

República Dominicana
Universidad Nacional Pedro Henríquez Ureña
Facultad de ciencias de la salud
Escuela de medicina

TRASTORNOS ADAPTATIVOS ASOCIADOS AL IMPACTO DEL COVID-19 EN EL DESEMPEÑO PROFESIONAL DE LOS TRABAJADORES DE LA SALUD EN LAS ÁREAS DE COVID-19 DEL HOSPITAL GENERAL REGIONAL DOCTOR MARCELINO VÉLEZ SANTANA. SEPTIEMBRE, 2021-FEBRERO, 2022.



Trabajo de grado presentado por Liesser Noelbia Cabreja Rosario y Katherine
Joaquina De Los Santos Amador para optar por el título de:

DOCTOR EN MEDICINA

Santo Domingo, D.N; 2022

CONTENIDO

Agradecimiento	
Dedicatoria	
Resumen	
Abstract	
I. Introducción	
I.1. Antecedentes	
I.2. Justificación	
II. Planteamiento del problema	
III. Objetivos	
III.1. General	
III.2. Específicos	
IV. Marco teórico	
IV.1. Trastornos adaptativos	
IV.1.1. Historia	
IV.1.2. Definición	
IV.1.3. Etiología	
IV.1.4. Clasificación	
IV.1.5. Fisiopatología	
IV.1.6. Epidemiología	
IV.1.7. Diagnóstico	
IV.1.7.1. Clínico	
IV.1.7.2. Laboratorio	
IV.1.7.3. Imágenes	
IV.1.8. Diagnóstico diferencial	
IV.1.9. Tratamiento	
IV.1.10. Complicaciones	
IV.1.11. Pronóstico y evolución	
IV.1.13. Prevención	

V. Operacionalización de las variables	
VI. Material y métodos	
VI. 1. Tipo de estudio	
VI. 2. Área de estudio	
VI. 3. Universo	
VI. 4. Muestra	
VI. 5. Criterio	
VI. 5.1. De inclusión	
VI. 5.2. De exclusión	
VI. 6. Instrumento de recolección de datos	
VI. 7. Procedimiento	
VI. 8. Tabulación	
VI. 9. Análisis	
VI. 10. Consideraciones éticas	
VII. Resultados	
VIII. Discusión	
IX. Conclusión	
X. Recomendaciones	
XI. Referencias	
XII. Anexos	
XII. 1. Cronograma	
XII. 2. Instrumento de recolección de datos	
XII. 3. Consentimiento informado	
XII. 4. Costos y recursos	
XII. 4.1 Humanos	
XII. 4.2. Equipos y materiales	
XII. 4.3. Información	
XII. 4.4. Económicos	
XII. 5. Evaluación	

AGRADECIMIENTOS

Agradezco a Dios, por llenarme de su gracia, sostenerme, dirigirme, y a través de todo este trayecto enseñarme tantas cosas por las cuales puedo percibir la vida según su amor y sabiduría.

A mi padre Francisco Cabreja por desde pequeña inculcarme el propósito de servir a otros, por enseñarme a elegir lo positivo de las cosas, por crear en mí la seguridad de que somos capaces de lograr todas las cosas que nos proponemos si Dios lo permite.

A mi madre María Elba Rosario por ser mi equilibrio y con su amor, paciencia y entrega me ha sostenido, porque de ti he aprendido que no hay cansancio que valga cuando se lucha por lo que se quiere.

A mis hermanas Annmary y Iismari Cabreja, por ser las dos mitades de mi corazón, por sus consejos siempre, por su complicidad, por hacer cada cosa posible para que este bien. A mi prima Yissel Rodríguez, eres otra hermana para mí, por asumir mis situaciones como tuyas, por siempre estar, gracias.

A mi otra madre Lissette Rosario por enseñarme el amor a Dios, por darme el ejemplo de mujer luchadora y alegre, por orar por mí ante cada situación difícil que pase o que haya pasado, gracias.

