

El diagnóstico de trastorno de adaptación es útil y necesario: estudio de teoría fundamentada sobre razonamiento clínico de psiquiatras y psicólogos

Jhon Styven Sierra-Muñoz¹, Juan Pablo Zapata-Ospina², Pablo Madrid Martínez³, Carlos Yepes Delgado⁴

¹ Médico y Cirujano, residente de Psiquiatría. Departamento de Psiquiatría, Facultad de Medicina, Universidad de Antioquia, Medellín (Colombia)

² Médico y Cirujano, especialista en Psiquiatría, magíster en Epidemiología Clínica, Candidato a Doctor en Medicina Clínica. Profesor. Instituto de investigaciones Médicas, Facultad de Medicina, Universidad de Antioquia, Medellín (Colombia). Grupo Académico en Epidemiología Clínica (GRAEPIC).

³ Estudiante de Medicina. Facultad de Medicina, Universidad de Antioquia, Medellín (Colombia).

⁴ Médico y Cirujano, especialista en Administración, magíster en Salud Pública, doctor en Epidemiología. Profesor. Departamento de Medicina Preventiva, Facultad de Medicina, Universidad de Antioquia, Medellín (Colombia). Epidemiólogo. Unidad de Investigaciones, Hospital Pablo Tobón Uribe. Medellín (Colombia).

RESUMEN

Introducción: el objetivo de este estudio es comprender el proceso diagnóstico que hacen los psiquiatras y psicólogos del trastorno de adaptación (TA) en su práctica clínica y cómo lo diferencian de un episodio depresivo mayor (EDM).

Métodos: estudio hermenéutico con técnicas de teoría fundamentada. Se realizaron entrevistas semiestructuradas a doce psiquiatras y ocho psicólogos de Medellín (Colombia), las cuales se transcribieron literalmente a documentos. Realizamos una codificación inicial línea por línea y luego codificación focalizada y axial para construir categorías que expliquen el proceso de razonamiento de los profesionales.

Resultados: comprendimos el razonamiento clínico de los profesionales acerca del TA en cuadro grandes categorías. Existe una dificultad para abordar la vivencia de eventos estresantes por el riesgo de patologización y prescripción de una única forma de reaccionar a ellos. Aunque no se trate de un asunto apodíctico, la categoría diagnóstica de TA es necesaria y útil para la descripción del síndrome depresivo y ansioso de curso fluctuante que se presenta como reacción a un evento estresante, cuyo criterio de anormalidad se basa en el conocimiento intersubjetivo de la historia de vida del paciente y del razonamiento consecuencial del requerimiento de acompañamiento profesional. La etiqueta de TA podría incluso proteger de un sobrediagnóstico de EDM y sobreuso de antidepresivos. Es así como muchos clínicos en su práctica supeditan el diagnóstico de EDM a que no se trate de un TA, contrario a los manuales diagnósticos.

Conclusión: este estudio nos permitió comprender el razonamiento clínico de los psiquiatras y psicólogos que permite ver el diagnóstico de TA como útil y necesario para la práctica clínica.

PALABRAS CLAVE: Trastornos de Adaptación; Ajuste Emocional; Trastorno Depresivo; Razonamiento Clínico; Diagnóstico Diferencial.

ABSTRACT

Introduction: the objective of this study is to understand the diagnostic process that psychiatrists and psychologists make of adjustment disorder (AdjD) in their clinical practice and how they differentiate it from a major depressive episode (MDE).

Methods: hermeneutic study with grounded theory techniques. Semi-structured interviews were conducted with Twelve psychiatrists and eight psychologists in Medellín (Colombia) and were transcribed verbatim into documents. We performed an initial line-by-line coding and then focused and axial coding to build categories that explain the professionals' reasoning process.

Results: we understood the professionals' clinical reasoning about AdjD in four broad categories. There is a difficulty in addressing the experience of stressful events due to the risk of pathologizing and prescribing a single way of reacting to them. Although it is not an apodictic matter, the diagnostic category of AdjD is necessary and useful for the description of the depressive and anxious syndrome of fluctuating course that presents itself as a reaction to a stressful event, whose criterion of abnormality is based on the intersubjective knowledge of the patient's life history and the consequential reasoning of the requirement of professional accompaniment. The AdjD label could even protect from overdiagnosis of MDE and overuse of antidepressants. Thus, many clinicians in their practice make the diagnosis of MDD conditional on not being an AdjD, contrary to the diagnostic manuals.

Conclusion: this study allowed us to understand the clinical reasoning of psychiatrists and psychologists that allows us to see the diagnosis of AdjD as useful and necessary for clinical practice.

KEYWORDS: Adjustment Disorders; Emotional Adjustment; Depressive Disorder; Clinical Reasoning; Diagnosis, Differential.

INTRODUCCIÓN

El trastorno de adaptación (TA), según los manuales diagnósticos, engloba a los síntomas afectivos y conductuales que se relacionan con un evento percibido como estresante, siempre y cuando estos síntomas no alcancen el umbral para otro trastorno (1,2). Esta definición ha generado críticas sobre su fundamentación teórica, ya que se trataría de un diagnóstico subordinado a otros trastornos, lo que ha llevado a considerarlo un trastorno sin un modelo teórico o una categoría poco útil o de descarte (3–5). No obstante, la experiencia en la atención de pacientes y los datos empíricos muestran que el TA es importante (6–10). Es la séptima categoría más utilizada por los psiquiatras (11) y la octava en el caso de los psicólogos (12), puede llegar a ser el 12% de los diagnósticos en servicios ambulatorios de psiquiatría y hasta 18,5% de las remisiones en el hospital general (13–15) y fue una de las más utilizadas durante la pandemia por COVID-19 (16,17).

A pesar de su importancia, la codificación de TA en registros clínicos ha disminuido en el tiempo mientras que el episodio depresivo mayor (EDM) ha aumentado, lo cual se acompaña del incremento en el uso de psicofármacos (18). La diferenciación entre estos dos trastornos es fundamental porque el TA tiende a ser autolimitado siempre y cuando cese el estresor (2,19), existe poca evidencia que respalde el tratamiento con antidepresivos (20,21) y se privilegia la psicoterapia y las intervenciones psicosociales (22). Administrar antidepresivos a pacientes que no se van a beneficiar de ellos genera una exposición innecesaria con posibles efectos adversos a los que tendrían mayor predisposición, por ejemplo, los pacientes con enfermedades médicas (23). La diferenciación del TA y el EDM puede ser un reto porque las características psicopatológicas pueden resultar indistinguibles, si este último se relaciona con un factor estresante. Por eso existe un llamado a una mayor investigación que permita la distinción entre ambos diagnósticos (24).

En algunas investigaciones se ha encontrado que los pacientes con TA tienen con menor frecuencia personalidad perfeccionista y antecedentes personales y familiares de trastornos mentales (25), reportan más comúnmente insomnio de mantenimiento (26) y cometen conducta suicida de forma más temprana tras la ocurrencia del evento estresante (23), a diferencia de los pacientes con EDM. Sin embargo, estas diferencias se basan en la frecuencia de la distribución de variables en dos muestras independientes y en la práctica clínica serían poco útiles porque pueden estar presentes tanto en pacientes con TA como con EDM. Por eso algunos autores han señalado, a partir de su experiencia, la existencia de diferencias desde el punto de vista cualitativo. Por ejemplo, aunque en ambos trastornos el ánimo es triste, en el EDM es persistentemente mal modulado, en tanto que en el TA depende de la presencia cognitiva del estresor por lo que hay mayor reactividad afectiva (3).

Además, existe una concordancia moderada entre las evaluaciones de rutina de los psiquiatras, que favorece el diagnóstico de TA, y la evaluación estructurada con un instrumento como la *Structured Clinical Interview -SCI-*, que se basa en el DSM, con la cual se favorece el diagnóstico de EDM. Esto podría indicar que en la evaluación psiquiátrica rutinaria los clínicos pueden diferenciar ambos trastornos sobre bases

diferentes a las cuantitativas del cumplimiento de criterios que proponen los manuales diagnósticos. Por eso el objetivo de este estudio es comprender el proceso diagnóstico que hacen los psiquiatras y psicólogos del TA y cómo lo diferencian del EDM.

MÉTODOS

Tipo de estudio:

Estudio hermenéutico con técnicas de la teoría fundamentada constructivista (30), que es un método sistemático, flexible e iterativo que permite desarrollar una teoría a partir del análisis de datos cualitativos. La teoría fundamentada posibilita la construcción de nuevos marcos analíticos en el campo de la salud mental, pues parte de la comprensión de los significados y acciones de los participantes (31). El fundamento epistemológico de esta investigación es el interaccionismo simbólico (32), pues consideramos que los clínicos son seres humanos que dirigen sus actos en consonancia con el significado que le dan a un objeto; en este caso, el clínico interactúa con el paciente que expresa unos síntomas y también con constructo que sería el TA.

