 10.1002/pchj.286.
39. Levin Y, Bachem R, Karatzias T, Shevlin M, Maercker A, Ben-Ezra M. Network structure of ICD-11 adjustment disorder: a cross-cultural comparison of three African countries. *Br J Psychiatry* 2021;219(4):557–64. doi: 10.1192/bjp.2021.46.
40. Levin Y, Bachem R, Hyland P, et al. Validation of the International Adjustment Disorder Questionnaire in Israel and Switzerland. *Clin Psychol Psychother* 2022;29(4):1321–30. doi: 10.1002/cpp.2710.
41. Zimmerman M, Thompson JS, Diehl JM, Balling C, Kiefer R. Is the DSM-5 Anxious Distress Specifier Interview a valid measure of anxiety in patients with generalized anxiety disorder: A comparison to the Hamilton Anxiety Scale. *Psychiatry Res* 2020;286:112859. doi: 10.1016/j.psychres.2020.112859.
42. Landa González N, Goñi Sarriés A, de Jalón Aramayo EG, Lizasoain Urra E. Concordancia en el diagnóstico entre atención primaria y salud mental. *Aten Primaria* 2008;40(6):285–9. doi: 10.1157/13123680.
43. Casey P. Adjustment Disorder. *CNS Drugs* 2009;23(11):927–38. doi: 10.2165/11311000-000000000-00000.
44. Fielden JS. Review: Management of Adjustment Disorder in the Deployed Setting. *Mil Med* 2012;177(9):1022–7. doi: 10.7205/milmed-d-12-00057.
45. Creswell JD. Mindfulness Interventions. *Annu Rev Psychol* 2017;68(1):491–516. doi: 10.1146/annurev-psych-042716-051139.
46. Brown KW, Ryan RM. The benefits of being present: mindfulness and its role in psychological well-being. *J Pers Soc Psychol* 2003;84(4):822–48. doi: 10.1037/0022-3514.84.4.822.
47. Killingsworth MA, Gilbert DT. A Wandering Mind Is an Unhappy Mind. *Science* 2010;330(6006):932–932. doi: 10.1126/science.1192439.
48. Carpenter JK, Andrews LA, Witcraft SM, Powers MB, Smits JAJ, Hofmann SG. Cognitive behavioral therapy for anxiety and related disorders: A meta-analysis of randomized placebo-controlled trials. *Depress Anxiety* 2018;35(6):502–14. doi: 10.1002/da.22728.
49. Reschke K, Teichmann K. Entwicklung und Evaluation eines kognitiv-behavioralen Therapieprogramms für Patienten mit Anpassungsstörung. *Psychosom Kons* 2008;2(2):98–103. <https://doi.org/10.1007/s11800-008-0099-z>
50. Steinhardt M, Dolbier C. Evaluation of a Resilience Intervention to Enhance Coping Strategies and Protective Factors and Decrease Symptomatology. *J Am Coll Health* 2008;56(4):445–53. doi: 10.3200/JACH.56.4.445-454.
51. Stein DJ. Etifoxine Versus Alprazolam for the Treatment of Adjustment Disorder with Anxiety: a Randomized Controlled Trial. *Adv Ther* 2015;32(1):57–68. doi: 10.1007/s12325-015-0176-6.
52. Nguyen N, Fakra E, Pradel V, et al. Efficacy of etifoxine compared to lorazepam monotherapy in the treatment of patients with adjustment disorders with anxiety: a double-blind controlled study in general practice. *Hum Psychopharmacol Clin Exp* 2006;21(3):139–49. doi: 10.1002/hup.757.
53. Olfson M, Marcus SC. National Patterns in Antidepressant Medication Treatment. *Arch Gen Psychiatry* 2009;66(8):848–56. doi: 10.1001/archgenpsychiatry.2009.81.

54. Hameed U, Schwartz TL, Malhotra K, West RL, Bertone F. Antidepressant Treatment in the Primary Care Office: Outcomes for Adjustment Disorder Versus Major Depression. *Ann Clin Psychiatry* 2005;17(2):77–81. doi: 10.1080/10401230590932344.
55. De Leo D. Treatment of Adjustment Disorders: A Comparative Evaluation. *Psychol Rep* 1989;64(1):51–4. doi: 10.2466/pr0.1989.64.1.51.
56. Ansseau M, Bataille M, Briole G, et al. Controlled Comparison of Tianeptine, Alprazolam and Mianserin in the Treatment of Adjustment Disorders with Anxiety and Depression. *Hum Psychopharmacol Clin Exp* 1996;11(4):293–8. [https://doi.org/10.1002/\(SICI\)1099-1077\(199607\)11:4<293::AID-HUP771>3.0.CO;2-Z](https://doi.org/10.1002/(SICI)1099-1077(199607)11:4<293::AID-HUP771>3.0.CO;2-Z)
57. Razavi D, Kormoss N, Collard A, Farvacques C, Delvaux N. Comparative Study of the Efficacy and Safety of Trazodone versus Clorazepate in the Treatment of Adjustment Disorders in Cancer Patients: A Pilot Study. *J Int Med Res* 1999;27(6):264–72. doi: 10.1177/030006059902700602.
58. World Health Organization. (2001). The World health report : 2001 : Mental health : new understanding, new hope. World Health Organization. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/42390>
59. Bellón JÁ, Conejo-Cerón S, Moreno-Peral P, et al. Intervention to Prevent Major Depression in Primary Care. *Ann Intern Med* 2016;164(10):656–65. doi: 10.7326/M14-2653.
60. Fernández A, Mendive JM, Conejo-Cerón S, et al. A personalized intervention to prevent depression in primary care: cost-effectiveness study nested into a clustered randomized trial. *BMC Med* 2018;16(1):28. doi: 10.1186/s12916-018-1005-y.
61. Moreno-Peral P, Conejo-Cerón S, Fernández A, et al. Family physicians' views on participating in prevention of major depression. The predictD-EVAL qualitative study. *PLOS ONE* 2019;14(5):e0217621. doi: 10.1371/journal.pone.0217621.
62. Gupta S, Jenkins R, Spicer J, et al. How primary care can contribute to good mental health in adults. *Lond J Prim Care* 2018;10(1):3–7. doi: 10.1080/17571472.2017.1410043.
63. Perkonig A, Strehle J, Beesdo-Baum K, et al. Reliability and Validity of a German Standardized Diagnostic Interview Module for ICD-11 Adjustment Disorder. *J Trauma Stress* 2021;34(2):275–86. doi: 10.1002/jts.22597.
64. Jannini TB, Rossi R, Socci V, Reda F, Pacitti F, Di Lorenzo G. Psychometric and factorial validity of the International Adjustment Disorder Questionnaire (IADQ) in an Italian sample: A validation and prevalence estimate study. *Clin Psychol Psychother* 2023;30(2):436–45. doi: 10.1002/cpp.2813.