A mis hermanas en esta vida Laura Terrero, Lluvia Cabrera, por recordarme siempre lo que soy y siento, por crecer conmigo y formar parte de mí, a Amanda Vargas por estar conmigo y apoyarme en cada etapa de mi vida.

A Katherine De Los Santos mi amiga incondicional durante todo este trayecto, gracias por llorar conmigo y reír conmigo, hemos aprendido mucho, juntas, gracias.

A mi familia en general, a todos los amigos-colegas que ya forman parte de mí, a los profesores, a todos los directivos y el personal de la UNPHU que hacen que cada día la universidad funcione y puedan educar a los futuros profesionales.

Liesser Noelbia Cabreja Rosario

Le agradezco a Dios por haberme acompañado y guiado a lo largo de mi carrera, por ser mi fortaleza en momentos de debilidad y por brindarme una vida llena de salud, aprendizaje, experiencias y sobre todo felicidad. Gracias por ser mi sustento día tras día en esta carrera.

A mi padre Joaquín De los Santos por ser mi apoyo incondicional y mi soporte, por inculcarme buenos valores y guiarme por el mejor camino. Por creer en mí en todo momento, gracias por tu gran amor hacia mí.

A mi madre Claudina Amador, por alentarme y motivarme a seguir, por cuidar de mí día a día, por levantarme los ánimos en todo momento y por su amor infinito hacia mí.

A mis hermanas Claudia y Karina por apoyarme, amarme, soportar mis desvelos y animarme en mis momentos no tan buenos, las amo.

A mis amigos, Lewis Nin, Albert Vargas, Lysa Rosario, Karla Cabrera. Por ser parte de mi trayecto en esta carrera.

A mi querida colega y amiga Liesser cabreja, Gracias por acompañarme en todo momento, gracias por llorar conmigo en momentos difíciles y por reír a carcajadas con todas nuestras ocurrencias, por los desvelos estudiando, gracias por siempre brindarme tu apoyo amiga incondicional.

Katherine Joaquina De Los Santos Amador

DEDICATORIA

Le dedico todo esto a Dios quien es proveedor de todo propósito y sabiduría, me ha dado la voluntad de hacer las cosas bien, me ha permitido llegar a terminar una carrera en la que voy a servir a los demás siendo fuente de todas sus enseñanzas, de su gracia y amor.

A mis padres, hermanas, por su entrega incondicional en cada cosa que me propongo, todo lo que soy es por ellos.

A mis futuros pacientes, prometo ejercer esta carrera con amor y humildad siempre tratando de hacer las cosas lo mejor posible para ustedes.

Y como decía mi abuelo arrancar con el mismo amor de siempre tanto en bien del uno y del otro, con la frente hacia el sol, en la espera y con la fe en alta siempre.

Liesser Noelbia Cabreja Rosario

A Dios por permitirme tener vida y salud para poder realizar uno de mis propósitos, culminar mis estudios y convertirme en médico. Por amor y vocación.

A mis padres y hermanas, por confiar en mí en todo momento, son mi mayor motivación a querer ser mejor persona y una excelente profesional.

Katherine Joaquina De Los Santos Amador

RESUMEN

Los trastornos adaptativos son las denominadas reacciones de estrés que constituyen entidades únicas dentro de la psiquiatría, por lo tanto agrupan las complejas reacciones ante posibles situaciones de estrés que desencadenan la respuesta emocional: ansiedad, depresión, mixto; durante esta pandemia el personal de salud ha tenido que estar en contacto directo con los cambios ocurridos como consecuencia de este virus COVID-19 por lo que ha sido la población más afectada frente a las reacciones de estrés desencadenando síntomas ansiosos, depresivos o mixtos.

Se realizó un estudio observacional, descriptivo y transversal, con recolección de datos prospectivos en las áreas de COVID-19 del Hospital General Regional Dr. Marcelino Vélez Santana en el periodo comprendido septiembre, 2021- enero, 2022 para determinar los trastornos adaptativos asociados al impacto del COVID-19 en el desempeño profesional de los trabajadores del área de la salud.