Investigadores:

Este estudio fue llevado a cabo por dos investigadores con formación en psiquiatría y en investigación cualitativa y que también realizan evaluación de pacientes con problemas de salud mental, bajo la supervisión de un doctor en epidemiología experto en investigación cualitativa.

Contexto:

Las entrevistas se llevaron a cabo en un período de 12 meses durante el 2020 y 2021. Se realizó contacto directo con los participantes que estuviera realizando atención de pacientes en instituciones de alto nivel de complejidad de la ciudad de Medellín (Colombia) que contaran con los servicios de psiquiatría de enlace y psicología clínica.

Muestreo:

Primero realizamos un muestreo en bola de nieve para identificar psiquiatras y psicólogos clínicos con al menos cuatro años de experiencia en la atención de pacientes. Se planteó *a priori* incluir al menos 20 clínicos apelando al criterio de expertos (33) y que puede ser considerado como suficiente (34). Posteriormente, empleamos un muestreo teórico (30) en función de las categorías y necesidades de información que surgieron durante las primeras diez entrevistas. Cabe destacar que no se registró la negativa de ningún clínico a participar en las entrevistas durante el proceso de reclutamiento.

Recolección y análisis de datos:

Inicialmente se aplicó un formulario para recolectar las características sociodemográficas de cada participante. Luego se realizaron entrevistas

semiestructuradas individuales con base en un guion, que consistió en 46 preguntas abiertas que exploraban el proceso diagnóstico personal del TA, EDM, y la diferenciación entre ambos diagnósticos (Cuadro 1). El guion fue sometido a una prueba piloto inicial con los primeros cinco clínicos para definir la necesidad de ajustes, los cuales sí se hicieron, pero fueron en la manera de formular las preguntas. La información de esta prueba piloto se consideró clave por lo que fue incluida en el análisis. Durante la entrevista se tomaron notas de campo que también se incluyeron en el análisis. Al momento del estudio, dada la pandemia de COVID-19, las entrevistas se realizaron por videollamadas que fueron grabadas, y luego se transcribieron literalmente a documentos, de los cuales se eliminaron los nombres propios para garantizar la confidencialidad.

Se llevó a cabo un proceso de codificación inicial, en el que dos investigadores realizaron la codificación línea por línea de forma independiente. Posteriormente, se reunieron semanalmente para discutir los códigos que habían identificado individualmente y se realizó una triangulación de investigadores (35). A continuación, se realizó una codificación focalizada, en la que se agruparon los códigos en categorías descriptivas incipientes, que posteriormente se agruparon en categorías analíticas que explicaran el proceso de razonamiento de los profesionales. Se identificaron los fenómenos que permitieron comprender el contexto, las causas, las interacciones y las consecuencias que intervienen en el razonamiento, por medio de la técnica de matriz condicional (30).

El análisis se realizó de forma concurrente e iterativa haciendo uso del método comparativo constante (36), lo que permitió integrar las categorías incipientes y delimitar la teoría. Se consideró que se había alcanzado la saturación teórica cuando se logró una explicación robusta y completa del proceso de razonamiento clínico (37) y se obtuvo información redundante que satisfizo a los investigadores. Como forma de *member-checking* se realizó un grupo focal con los mismo entrevistados en el que se presentaron los resultados y se discutieron, con lo que se fortaleció la comprensión alcanzada por los investigadores y se soportó la idea de la saturación.

Reflexividad:

En el proceso de ser más conscientes de nuestro papel de investigadores aceptamos que se trata de un tema complejo y que, como somos además clínicos, puede tocar nuestras propias opiniones. Cuando contactamos a los participantes, nos presentamos como personas interesadas en aprender y no cohibimos ninguna postura. Analizamos todas las entrevistas y buscamos posibles ejemplos de casos desviados o códigos que no se ajustaran (38). Durante las reuniones semanales, reflexionamos sobre nuestras propias percepciones y nos dimos cuenta de la saturación teórica cuando no identificamos nuevas perspectivas. También nos vemos a nosotros mismos como investigadores en formación y esta investigación es producto de un aprendizaje con el que se fortalecieron las habilidades en investigación cualitativa y en esa medida la teoría emergente contará con espacios que podrían ser completados y mejorados con el tiempo.

Consideraciones éticas:

Este estudio cumplió con la Declaración de Helsinki y la normativa colombiana y fue aprobado por el Comité de Ética de la Facultad de Medicina de la Universidad de Antioquia. Cada uno de los clínicos participó de forma voluntaria y firmó el consentimiento informado.

RESULTADOS

Entrevistamos en total a doce psiquiatras y ocho psicólogos, que realizan actividades asistenciales las ciudades Medellín y Bogotá (Colombia) con 5 a 35 años de experiencia en atención de pacientes con quejas de salud mental (Tabla 1). Las entrevistas duraron en promedio 104 minutos (rango de 59 a 170 minutos). A partir de 507 códigos iniciales, comprendimos el razonamiento clínico de los profesionales acerca del TA en cuadro grandes categorías finales y presentamos posteriormente la matriz condicional.

Categoría 1:

La dificultad de abordar la vivencia de eventos estresantes

Los eventos estresantes fueron comprendidos como situaciones o acontecimientos discretos o continuos que irrumpen y alteran la vida de un individuo. Estas situaciones se perciben como una demanda o un desafío para mantener el funcionamiento de la vida y, como resultado, desencadenan una reacción fisiológica, emocional y/o conductual de estrés. A veces, no son los eventos en sí mismos, sino sus consecuencias, lo que se experimenta como estresante. Los eventos estresantes pueden presentarse en varios ámbitos, como la propia salud o la de personas cercanas, la atención médica, la situación económica o laboral, los estudios y las relaciones sociales, incluyendo las familiares y de pareja. Dado que la vida humana es incierta y compleja, nuestra propia vulnerabilidad como seres finitos y la interacción con un entorno en constante cambio y con otros seres hacen que los eventos estresantes sean ubicuos en nuestra vida. La vivencia de los eventos estresantes es un proceso altamente dinámico e interactivo, motivado por el deseo de recuperar el funcionamiento previo al que se tenía antes de su ocurrencia o incluso mejorarlo.

“Los seres humanos presentan eventos vitales y tener reacciones emocionales a ellos normalmente, es inevitable... Todos vamos a tenerlos y habrá un rango de reacciones que tenemos ante ellos. Habrá unas que son esperadas y otras que generan mayor malestar, pero se nos van a presentar”
(Psiquiatra 11)

Por eso, en la práctica clínica de los profesionales de salud mental inevitablemente se produce el contacto con pacientes que están viviendo un evento estresante. Pero, a pesar de ser tan frecuente, la comprensión de esa experiencia resulta sumamente difícil para los participantes. Por un lado, durante la evaluación de los pacientes siempre surge la pregunta acerca de la normalidad de la vivencia y la

búsqueda de la proporcionalidad de la reacción frente al evento, para lo que no existen parámetros externos que la dictaminen. En esa búsqueda se presentan las propias emociones y experiencias del clínico, quien incluso se pone a sí mismo en la situación del paciente para tratar de comprender mejor la reacción.

“Somos nosotros los evaluadores, los de afuera, los que tenemos que, con esa historia de vida, poner en una balanza si eso que el paciente está experimentando está dentro del rango normal y ahí viene el grave problema y es que el rango normal es demasiado difícil de definir... ¿Quién tiene un «proporciómetro»?”
(Psiquiatra 3)

“Uno se pone a uno mismo ahí en la evaluación a veces porque uno según su historia de vida y también según como esté ese día que evalúe el paciente, le va a dar más peso a ciertas cosas y poder saber si eso que está experimentando el paciente es normal, que es bien complicado”
(Psiquiatra 7)

Por otro lado, existe el cuidado de no incurrir en la patologización de la vivencia de la adversidad y en la prescripción de una única forma de reaccionar a ella. Los clínicos narraron su experiencia de haber visto un espectro amplio de reacciones frente a las situaciones estresantes y que más que una mirada prescriptiva de la situación, lo que debe buscarse es una comprensiva. De hecho, la valoración de una situación como estresante es totalmente subjetiva y cada ser humano, en función de su experiencia y el contexto que lo rodee, podrá atribuir el adjetivo de estresante.