Conclusiones: Se entrevistaron 226 personas siendo 129 trabajadores quienes presentaron un tipo de trastorno adaptativo (Ansiedad, Depresión y Trastorno Mixto) correspondiendo al 57.1 por ciento de la población estudiada cumpliendo con los criterios de inclusión de nuestro estudio. La ansiedad fue el tipo de trastorno adaptativo más evidenciado en un 55.8 por ciento. El rango de edad más frecuente entre 30-39 años con un 22.4 por ciento, El sexo femenino fue el más prevalente en todos los trastornos con un 62.7 por ciento. De todo el personal de salud las enfermeras predominan con el nivel de afectación más alto con un 30.2 por ciento. Los departamentos en los que se evidenció más trastornos adaptativos fueron las áreas de emergencia con un 24 por ciento y planta con un 21.7 por ciento.

Palabras claves: trastornos adaptativos, COVID-19, trabajadores de la salud, ansiedad, depresión.

ABSTRACT

Adjustment disorders are the so-called stress reactions that constitute unique entities within psychiatry, therefore they form a complex group of reactions to possible stress situations that trigger the emotional response: anxiety, depression, mixed; During this pandemic, health personnel have had to be in direct contact with the changes that occurred as a result of this COVID-19 virus, which is why it has been the population most affected by stress reactions, triggering anxiety, depressive symptoms or both.

An observational, descriptive and cross-sectional study was carried out, with prospective data collection in the COVID-19 areas of the Dr. Marcelino Vélez Santana Regional General Hospital in the period between September-February 2021-2022 to determine the adaptive disorders associated with the impact of COVID-19 in the professional performance of health workers.

Conclusions: 226 people were interviewed, 129 workers who presented a type of adjustment disorder (Anxiety, Depression and Mixed Disorder) corresponding to 57.1 percent of the population studied, fulfilling the inclusion criteria of our study. Anxiety was the most evidenced type of adjustment disorder in 5 percent. The most frequent age range was between 30-39 years with 22.4 percent. The female sex was the most prevalent in all disorders with 63 percent. Of all the health personnel, nurses predominate with the highest level of involvement with 30.2 percent. The departments in which more adaptive disorders were evidenced were the emergency areas with 24 percent and the plant with 21.7 percent.

Keywords: adjustment disorders, COVID-19, health workers, anxiety, depression.

I. INTRODUCCIÓN

Los trastornos adaptativos se caracterizan por la respuesta emocional ante un episodio estresante. Es una de las pocas entidades diagnósticas en las que un factor estresante externo se relaciona con el desarrollo de los síntomas. El complejo de síntomas que aparece puede implicar un estado de ánimo ansioso, deprimido y mixto. Por definición, los síntomas deben iniciarse en los siguientes 3 meses a la acción del factor estresante y remiten durante los siguientes 6 meses. En el DSM-5 se identifican diversos subtipos de trastornos de adaptación, que incluyen el trastorno adaptativo con estado de ánimo deprimido, con ansiedad, con ansiedad mixta y estado de ánimo deprimido, entre otros.¹ (en esta investigación solo se estudiarán estos tres ya mencionados.)

En las mujeres se diagnostican con una frecuencia dos veces mayor que en los varones, y por lo general se considera que las solteras constituyen la población más vulnerable. Los factores de estrés pueden ser recurrentes como las dificultades de una empresa en determinadas épocas del año, o continuos, como una enfermedad crónica o la pobreza.¹

La enfermedad por SARS-Cov-2 (Covid-19) implica retos específicos para los trabajadores de la salud que predisponen a un mayor estrés. Su alto contagio ha generado numerosos reportes de la enfermedad, e incluso la muerte del personal en distintas partes del mundo, lo que genera un temor real en la atención a los pacientes. El manejo requiere ser especialistas de áreas críticas, lo que está requiriendo la participación de médicos y enfermeras no especialistas o en formación de otras áreas.²

El nuevo coronavirus SARS-Cov-2, causante de la pandemia por COVID-19, afecta al personal de salud por la repercusión emocional que retan los mecanismos de regulación y capacidad de adaptación a la vida cotidiana para mantener un estado de salud mental óptimo.²

I.1. Antecedentes

I.1.1. Internacionales

Erquicia J, Valls L, Barja A, Gil S, Miquel J, Leal-Blanquet J, Schmidt C, Checa J, Vega D. Realizaron un estudio en los trabajadores del Hospital de Igualada de Barcelona, España durante los meses de marzo y abril del 2020, con el objetivo de analizar el estado emocional de los trabajadores. Se incluyó a un total de 395 trabajadores. Se realizó una evaluación transversal entre los meses de marzo y abril. Se recogió información sobre síntomas de ansiedad, depresión, estrés. También se recogieron datos demográficos y sobre factores potencialmente estresantes. Un porcentaje significativo de profesionales reportó síntomas de ansiedad en un 71,6 por ciento y depresión en un 60,3 por ciento. El 14,5 por ciento informó de síntomas de estrés agudo. Se realizó un análisis de regresión que explicó el 30 por ciento de la variabilidad asociada al nivel de malestar emocional. Los factores de riesgo asociados a mayor malestar psicológico fueron el hecho de ser mujer o hombre joven, trabajar como auxiliar de enfermería, celador o técnico de radiología, estar en contacto directo con pacientes Covid-19, no haber realizado la PCR, tener la sensación de no contar con los elementos de protección personales y haber experimentado la muerte de una persona cercana por Covid-19. Conclusiones: El afrontamiento inicial de la situación de crisis asociada a la pandemia de Covid-19 tuvo un importante impacto emocional en los profesionales sanitarios analizados. ³

Vásquez Elera L; Realizó un estudio que tuvo como objetivo: Identificar la incidencia y la relación entre la ansiedad, depresión y estrés laboral en los trabajadores del Hospital Cayetano Heredia en Piura, Perú; durante la pandemia de COVID 19 en el año 2020. Se desarrolló bajo el enfoque cuantitativo, de tipo descriptivo-correlacional. Se usó la técnica de la encuesta aplicándose tres escalas, la escala de ansiedad de Hamilton, la escala de depresión de Hamilton y la escala de estrés laboral de Hock. Teniendo como muestra del estudio a 45 personas, incluyendo médicos, enfermeras y técnicos de enfermería. Se concluye que la incidencia de ansiedad fue un 68.9 por ciento, depresión un 53.5 por ciento y estrés laboral un 44.4 por ciento. Y además no se encontró asociación

estadísticamente significativa entre las variables ansiedad, depresión y estrés laboral, ni tampoco entre las variables ansiedad con las dimensiones de depresión y estrés laboral, ni tampoco entre la depresión y las dimensiones de ansiedad y estrés laboral, pero sí entre el estrés laboral y la dimensión somática de la ansiedad.⁴

Londoño Castillo J, Velásquez Muñoz L, Redondo Chinchilla M. En el 2020, realizaron un estudio cuyo objetivo fue evaluar los niveles de ansiedad y depresión en el personal asistencial activo en instituciones de salud en Santander, Colombia; ante la emergencia sanitaria del COVID-19, el estudio tuvo un enfoque cuantitativo, donde se utilizaron instrumentos como el IDER (inventario de depresión estado rasgo) y AMAS-A (escala de ansiedad manifiesta en adultos) para recolectar información. Los resultados obtenidos en la investigación evidenciaron una ansiedad promedio, y no se encontraron niveles clínicamente significativos de depresión, pero dada la comorbilidad de estos trastornos se recomienda implementar los programas que tiene previstos el ministerio y técnicas como el mandala y consciencia que ayudan prevenir síntomas de ansiedad y depresión.⁵