“Hay personas que luego de cosas muy traumáticas pueden tener respuestas tranquilas que uno nunca esperaría y otras al contrario... Hay que contar que lo humano es tan diverso que realmente hay personas que logran adaptaciones increíbles a cambios y otras que les cuesta más... Pero no debería ser exigida una normalidad desde afuera, sino ligada a los recursos propios que ha construido [el paciente]”
(Psicóloga 1)

Los clínicos resuelven la dificultad de esta comprensión por medio de un enfoque idiográfico donde en la entrevista al paciente y a su familia se reconstruye la historia de vida del individuo para comprender cómo se han afrontado en el pasado situaciones estresantes, lo que representan los estresores actuales y cómo impactan en las esferas de la vida. Así, la valoración de la proporcionalidad y el criterio de normalidad se harían sobre bases intraindividuales de la percepción del evento estresante como tal, la forma de reaccionar a él y la manera de manejarlo. Esto implica un razonamiento intersubjetivo donde el profesional, atravesado por su propia historia, construye la historia de vida del otro para entender cómo vive y ha vivido un evento estresante.

“¿Cómo identificamos en la historia del sujeto cuáles han sido esos recursos que normalmente ha usado frente a situaciones similares? Creo que eso es muy importante poderlo evaluar... la visión clínica tiene que dialogar con la historia de ese sujeto para saber y evaluar si eso que está viviendo es adaptativo o no”
(Psicólogo 4)

Los clínicos señalaron una dificultad adicional relacionada con la intolerancia a la adversidad que puede notarse en la sociedad, en el sentido que se busca la extinción rápida del malestar que acarrearán las situaciones estresantes y se evita reconocerlas porque pueden significar fracaso. En una cultura de gratificación inmediata no hay cabida al reconocimiento de las adversidades como parte ineludible de la vida humana o como fuentes de crecimiento personal. Esto se refleja en la medicina, pues muchas veces no se permite experimentar malestar ante eventos estresantes como el diagnóstico de enfermedades. En consecuencia, se busca en exceso al profesional de salud mental a quien se le exige plantear soluciones rápidas, pero en su lugar termina explicando que puede ser incluso una reacción normal o esperable. No obstante, en ocasiones esa exigencia puede alterar la evaluación de normalidad y proporcionalidad por cuanto condiciona a los profesionales de la salud mental a hacer un diagnóstico de un trastorno mental.

“El [médico] tratante va a dar una noticia y el paciente llora y de inmediato interconsulta psiquiatría y a veces son emociones dentro de lo normal. Muchas veces pasa que mientras el paciente está hospitalizado se accidentó un hijo o le pasó algo a la esposa y lloró por eso y ya nos interconsultan a psiquiatría, y sabemos que en ese momento pues el impacto de psiquiatría no tiene relevancia, pero esperan que uno como que les quite esa reacción, pero eso hace parte de las emociones de pasar por una situación de esas. Ahí toca explicarles a veces a los médicos que es normal”
(Psiquiatra 10)

“A veces también se tiene esa idea de pensar que es malo que una señora se ponga a llorar porque le dieron una noticia, como que le diagnosticaron una diabetes de novo, y es como si no pudiera llorar, como si esa reacción no se permitiera para ese momento. ¿Y qué hacen [los médicos]? Interconsultan a psicología o a psiquiatría y terminamos poniendo algún diagnóstico”
(Psicóloga 2)

Categoría 2:

Los diagnósticos psiquiátricos son primordiales, pero no apodícticos

Los clínicos buscan comprender la experiencia vivida por el paciente y en ese ejercicio, aunque no sea su fin último, resulta primordial asignar una categoría diagnóstica. En primer lugar, el uso de una categoría es exigido para poder navegar por el sistema de salud para que se pueda garantizar administrativamente el acceso a los servicios, incluida la atención misma de los profesionales de salud mental. En segundo, permiten describir comunalidades entre pacientes lo cual puede facilitar la organización de protocolos de atención, la investigación clínica de grupos y la descripción de la epidemiología poblacional. Y en tercer lugar posibilitan la comunicación entre los distintos profesionales de salud e incluso con los mismos pacientes, pues para algunos es importante una denominación del proceso que están atravesando. Por ello, conforme avanza la construcción de la historia de vida del individuo en la entrevista clínica, la constelación de signos y síntomas termina siendo englobada con una etiqueta que busca resumir el cuadro clínico, más no sustituir la comprensión alcanzada de la vivencia del paciente.

“Nosotros trabajamos en una institución de salud, eso hay que entenderlo. No es posible abstraerse de lo que hay que hacer a nivel institucional por una postura ya sea de escuela o personal frente a asignar un diagnóstico. Al principio yo no me sentía cómoda porque cuando uno sale recién graduado piensa que eso es una etiqueta que marca a los pacientes y entonces es muy

nocivo, pero cuando uno trabaja, piensa al revés, eso ha sido una cosa muy bonita, y es que, si yo no le pongo diagnóstico al paciente, no lo vamos a poder atender”
(Psicóloga 1)

“Yo te garantizo que si empiezo a no poner un nombre [un diagnóstico], o pongo [en la historia clínica] simplemente duelo, a mí me empiezan a decir los auditores [de la clínica] que yo por qué sigo viendo esos pacientes y por qué estoy haciendo tantas cosas con él, o por qué les estoy dejando cita ambulatoria, entonces uno termina poniendo un nombre, [un nombre de un trastorno]”
(Psiquiatra 3)

Sin embargo, se advierte que en la práctica de los clínicos la designación de una categoría diagnóstica no implica su reconocimiento como clases u objetos naturales o asuntos apodícticos, pues no existe en la actualidad un método infalible para determinar la presencia o ausencia de un trastorno mental; no existen síntomas patognomónicos ni un estándar de oro, como una biopsia o una prueba diagnóstica tangible disponible en la práctica, y por eso puede existir incertidumbre y disparidades en la etiqueta diagnóstica asignada.

“Creo que todos los diagnósticos en psiquiatría generan incertidumbre. O sea, no creo que uno pueda decir, con certeza: «Esto es así, tiene tal diagnóstico». No es como ser ortopedista que tienen radiografías y ven el hueso roto, ahí no hay incertidumbre, todos dirían que es una fractura”
(Psiquiatra 12)

En realidad, se trata de constructos u objetos abstractos que intentan resumir la vivencia de una persona. La elección de la etiqueta para nombrar el objeto se basa en gran parte en la anticipación de las consecuencias que se derivan al ponerla. Aunque pueda existir una fisiopatología subyacente que haga parte de la comunalidad de los pacientes con la misma etiqueta, el clínico da gran peso a los efectos que se derivan o que deberían derivarse de su categorización pues no existe la certeza en las causas últimas ni la presencia absoluta de los trastornos mentales relacionados con el estrés. Las consecuencias hacen parte de la argumentación diagnóstica de tal forma que la pregunta no es únicamente *por qué* tiene el diagnóstico sino *para qué* se le designará. En esa medida, el juicio clínico de lo que se define como trastorno mental en la vivencia de un evento estresante se basa en un razonamiento consecuencial, en la pregunta por los recursos que deberían disponerse para ayudar al paciente.

“Más que darle la explicación al individuo de que tiene un diagnóstico porque tiene algún síntoma, es pensar si hay que hacer algo con ese síntoma. Si tiene una tristeza por algo que le está pasando la persona no necesita ayuda, puede seguir haciendo sus cosas, no hay que hacer nada con ella, no hay que poner un diagnóstico”.
(Psiquiatra 8)

Conforme avanza la entrevista con el paciente, cada clínico va recolectando información de la anamnesis construida, del examen mental y de la proyección de las acciones que deberían emprenderse para ayudar al paciente hasta que llega a satisfacer una especie de umbral personal, tras el que se decanta por asignar una etiqueta diagnóstica o no, y por determinar la que mejor describe la vivencia del paciente. Muchas veces el umbral está orientado por los criterios señalados en los manuales diagnósticos, que se presentan como una guía para orientar la

adjudicación de la etiqueta convenida por una comunidad científica y proyectar los tratamientos descritos en la literatura científica para dicha etiqueta y en las que se centra muchas veces la formación académica. De esa forma, existe una carga teórica de la observación que se deriva de los manuales, pues sí se presentan en la mente del clínico las distintas etiquetas disponibles y se va agrupando la información del cuadro clínico siguiendo el hilo conductor de los criterios diagnósticos. Sin embargo, en la práctica clínica estos manuales condujeron a una reificación de los trastornos mentales que borra al paciente y terminaron, erróneamente, operando como un juez o una verdad del ordenamiento de clases naturales, que no es el caso de los trastornos mentales ni la intención que buscan los clínicos con la asignación de un diagnóstico.