Martínez F, Azkoul M, Rangel C, Sandía I, Pinto S. Realizaron un estudio en Mérida, Venezuela. Con el objetivo de evaluar los efectos de la pandemia por COVID-19 en la salud mental del personal de salud del estado Mérida, Venezuela. cuyo método utilizado fue un estudio observacional de tipo descriptivo y corte transversal, donde se aplicó la escala DASS-21 (escala depresión, ansiedad y estrés) a 150 individuos pertenecientes al personal sanitario del estado Mérida, Venezuela. Resultados: De los encuestados, el 34.7 por ciento presentó estrés, 33.3 por ciento ansiedad y el 34.6% mostró signos de depresión en sus diferentes niveles. Se determinó que un 42.7% atiende en áreas de cuidado de pacientes COVID-19, siendo los cargos de médico residente y enfermero los que presentaron incrementos notables en las variables emocionales estudiadas. Conclusión: Como consecuencia de la pandemia, se han incrementado las exigencias para la práctica médica, resultando en mayores

índices de estrés, ansiedad y depresión en el personal sanitario encargado de enfrentarla.⁶

Monterrosa Castro A, Dávila-Ruiz R, Mejía-Mantilla A, Contreras Saldarriaga J, Mercado Lara M, Florez Monterrosa C. Realizaron un estudio en la Universidad Autónoma de Bucaramanga, Colombia en el 2020, Con el propósito de determinar la presencia de síntomas de estrés laboral, ansiedad y miedo al COVID-19 en médicos generales, además de estimar la asociación según el ente territorial donde trabajaban. Tuvo un diseño transversal que exploró síntomas y percepciones durante la pandemia del COVID-19 en médicos generales colombianos sometidos a cuarentena obligatoria que ejercieron su profesión en marzo del 2020. Previo consentimiento informado, anónima y voluntariamente, los participantes diligenciaron un formulario virtual con preguntas generales sobre COVID-19. El cuestionario buscaba encontrar problemas psicosomáticos sirviéndose de la escala para el trastorno de ansiedad generalizada (GAD-7, por sus siglas en inglés) y la escala del miedo al COVID-19 (FCV-19S: por sus siglas en inglés). Los participantes se clasificaron en municipio no capital o municipio capital según el ente territorial en donde laboraban. Regresión logística entre el ente territorial (que es tomada como variable independiente) con los síntomas de ansiedad, estrés laboral y miedo al COVID-19 (en este caso tomada como variable dependiente). Resultados: Participaron 531 médicos generales con edad promedio de 30 años. El 73.3 por ciento laboraban en el Municipio capital. Un tercio de los encuestados presentó estrés laboral leve, mientras que el 6 por ciento presentó estrés laboral alto o severo. Se identificaron síntomas de ansiedad en el 72.9 por ciento, más frecuente entre quienes laboraban en las capitales mientras que el 37.1 por ciento presentó síntomas de miedo al COVID-19(FCV-19S: escala del miedo al COVID-19). Conclusión: Siete de cada diez participantes presentó síntomas de ansiedad o estrés laboral, mientras que cuatro presentaron síntomas obtenidos en el FCV-19S (escala de miedo al COVID-19). No se observó asociación con la clasificación del municipio donde laboraban.⁷

Parthasarathy R, Jaisoorya TS, Thennarasu K, Pratima M. En el estado de Karnataka, India, 2021. Realizaron un estudio que tuvo como objetivo examinar la prevalencia de los problemas mentales en los trabajadores de la salud durante la pandemia de COVID-19. Además de los aspectos sociodemográficos, los dominios evaluados incluyen características ocupacionales, preocupaciones relacionadas con COVID-19, ansiedad / depresión, uso de sustancias, tendencias suicidas, estilo de vida y funcionamiento familiar. De 3,083 trabajadores de la salud que completaron la encuesta (tasa de respuesta 51,4 por ciento), el trastorno de ansiedad y de depresión fue más alto entre aquellos con responsabilidades COVID-19 de primera línea (trastorno de ansiedad 26,6 por ciento, depresión 23,8 por ciento). La prevalencia fue significativamente mayor entre aquellos con responsabilidades clínicas en comparación con aquellos con responsabilidades de apoyo (trastorno de ansiedad: 23,9 por ciento con responsabilidades clínicas frente a 15,5 por ciento con responsabilidades de apoyo), (depresión: 20,0 por ciento con responsabilidades clínicas frente a 14,2 por ciento con responsabilidades de apoyo). En el análisis de regresión logística escalonada hacia atrás, los trabajadores sanitarios con trastorno de ansiedad tenían más probabilidades de ser médicos enfermeras asistentes de hospital, mayores, mujeres, solteros, sin una actividad de ocio, reportar un aumento en el consumo de alcohol y pensamientos suicidas después del inicio de la pandemia, y tener antecedentes de haber recibido intervenciones de salud mental. Los participantes con depresión, además, tenían angustia familiar y casi nunca hacían ejercicio. Para concluir, los problemas de salud mental son comunes entre los trabajadores sanitarios de la India. Las intervenciones deben garantizar que los trabajadores sanitarios estén protegidos de las consecuencias para la salud mental de trabajar en entornos de tratamiento de COVID-19.⁸

Samaniego A, Urzúa A, Buenahora M, Vera Villarroel P. En Paraguay, 2020. El objetivo de esta investigación fue determinar prevalencias de depresión, ansiedad, insomnio, distrés y fatiga por compasión, así como factores relacionados a la presencia de sintomatología asociada a estos trastornos en profesionales de los equipos de salud. Para esto, se encuestó en formato virtual

a 126 profesionales sanitarios del Paraguay, de los cuales el 83 por ciento son mujeres, con una edad promedio en la muestra total de 32 años. Se aplicaron los cuestionarios PHQ-9 (cuestionario de salud del paciente para depresión), GAD-7 (escala para trastorno de ansiedad generalizada), ISI-7 (índice de gravedad para insomnio), IES (escala de impacto del evento estresante) para distrés y el módulo de fatiga por compasión del ProQOL-CSF-vIV (escala de calidad de vida profesional por sus siglas en inglés ProQOL-CSF-vIV). Se encontró que los porcentajes de participantes que reportaron síntomas clasificables como moderados y severos fueron de un 32.2 por ciento para depresión, 41.3 por ciento en ansiedad, 27.8 por ciento en insomnio, 38.9 por ciento en distrés y un 64.3 por ciento en fatiga por compasión. Adicionalmente las mujeres y los de menor edad presentaron un riesgo mayor de presentar síntomas. Los datos aportan evidencia a la necesidad de establecer estrategias de prevención o intervención para abordar los problemas de salud mental en los profesionales de la salud.⁹

Liang Y, Wu K, Zhou Y, Huang X, Zhou Y, Liu Z. Realizaron un estudio en china en el 2020 cuyo objetivo fue evaluar los síntomas psicológicos en los trabajadores médicos de primera línea durante la epidemia de COVID-19 y realizar una comparación con la población general. Se realizó una encuesta del 14 de febrero de 2020 al 29 de marzo de 2020. Participaron un total de 899 trabajadores médicos de primera línea y 1104 encuestados de la población general. La depresión, la ansiedad, el insomnio y la resiliencia se evaluaron mediante el Cuestionario de salud del paciente (PHQ-9), la Escala de trastorno de ansiedad generalizada (GAD-7), el Índice de gravedad del insomnio (ISI) y la Escala de resiliencia de Connor-Davidson abreviada (CD-RISC- 10), respectivamente. En general, el 30.43 por ciento, 20.29 por ciento y 14.49 por ciento de los trabajadores médicos de primera línea en la provincia de Hubei y el 23.13 por ciento, 13.14 por ciento y 10.64 por ciento de los trabajadores médicos de primera línea en otras regiones informaron síntomas de depresión, ansiedad e insomnio, respectivamente. Además, el 23.33 por ciento, 16.67 por ciento y 6.67 por ciento de la población general en la provincia de Hubei y el 18.25 por ciento,

9.22 por ciento y 7.17 por ciento de la población general en otras regiones informaron síntomas de depresión, ansiedad e insomnio, respectivamente. La resistencia del personal médico de primera línea fuera de la provincia de Hubei fue mayor que la de la población en general fuera de la provincia de Hubei.¹⁰