“Yo creo que los diagnósticos son una falacia nuestra y lo que importa finalmente es si el paciente recibe el manejo que yo, después de la evaluación técnica, determino que deba recibir. Los manuales con los criterios diagnósticos que nosotros hemos definido son importantes para que haya correspondencia en lo que vemos en varias partes y nos comuniquemos, pero en la práctica operan muy poco, yo le apunto más a la semiología y la historia que encuentre en los pacientes, no tengo afán de clasificarlos porque no se trata de conocer una enfermedad sino conocer a una persona”
(Psiquiatra 4)

“Para mí los manuales diagnósticos están a la mano porque hay momentos en los que yo tengo una hipótesis diagnóstica y voy y miro el manual para orientarme. A mí me educaron más con el DSM y me entrenaron como para orientarme por él. Entonces sí pienso «¿Qué es lo que está presentando este paciente? ¿Hace cuánto tiempo lo está presentando?», como esas son las preguntas que yo siempre me hago y que están en los manuales. Pero indiscutiblemente lo que me preocupa es entender la situación [del paciente] y si necesita tratamiento específico”
(Psicóloga 5)

Categoría 3:

El trastorno adaptativo como categoría diagnóstica útil y necesaria

Los participantes perciben que el uso de la etiqueta diagnóstica de TA es frecuente en los ámbitos ambulatorio, hospitalario y de urgencias. Con ella se busca describir el síndrome depresivo y ansioso que presenta una persona como reacción a un evento percibido como estresante. El TA es un diagnóstico que exige en sí mismo comprensión del clínico, ya que obliga a pensar directamente en la interacción que está teniendo el paciente con un evento; el énfasis está en la reacción que está teniendo el paciente y obliga invariablemente a centrarse en los eventos estresantes y su afrontamiento. Por tanto, demanda una evaluación clínica minuciosa de la historia de vida para tener ese conocimiento intersubjetivo de la experiencia del estrés, lo cual en la práctica clínica requiere tiempo de dedicación y condiciones de privacidad:

“[el TA] es un diagnóstico frecuente, en el consultorio privado puede que sea un poco más. Ese diagnóstico no es tan fácil, hay que pensar mucho, hay que conversar mucho... es un diagnóstico que te obliga a hacer una reconstrucción de situaciones previas [del paciente] o de cómo ha abordado otros momentos de su historia y las capacidades de resolución que tiene”
(Psiquiatra 1)

“Hago el diagnóstico con bastante frecuencia porque los pacientes que atiendo son pacientes que están en un contexto hospitalario, y muchas veces estamos con ellos desde el momento inicial de un diagnóstico orgánico y lo primero que se me viene a la mente es indagar todo ese concepto de lo que es la capacidad de afrontamiento del sujeto. Cuando me doy cuenta de que tiene dificultades en esos recursos para afrontar, ahí es donde empieza a aparecer la idea del trastorno de adaptación”
(Psicóloga 6)

La etiqueta de TA alude a síntomas depresivos y ansiosos diversos que son atribuidos por el paciente a la ocurrencia del evento estresante. Muchas veces esta atribución se establece en un ejercicio imaginario contrafactual de qué pasaría si el evento o sus consecuencias desaparecieran. Los profesionales también describieron que la presentación clínica se caracteriza por un inicio rápido de los síntomas tras el evento, por lo que en la línea temporal es posible situar su inicio muy cerca de ocurrido el evento; una alta variabilidad y gran dependencia con el estresor, por lo que el estado de ánimo presenta fluctuaciones durante el día en función de lo que ocurre con el evento y cesan si el evento termina o se resuelve; y también una reactividad del afecto conservada, de manera que el paciente conserva la capacidad de emociones positivas como, por ejemplo, alegrarse. Dentro de los síntomas, los clínicos advierten que se puede incluir la conducta suicida, lo que, ante una vivencia de un evento estresante, justifica la designación como trastorno mental porque exige desplegar acciones para su contención.

“Yo creo que el trastorno de adaptación puede ser de una severidad tan grande que puede llevar a un suicidio. De hecho, yo creo que el único que se ha suicidado en la clínica [donde trabajo] se suicidó en medio de un trastorno de adaptación. Esto puede ser tan severo que una persona se puede morir así por una situación que está viviendo. Hay que tener mucho cuidado”
(Psiquiatra 2)

Para usar la etiqueta de TA se insiste en que la vivencia del evento estresante debe ser desproporcionada, lo cual solo puede construirse con el paciente, quien se siente desbordado. Además, también lo asignan cuando debe responderse a la necesidad del individuo de recibir ayuda para salir de la situación o para aliviar el malestar de los síntomas, más que a un criterio normativo de una adaptación trastornada. En este punto, el diagnóstico de TA llena un vacío experimentado en la clínica para poder acompañar y hacer el seguimiento de las vivencias de algunas personas que, de no recibir la etiqueta, podrían verse excluidas de los servicios de salud.

“La diferencia entre una reacción normal al estrés y un trastorno de adaptación es la proporcionalidad de la respuesta al estresor, el tema es que determinar esa proporcionalidad es totalmente subjetivo, se determina de acuerdo con el contexto del paciente... Todo va muy encaminado al contexto y a que tanto se pueda mejorar la situación, y el diagnóstico permite hacer ese seguimiento, porque el curso de los síntomas es incierto, puede ser adverso y cada vez peor, o mejorar. El paciente se va moviendo a razón de los eventos estresantes y con el diagnóstico yo lo puedo seguir”
(Psiquiatra 5)

En esta medida, el TA es visto como un diagnóstico de trabajo que conduce a organizar los servicios de salud para acompañar al paciente en su vivencia y en la

búsqueda de la resolución del evento o sus consecuencias y poder vigilar su evolución. Los clínicos se refirieron principalmente al trabajo interdisciplinario conjunto entre medicina, psiquiatría, psicología y trabajo social para realizar la psicoeducación, la psicoterapia, las intervenciones psicosociales e incluso el apoyo espiritual que puedan mejorar la transacción que hace el paciente con el evento.

“Si decimos que un paciente tiene un trastorno de adaptación, es ahí es donde tenemos que empezar a trabajar, de pronto el estresor va a continuar, va a traer cosas nuevas, entonces es crucial identificar estrategias de afrontamiento, mirar características de personalidad, su contexto, todo lo que le pueda ayudar a poder sobrellevar esa situación”

(Psicóloga 3)

El uso de psicofármacos se limita al alivio de síntomas como el insomnio; de hecho, la etiqueta de TA pareciera diferir y limitar explícitamente el uso de antidepresivos, por cuanto al indicar que es una vivencia estresante, lo que se privilegia es su afrontamiento. En esa medida, el TA opera como protección frente a la medicalización o uso indiscriminado de antidepresivos. Sin embargo, en ocasiones cuando no se tiene la certeza de poder hacer seguimiento a los pacientes o no se dispone de un equipo interdisciplinario para atención en salud mental, especialmente en presencia de riesgo suicida, los médicos pueden terminar prescribiendo antidepresivos más como una conducta de seguridad propia que como una acción terapéutica intencionada.

“Realmente no se requiere un abordaje farmacológico; lo que se hace es más un acompañamiento psicoterapéutico. En caso de que se requiera medicamentos, si hay insomnio se trata el insomnio. Si hay presencia de síntomas de ansiedad significativos se les da tratamiento específico a esos síntomas”

(Psiquiatra 6)

“Otra cosa que a veces uno hace es por la falta de acceso a psicología ambulatoria. Eso lo hace a uno tomar decisiones que probablemente no están correctas, pero uno termina medicando con antidepresivos a estos pacientes por la limitación en el acceso”

(Psiquiatra 7)

Un aspecto relevante con el uso de la etiqueta de TA es que requiere entrenamiento no solo en la captura de la información sino en el razonamiento diagnóstico. Por eso para los clínicos la evaluación de estos pacientes puede ser un reto, especialmente para el personal no entrenado. Es más, para algunos de ellos el diagnóstico de TA representó un descubrimiento después de haber sido estudiantes, pues no tuvieron formación en la comprensión de la vivencia del estrés y fue con la práctica clínica que hallaron esta forma de describir a este tipo de pacientes.

“Con la práctica mi forma de ver el trastorno de adaptación cambió radicalmente. A mí me lo enseñaron como un diagnóstico de descarte, como una caneca de basura, me lo enseñaron con mucha menos importancia de la que hoy tiene después de haber visto tantos pacientes”

(Psiquiatra 5)

“Para mí hubo un choque muy grande porque en la universidad no se hace tanto énfasis en este diagnóstico, y cuando tú sales a la realidad te das cuenta de que es un diagnóstico muy utilizado y

*que es muy necesario porque explica mucho mejor la sintomatología asociada a un factor que la desencadenó”
(Psicóloga 5)*

Categoría 4:

El sobrediagnóstico de depresión en la práctica clínica: “Es depresión o no es nada”

Un asunto central del razonamiento entorno al TA es diferenciarlo del EDM, pues en la práctica los límites son difusos y ocasiones puede verse como una fenocopia del TA. Pero si los síntomas depresivos se puedan atribuir a un evento estresante, el diagnóstico que se privilegia es el de TA. Incluso, ante un paciente con los síntomas de los criterios diagnósticos del DSM-5 de un EDM después de un evento estresante, los clínicos prefirieron asignar la etiqueta de TA por cuanto describía mejor el cuadro y prevenía de centrar los recursos terapéuticos en el uso de antidepressivos y centraba el trabajo específico en el evento estresante y su afrontamiento. Si bien puede existir una superposición sintomática y no pueda diferenciarse el TA del EDM bajo una lógica apodíctica, las consecuencias de cada etiqueta son distintas.

*“Incluso en el caso típico de un paciente con anhedonia, tristeza, problemas de sueño, ideación suicida, uno pensaría que se trata de un episodio depresivo mayor, pero si está el detonante y entonces ya uno se cuestiona porque hay una situación vital que está explicando esa clínica. Yo pensaría que si hay un evento precipitante o un evento nuclear probablemente uno debería pensar primero en un trastorno adaptativo porque se requiere es la propuesta de acompañamiento por psicología y como la vigilancia estrecha por psiquiatría a ver como se adapta”
(Psiquiatra 1)*

*“No podemos ver el trastorno adaptativo como un trastorno de descarte. Es que debemos ver finalmente es esa percepción de amenaza y el estrés al que se enfrenta el paciente, que no logra identificar recursos para hacerle frente y eso, así parezca que es una depresión requiere iniciar un manejo psicoterapéutico específico y distinto”
(Psicóloga 8)*

*“No tenemos unos niveles en sangre para decir qué trastorno es, cuando hay un evento estresante; no tenemos una «ajustemia» [«niveles en sangre de TA»] o «depresonemia» [«niveles en sangre de depresión»] en la clínica, por eso dudaremos siempre. Me parece entonces que uno tiene al trastorno de adaptación, que es un buen diagnóstico de trabajo porque indica que uno como clínico tiene mucho que hacer”
(Psiquiatra 5)*

Es así como muchos clínicos en su práctica supeditan el diagnóstico de EDM a que no se trate de un TA, contrario a lo propuesto en los manuales diagnósticos, en donde el TA se considera de descarte. Incluso, perciben que en su trabajo es incluso más frecuente el TA que el EDM. Un asunto distinto es si los síntomas se presentaban desde antes del evento o cuando los síntomas no son atribuidos por el paciente a un evento estresante en cuyo caso la etiqueta asignada es EDM. También los clínicos ven como factible la transición de un TA a un EDM, cuando los síntomas inicialmente fueron reactivos al evento, pero luego pierden variabilidad y se vuelven independientes del estresor (como se presenta en la Figura 1).

*“Hay pacientes que han empezado como un TA y después aumenta en severidad los síntomas, ya los síntomas pasaron a otros ámbitos, no se relacionan con un evento sino con muchas cosas diferentes, ya la tristeza es desbordada, entonces hay que hacer el cambio en el diagnóstico por el de depresión”
(Psiquiatra 11)*

Sin embargo, la percepción que se tiene en el ámbito clínico es que existe un sobrediagnóstico de EDM que conduce a la prescripción exagerada de antidepresivos. Para los clínicos, existe un facilismo a la hora de evaluar a los pacientes que están viviendo un evento estresante y que conduce al sobrediagnóstico de EDM, especialmente si el tiempo de evaluación es breve. Un abordaje centrado en la determinación rápida de un listado de síntomas de criterios diagnósticos imposibilita la construcción de la historia de vida del paciente y por ende borra del razonamiento clínico la etiqueta del TA.

*“A mí me deja muy desilusionado que gran parte de los médicos y psiquiatras optan por el diagnóstico más sencillo. Si usted cumple con todos los criterios, usted tiene una depresión y ya entonces antidepresivo. Me parece que nos falta hablar con los pacientes, indagar por su vida, tratar de meternos en sus zapatos para entender qué es lo que está pasando, porque si es por un evento el que lo tiene así, ¿ese paciente va a mejorar con un antidepresivo? No, no va a mejorar un antidepresivo”.
(Psiquiatra 9)*

*“Uno ve muchos diagnósticos de depresión y de ansiedad, como sin una especificación muy clara. Uno encuentra mucho eso, pero es porque uno no tiene el tiempo de diferenciar absolutamente nada, entonces pone lo más fácil o lo más rápido”
(Psicóloga 5)*

También se transloca la etiqueta de TA por la de EDM con el consecuente uso de antidepresivos como nueva conducta de seguridad de los clínicos cuando no hay garantía administrativa de seguimiento o no hay forma de acceder al abordaje interdisciplinario. Incluso, es como si se esperara o se presionara al profesional de salud mental a que diagnostique un EDM como si fuera el único diagnóstico válido para el sistema de salud y la prescripción de psicofármacos fuera la única vía terapéutica en la medicina. En esa medida el TA implica el reconocimiento de que la medicina puede encargarse del sufrimiento en general con el trabajo conjunto con otros profesionales de la salud.

*“Es complejo porque o es depresión o no es nada. Uno en la clínica siente que si al final de la evaluación uno concluye que es un trastorno de adaptación, que no se debe medicar, que vamos a esperar, que vamos a dar psicoterapia; los demás clínicos perciben que no se encontró nada, porque no hay un paciente deprimido con medicamentos”
(Psiquiatra 7)*

Por este sobrediagnóstico, el término “depresión” se ha vuelto polisémico, refiriéndose a distintos estados de ánimo con valencia negativa, incluyendo aquellos que son reacciones a eventos estresantes. Dado que las etiquetas afectan a los pacientes y condicionan futuras atenciones en salud, si se diagnostica un EDM en un caso reactivo, el énfasis en el evento desencadenante puede perderse cuando

el paciente sea atendido por otro clínico. Además, el uso de las etiquetas de EDM o TA tiene consecuencias en los pacientes, ya que su comprensión del proceso será diferente. Mientras que en el TA se enfatiza la necesidad de afrontar el estresor, en el EDM se puede enfatizar en hipótesis fisiopatológicas y la necesidad de normalizar la neurotransmisión con antidepresivos.

"Un diagnóstico de depresión puede crear la falsa impresión de que el bajo estado de ánimo está causado por una patología interna, parecida a la diabetes o el enfisema. Esto podría llevarnos a pasar por alto otras opciones, como cuando es trastorno de adaptación, que es totalmente diferente porque es algo externo".
(Psiquiatra 2)

Hacia un modelo teórico del diagnóstico de TA

En un sistema de salud que trabaja con códigos diagnósticos, la etiqueta de TA es frecuentemente utilizada por los clínicos. Con ella, se busca comprender a un paciente que presenta un síndrome depresivo y/o ansioso, que incluye ánimo deprimido o ansioso, con reactividad afectiva conservada y que fluctúa en el tiempo, que se acompaña de rumiación cognitiva, preocupación excesiva, ideas de muerte e incluso suicidio, insomnio, hiporexia y alteraciones conductuales como conductas de riesgo, consumo de tóxicos o heteroagresividad. La característica diferencial de este síndrome la presencia de un evento estresante al que se le pueda atribuir, con un inicio de los síntomas estrechamente relacionado con la aparición del evento estresor; de hecho, la sola presencia de un evento estresor invita a diagnosticar TA y obliga a descartarlo antes de proponer otra etiqueta diagnóstica. Este proceso implica un enfoque idiográfico, la aplicación de un razonamiento intersubjetivo y basado en las consecuencias. Sin embargo, en el contexto en el que se desempeñan los clínicos entrevistados existe una intolerancia a la adversidad que puede presionar a los clínicos a medicalizar las reacciones emocionales que se derivan de ella. Incluso en los servicios médicos pareciera que se exigiera al psiquiatra y al psicólogo que resuelva rápidamente el síndrome lo cual puede terminar por presionar a asignar la etiqueta de EDM y prescribir antidepresivos, especialmente en personal con poco entrenamiento (Figura 2).

Construir el diagnóstico de TA requiere tiempo y condiciones de privacidad que muchas veces no se garantizan en el sistema de salud colombiano, cuyo lógica mercantilista se centra en el ahorro de gastos, lo cual se logra atendiendo un gran número de pacientes atendidos en el menor tiempo posible. En consecuencia, puede producirse un facilismo diagnóstico en el que se termina etiquetando cualquier síndrome depresivo como EDM porque no se dan las condiciones para una comprensión más profunda. Como en el sistema también se ven obstáculos para la prestación de servicios como la psicoterapia intensiva para el afrontamiento o el seguimiento estrecho de los pacientes, el clínico puede verse presionado a designar una etiqueta distinta, otra que pueda ser vista como una “enfermedad verdadera” como EDM porque sería un camino más seguro para asegurar el tránsito por el sistema de salud, pues el TA pudiera no encajar allí, así sea lo que mejor designa la vivencia del paciente. En esa medida el diagnóstico de EDM y la prescripción de antidepresivos serían conductas de seguridad para el clínico quien teme el paciente no reciba los servicios que requiere.

Todo esto conduce a un sobrediagnóstico de depresión con el consecuente sobreuso de antidepresivos, lo cual resulta conveniente para la industria farmacéutica en la medida en que se centra la atención en las medidas farmacológicas. Y en la medida se centra la atención en una neurobiología alterada, se borra la estrecha relación con un evento estresante y, en consecuencia, en la necesidad de intervenir en el evento. Muchos de los eventos estresantes tienen que ver con los determinantes de salud, por lo que enfocarse únicamente en el ser que vive el evento y su neurobiología, deja por fuera la responsabilidad del estado frente a esos determinantes. Se promulgaría la psicologización de los determinantes, con la creencia de que la solución está en la neurobiología y no sería necesario abordar los factores sociales y económicos externos que influyen en la salud, como la pobreza, el desempleo, la falta de servicios públicos o la discriminación. Y ante el sobrediagnóstico de depresión, es posible que los casos verdaderos, los que sí requieren en casos moderados a graves el uso de antidepresivos, encuentren limitaciones para acceder al tratamiento específico de su condición (Figura 2).

DISCUSIÓN

En este estudio se encontró que ante el síndrome depresivo y/o ansioso que se atribuye a un evento estresante los clínicos privilegian el diagnóstico de TA, aunque en el escenario clínico dentro del sistema de salud colombiano se encuentran algunas presiones que favorecen el sobrediagnosticar EDM y, en consecuencia, el sobreuso de antidepresivos.

Este quehacer de los clínicos que se dirige a identificar problemas clínicos, considerar y descartar categorías diagnósticas para posteriormente asignar una etiqueta diagnóstica y proponer un tratamiento, exige un proceso cognitivo conocido como razonamiento diagnóstico (39,40). Existen múltiples aproximaciones que intentan explicar el razonamiento diagnóstico de los médicos y los psiquiatras. Uno de estos es el modelo de procesamiento dual, que afirma que existen dos sistemas de procesos cognitivos. El sistema 1, experimental inductivo, también conocido como sistema intuitivo, que suele ser inconsciente o subconsciente, y se basa en el reconocimiento de patrones y heurísticos que permiten tomar decisiones de forma rápida y automática, sin necesidad de asociaciones de memoria. Por otro lado, el sistema 2 o analítico es un sistema mucho más metódico, que se utiliza para resolver problemas complejos o aquellos que el clínico no tiene suficiente experiencia o familiaridad. Para ello, el clínico tiene que hacer uso del razonamiento hipotético-deductivo, lo que implica generar hipótesis, refinarlas y realizar una verificación diagnóstica. Este proceso de toma de decisiones es consciente, metódico, deliberado y requiere de más recursos cognitivos (39).

Si bien este modelo es ampliamente aceptado no llega a explicar en su totalidad el razonamiento diagnóstico en psiquiatría, pues omite la abstracción de información, es decir la forma en que se identifican los síntomas y sus atributos, que son de especial importancia en psiquiatría (41). En nuestro caso los clínicos requieren

identificar los atributos del síntoma “ánimo deprimido”, “tristeza”, “ansiedad”, “insomnio”, para poder discriminar si la etiqueta diagnóstica adecuada es la de un TA o un EDM, pues estos síntomas pueden estar presentes en ambos diagnósticos. Para poder identificar las características que de estos síntomas los clínicos identifican que es necesario hacer uso de un enfoque intersubjetivo, para identificar si la aparición de estos síntomas está relacionada temporalmente con un evento estresor, si además existe modulación de estos síntomas cuando el estresor se modula, y si se puede atribuir el origen de los síntomas a la presencia del estresor, por lo que se espera que, si desaparece este, los síntomas del TA hagan lo mismo. Los participantes describieron además que no identifican la necesidad de administrar un tratamiento psicofarmacológico específico, sino más bien consideran beneficioso ayudar a transitar en la adaptación al evento estresor a través de intervenciones psicoterapéuticas.

También comprendimos que no hacen un proceso de razonamiento diagnóstico y de forma separada un razonamiento terapéutico, sino que integran los dos, lo cual ha sido descrito como un proceso de sinergia entre el pensar en diagnosticar y tratar (42). Describimos un razonamiento consecuencial, es decir, para asignar la etiqueta diagnóstica de TA los clínicos consideran los efectos que puede llegar a tener asignar una etiqueta diagnóstica u otra, pues el asignar la etiqueta diagnóstica de TA está implícito que no se iniciarán psicofármacos para manejar el TA, sino para manejar los síntomas. En la práctica los clínicos actúan bajo el principio del marco de maximización (43), es decir, se ven presionados por elegir la etiqueta diagnóstica que les permita ayudar a que el paciente vuelva a la normalidad, a través de la estrategia terapéutica ofrecida. Otros autores ya han señalado que las decisiones en psiquiatría están afectadas no solo por el grado de experiencia y el tiempo, el lugar donde se da la evaluación, si no también otros factores externos que pueden comportarse como fuente de sesgo (44). Nuestros participantes describieron que en su experiencia cuando el contexto clínico y del sistema de salud impiden la evaluación idiográfica o dar el tratamiento adecuado para el TA, esta fuente de sesgo los puede llevar a privilegiar el sobrediagnóstico de depresión y en consecuencia la prescripción de antidepresivos como conducta de seguridad.

Los antidepresivos ya son uno de los 10 fármacos más formulados en Estados Unidos (45), con el peculiar agravante que muchas de sus prescripciones son no adecuadas. Por ejemplo en los adultos mayores de 65 años a quienes se les formula se identificó que solo 15% de ellos cumplían criterios diagnósticos para trastorno depresivo mayor, lo que supone que se utilizan de forma indiscriminada para síntomas subsindrómicos, y por consiguiente se exponen a sus eventos adversos sin el posible beneficio (46). Es posible que este tipo de investigaciones que ofrecen una descripción del TA posibiliten enriquecer los criterios diagnósticos actuales y los instrumentos de medición que capturen realmente su esencia y pueda dársele la importancia que tiene. Es necesario continuar con las investigaciones de razonamiento diagnóstico para extender nuestra comprensión del TA y su proceso diagnóstico, además de desarrollar nuevos instrumentos que puedan identificarlo a partir de este modelo de razonamiento diagnóstico de TA. Además, se puede

utilizar esta información para diseñar modelos de educación médica que permitan a los clínicos inexpertos realizar este diagnóstico con mayor precisión.

Es necesario señalar algunas limitaciones en este estudio. La evaluación del razonamiento a través de la recordación y el planteamiento hipotético de resultados puede no ser un reflejo completo del razonamiento que se pone en marcha con un paciente real en la práctica. También la percepción de los clínicos incluidos puede ser un reflejo de lo que sucede en los niveles de atención de alta complejidad, pero la extrapolación al primer nivel pudiera ser parcial y en esa medida se requieren estudios que aborden a los actores de este nivel, donde la prevalencia de TA pudiera ser incluso mayor, pero el entrenamiento en su abordaje sea menor.

CONCLUSIÓN

Este estudio nos permitió comprender el razonamiento clínico de los psiquiatras y psicólogos quienes narraron que en su práctica clínica hacen uso de un razonamiento consecuencial y basado en el conocimiento intersubjetivo para comprender la vivencia de un evento estresante y asignan la etiqueta de TA cuando la consideran desproporcionada. No obstante, existe una presión que favorece el sobrediagnóstico de EDM que hace desviar los esfuerzos terapéuticos hacia el sobreuso de antidepresivos. En ese escenario el TA resulta útil y necesario ya que denota por sí mismo la necesidad de trabajar en el afrontamiento e intervenir en el estresor.

REFERENCIAS:

1. O'donnell ML, Agathos JA, Metcalf O, Gibson K, Lau W. Adjustment disorder: Current developments and future directions. *Int J Environ Res Public Health*. 2019;16(14).
2. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. 5th Editio. Washington, DC, USA: American Psychiatric Association; 2013.
3. Semprini F, Fava GA, Sonino N. The spectrum of adjustment disorders: too broad to be clinically helpful. *CNS Spectr*. junio de 2010;15(6):382–8.
4. Kazlauskas E, Zelviene P, Lorenz L, Quero S, Maercker A. A scoping review of ICD-11 adjustment disorder research. *Eur J Psychotraumatol*. el 15 de diciembre de 2017;8(sup7):1421819.
5. Ben-Ezra M, Mahat-Shamir M, Lorenz L, Lavenda O, Maercker A. Screening of adjustment disorder: Scale based on the ICD-11 and the Adjustment Disorder New Module. *J Psychiatr Res*. agosto de 2018;103:91–6.
6. Despland J., Monod L, Ferrero F. Clinical relevance of adjustment disorder in DSM-III-R and DSM-IV. *Compr Psychiatry*. noviembre de 1995;36(6):454–60.
7. Osborn J, Raetz J, Kost A. Seasonal Affective Disorder, Grief Reaction, and Adjustment Disorder. *Med Clin North Am*. septiembre de 2014;98(5):1065–77.
8. Kovács I, Vargha A, Ali I, Bódizs R. [Dream quality, trauma and suicide in in adjustment disorder]. *Psychiatr Hung*. 2010;25(1):62–73.
9. Balon R. Proposal to Introduce Adjustment Disorder With Disturbed Sexual Functioning Into the Revised Classifications of DSM and ICD. *J Sex Marital Ther*. el 4 de enero de 2010;36(1):1–5.
10. Andreasen N. The predictive value of adjustment disorders: a follow-up study. *Am J Psychiatry*. mayo de 1982;139(5):584–90.
11. Maercker A, Brewin CR, Bryant RA, Cloitre M, Reed GM, Van Ommeren M, et al. Proposals for mental disorders specifically associated with stress in the International Classification of Diseases-11. *Lancet*. 2013;381(9878):1683–5.
12. First MB. The importance of developmental field trials in the revision of psychiatric classifications. *The Lancet Psychiatry*. junio de 2016;3(6):579–84.
13. Strain JJ, Smith GC, Hammer JS, McKenzie DP, Blumenfield M, Muskin P, et al. Adjustment disorder: A multisite study of its utilization and interventions in the consultation-liaison psychiatry setting. *Gen Hosp Psychiatry*. 1998;20(3):139–49.
14. Foster P, Oxman T. A descriptive study of adjustment disorder diagnoses in general hospital patients. *Ir J Psychol Med*. el 13 de diciembre de 1994;11(04):153–7.
15. Pintor-Pérez L, Monteagudo-Gimeno E, Rodríguez-Urrutia A, Herranz-Villanueva S, Sánchez-González R. Referrals of patients with adjustment disorder to a consultation-liaison psychiatry service over a 10-year-period. *J Psychosom Res*. junio de 2018;109:125.
16. Lotzin A, Krause L, Acquarini E, Ajdukovic D, Ardino V, Arnberg F, et al. Risk and protective factors, stressors, and symptoms of adjustment disorder during the COVID-19 pandemic—First results of the ESTSS COVID-19 pan-European ADJUST study. *Eur J Psychotraumatol*. 2021;12(1).

17. Turan Ş, Poyraz BÇ, Aksoy Poyraz C, Demirel ÖF, Tanrıöver Aydın E, Uçar Bostan B, et al. Characteristics and outcomes of COVID-19 inpatients who underwent psychiatric consultations. *Asian J Psychiatr*. 2021;57(November 2020).
18. Diefenbacher A, Strain JJ. Consultation-liaison psychiatry: stability and change over a 10-year-period. *Gen Hosp Psychiatry*. julio de 2002;24(4):249–56.
19. Morgan MA, Kelber MS, Bellanti DM, Beech EH, Boyd C, Galloway L, et al. Outcomes and prognosis of adjustment disorder in adults: A systematic review. *J Psychiatr Res*. 2022;156(June):498–510.
20. Casey P. Adjustment disorder: New developments. *Curr Psychiatry Rep*. 2014;16(6):1–8.
21. Hoffman J, Stein DJ. What are the pharmacotherapeutic options for adjustment disorder? *Expert Opin Pharmacother*. el 13 de abril de 2022;23(6):643–6.
22. O’Keeffe N, Ranjith G. Depression, demoralisation or adjustment disorder? Understanding emotional distress in the severely medically ill. *Clin Med (Northfield Il)*. el 1 de octubre de 2007;7(5):478–81.
23. Rackley S, Bostwick JM. Depression in Medically Ill Patients. *Psychiatr Clin North Am*. marzo de 2012;35(1):231–47.
24. Takei N, Sugihara G. Diagnostic ambiguity of subthreshold depression: minor depression vs. adjustment disorder with depressive mood. *Acta Psychiatr Scand*. agosto de 2006;114(2):144–144.
25. Doherty AM, Jabbar F, Kelly BD, Casey P. Distinguishing between adjustment disorder and depressive episode in clinical practice: The role of personality disorder. *J Affect Disord*. octubre de 2014;168:78–85.
26. Doherty A, Lorenz L, Jabbar F, O’Leary E, Casey P. Sleep Disturbance in Adjustment Disorder and Depressive Episode. *Int J Environ Res Public Health*. el 26 de marzo de 2019;16(6):1083.
27. Taggart C, O’Grady J, Stevenson M, Hand E, Mc Clelland R, Kelly C. Accuracy of diagnosis at routine psychiatric assessment in patients presenting to an accident and emergency department. *Gen Hosp Psychiatry*. julio de 2006;28(4):330–5.
28. Casey P, Dowrick C, Wilkinson G. Adjustment disorders: Fault line in the psychiatric glossary. *Br J Psychiatry*. el 2 de diciembre de 2001;179(06):479–81.
29. Fierro M, Bustos A, Molina C. Diferencias en la experiencia subjetiva entre depresión unipolar y bipolar. *Rev Colomb Psiquiatr*. julio de 2016;45(3):162–9.
30. Charmaz K. *Constructing Grounded Theory. A Practical Guide Through Qualitative Analysis*. London: Sage Publications Ltd; 2006. 1–224 p.
31. Charmaz K. Constructivist grounded theory. *J Posit Psychol*. el 4 de mayo de 2017;12(3):299–300.
32. Blumer H. *Symbolic interactionism. Perspective and Method*. London: University of California Press;
33. Sim J, Saunders B, Waterfield J, Kingstone T. Can sample size in qualitative research be determined a priori? *Int J Soc Res Methodol*. el 3 de septiembre de 2018;21(5):619–34.
34. Guest G, Bunce A, Johnson L. How Many Interviews Are Enough? *Field methods*. el 21 de febrero de 2006;18(1):59–82.

35. Risjord MW, Dunbar SB, Moloney MF. A New Foundation for Methodological Triangulation. *J Nurs Scholarsh.* septiembre de 2002;34(3):269–75.
36. Glaser BG, Strauss AL. *The Discovery of Grounded Theory.* Routledge; 2017.
37. Low J. A Pragmatic Definition of the Concept of Theoretical Saturation. *Sociol Focus.* el 3 de abril de 2019;52(2):131–9.
38. Engward H, Davis G. Being reflexive in qualitative grounded theory: discussion and application of a model of reflexivity. *J Adv Nurs.* julio de 2015;71(7):1530–8.
39. Croskerry P. A Universal Model of Diagnostic Reasoning. *Acad Med.* 2009;84(8):1022–8.
40. Lally L, McCarthy G, Flaherty G. Diagnostic Reasoning as a Medium for Promoting Patient Safety. *J Patient Saf Qual Improv.* 2019;7(2):36–40.
41. Fernando I, Cohen M, Henskens F. A systematic approach to clinical reasoning in psychiatry. *Australas Psychiatry.* 2013;21(3):224–30.
42. Patel JJ, Bergl PA. Diagnostic vs Management Reasoning. *JAMA.* noviembre de 2018;320(17):1818.
43. Sen A. Consequential Evaluation and Practical Reason. *J Philos.* septiembre de 2000;97(9):477.
44. Bhugra D, Easter A, Mallaris Y, Gupta S. Clinical decision making in psychiatry by psychiatrists. *Acta Psychiatr Scand.* 2011;124(5):403–11.
45. Safer DJ. Overprescribed Medications for US Adults : Four Major Examples. 2019;11(9):617–22.
46. Mojtabai R. Diagnosing Depression in Older Adults in Primary Care. *N Engl J Med.* marzo de 2014;370(13):1180–2.

Cuadro 1: Descripción de los temas incluidos en el guion de entrevista semiestructurada

Diagnóstico de trastorno adaptativo

- Experiencia realizando el diagnóstico
- Prototipo de paciente con el diagnóstico
- Proceso de evaluación de un paciente con el diagnóstico
- Planeación del tratamiento
- Diferenciación con reacciones normales

Diagnóstico de un episodio depresivo mayor

- Experiencia realizando el diagnóstico
- Prototipo de paciente con el diagnóstico
- Proceso de evaluación de un paciente con el diagnóstico
- Planeación del tratamiento

Diferenciación entre trastorno adaptativo y episodio depresivo

- Caso clínico de un síndrome depresivo tras evento estresante
- Hacer explícito el razonamiento ante caso clínico
- Postura frente a casos de controversia diagnóstica

Tabla 1. Características de los profesionales de salud mental participantes en estudio sobre razonamiento clínico sobre el trastorno de adaptación (n=20)

Características	Medida de resumen	
Psiquiatras (n=12)		
Sexo femenino, <i>n (%)</i>	7	(58,3)
Edad, <i>Me (Max-Min)</i>	46,7	(63 – 36)
Educación adicional, <i>n (%)</i>		
Especialización en Gerencia hospitalaria	1	(8,3)
Subespecialización en Psiquiatría de enlace	5	(41,7)
Maestría en Epidemiología	1	(8,3)
Maestría en Bioética	1	(8,3)
Doctorado en neurociencias	1	(8,3)
Profesores, <i>n (%)</i>	8	(66,7)
Años de experiencia clínica, <i>Me (Max-Min)</i>	17,5	(35 – 6)
Tipo de institución de salud en la que trabaja, <i>n (%)</i>		
Pública	6	(50)
Privada	6	(50)
Horas por semana de atención en salud mental, <i>Me (Max-Min)</i>	35,5	(50 – 6)
Psicólogos (n=8)		
Sexo femenino, <i>n (%)</i>	7	(87,5)
Edad, <i>Me (Max-Min)</i>	32	(44 – 27)
Educación adicional, <i>n (%)</i>		
Especialización en Psicología clínica y salud mental	2	(25)
Especialización en Cuidados paliativos	2	(25)
Maestría en Investigación psicoanalítica	1	(12,5)
Maestría en Terapia familiar	1	(12,5)
Maestría y Doctorado en Psicología de la salud	1	(12,5)
Maestría y Doctorado en Epidemiología	1	(12,5)
Profesores, <i>n (%)</i>	2	(25)
Años de experiencia clínica, <i>Me (Max-Min)</i>	9	(21 – 4)
Tipo de institución de salud en la que trabaja, <i>n (%)</i>		
Pública	1	(12,5)
Privada	7	(87,5)
Horas por semana de atención en salud mental, <i>Me (Max-Min)</i>	44	(50 – 20)

Abreviaturas: Me: mediana; (Max-Min) Máximo y mínimo

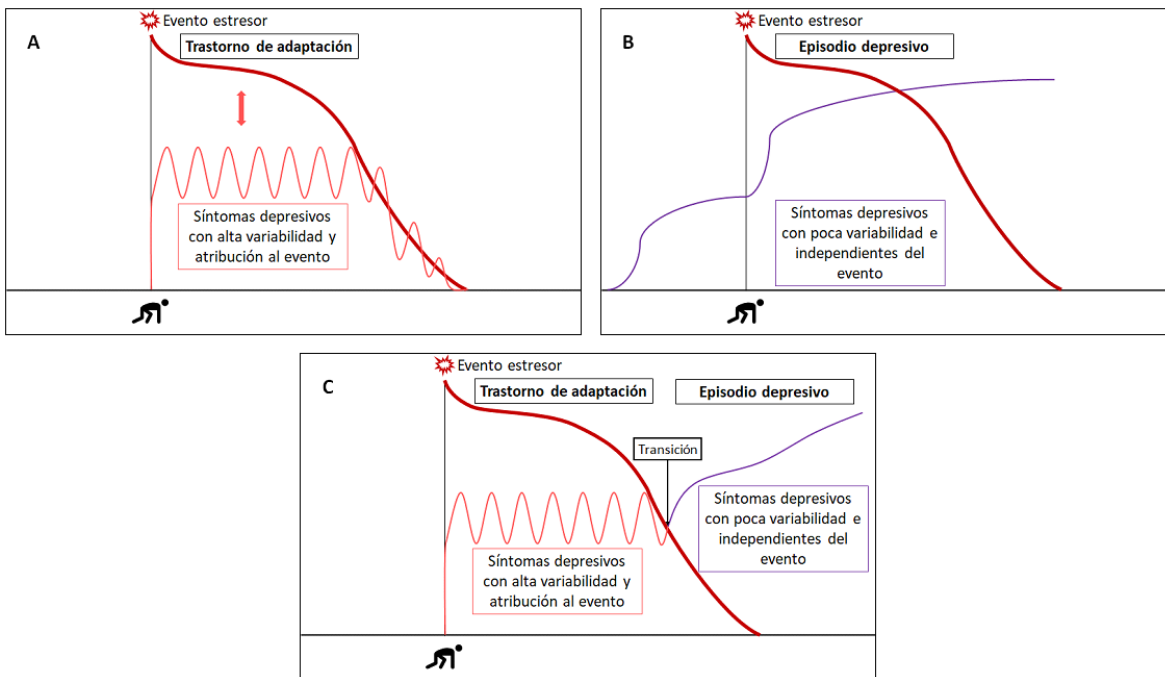


Figura 1. Conceptualización de los profesionales acerca del trastorno de adaptación (TA) y del episodio depresivo mayor (EDM) a partir de la presentación clínica de los síntomas. A. Con la etiqueta de TA se describe al síndrome depresivo (y ansioso) que se atribuye a un evento estresante, con alta variabilidad y fluctuaciones en su curso. **B.** La etiqueta de EDM describe el síndrome depresivo con poca variabilidad y sin atribución a un evento estresante o cuando los síntomas estaban desde antes de la ocurrencia del evento. **C.** Es posible la transición de una TA a un EDM en el momento en que los síntomas depresivos adquieren independencia.

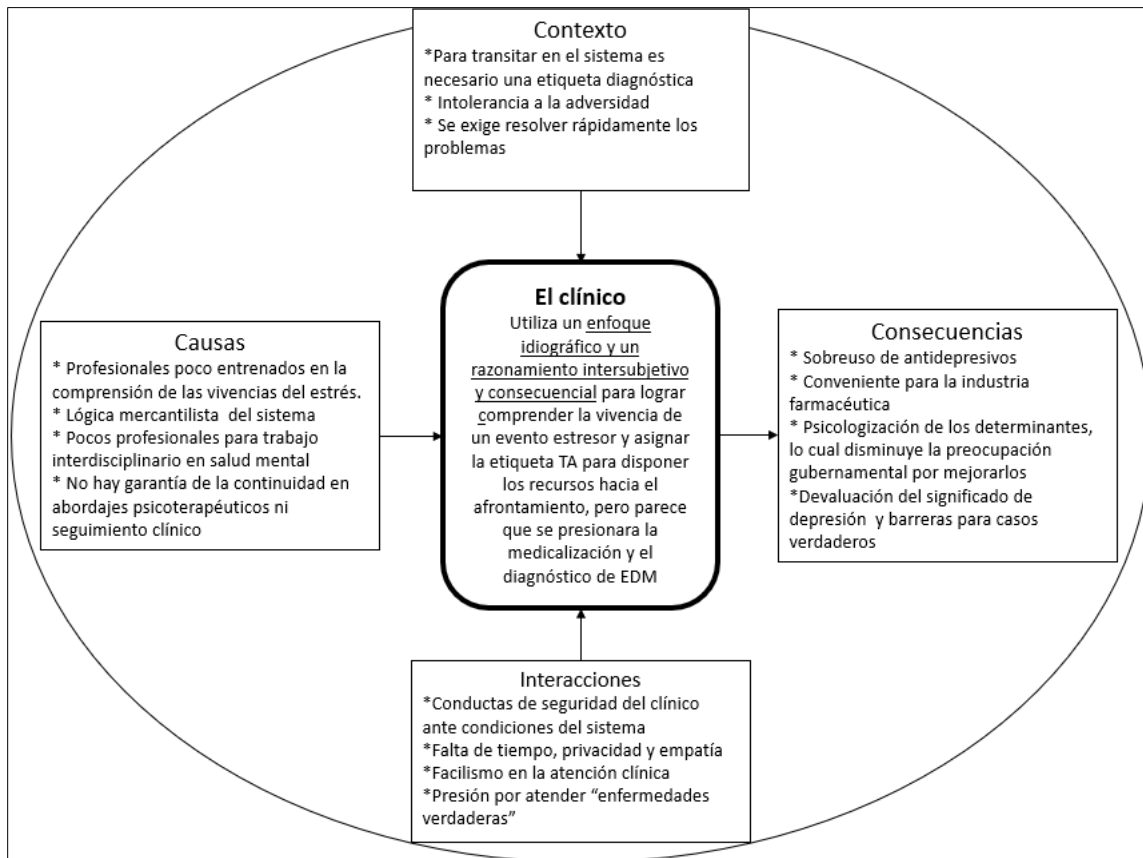


Figura 2. Conceptualización de los clínicos sobre los factores que afectan el proceso diagnóstico de TA