Obando Zegarra, R; Arévalo-Ipanaqué, JM; Aliaga Sánchez, R A; Obando Zegarra. Desarrollaron un estudio en las ciudades de Lima y Callao en Perú, en el 2020 fundamentando su objetivo en determinar el grado de ansiedad, estrés y depresión que presentan los enfermeros que atienden a los pacientes con sospecha de Covid-19. La metodología de este estudio fue de tipo descriptivo transversal, con muestra no probabilística por cuotas de 126 profesionales de enfermería del servicio de emergencia de dos hospitales públicos de nivel III de Lima y Callao, en Perú. Los datos fueron recopilados utilizando la escala DASS-21 (escala de ansiedad y estrés) por sus siglas en inglés, vía virtual. Resultados: El 39.1 por ciento de los enfermeros presentaron ansiedad, 24.6 por ciento, depresión y 8,8 por ciento, estrés. El sexo femenino está asociado a las 3 condiciones estudiadas. Otras características asociadas a alguna condición son edad, años de servicio y ubicación del hospital. Conclusión: Los enfermeros que atienden a los pacientes sospechosos por Covid-19 en los servicios de emergencia, presentan mayor ansiedad que depresión. En pocos casos presentaron estrés.¹¹

Ríos D, Cabrera N, Garza H, Hernández H. Realizaron un estudio en México en el 2020. Cuyo objetivo fue evaluar la presencia de síntomas que afectan la salud mental del médico residente de Anestesiología del Hospital Universitario Dr. José Eleuterio González durante la pandemia SARS-CoV-2 (Covid-19). Material y métodos: Se realizó un estudio de tipo observacional, transversal, descriptivo y prospectivo en residentes en formación de la especialidad en Anestesiología en el Hospital Universitario Dr. José Eleuterio González, durante el periodo de septiembre a diciembre de 2020. Se incluyeron médicos residentes del Servicio de Anestesiología de cualquier año que autorizan participar en el estudio. Se aplicó encuesta, totalmente voluntaria y anónima, previamente autorización de consentimiento informado verbal el cual se otorgará por el sujeto de

investigación, se aplicaron 9 preguntas de opción múltiples correspondiente a datos sociodemográficos y factores de riesgo y 38 preguntas de opción múltiple correspondientes a 4 instrumentos psicométricos que evaluarán la presencia de ansiedad utilizando la Escala para el Trastorno de Ansiedad Generalizada (Generalized Anxiety Disorder 7-item scale), depresión utilizando la escala de depresión PHQ-9 (cuestionario de la salud del paciente) estrés utilizando la Escala de estrés percibido (PSS-14), e insomnio utilizando la escala atenas de Insomnio (EAI). Se realizó esta encuesta de manera electrónica utilizando formulario realizado en plataforma de Google Forms. Resultados: se incluyó un total de 42 residentes del programa de especialidad de Anestesiología de nuestra institución, con una mediana de 28.8 años, 61.9 por ciento hombres y 38.1 por ciento mujeres. Identificamos que la prevalencia de algún grado de severidad de trastorno de ansiedad generalizada en nuestros residentes fue 66.7 por ciento y encontramos que 61.9 por ciento de los residentes presentaban algún grado de depresión, la mayoría con depresión leve sospechada (42.9 por ciento). Además, el 73.8 por ciento de los residentes manifiestan sentir estrés de vez en cuando o a menudo y 57.1 por ciento de los residentes fueron identificados con problemas de insomnio. El personal que tuvo aislamiento en algún momento de la pandemia tuvo mayor riesgo de presentar depresión estrés que aquellos que no habían sido aislados. Conclusiones: La prevalencia de sintomatología psicológica en residentes de anestesiología fue similar o mayor que lo reportado en la literatura y aquellos residentes que han sido aislados en algún momento de la pandemia tuvieron mayor riesgo de depresión y estrés, por lo que se deben implementar estrategias adecuadas para el manejo de la salud mental en los residentes de Anestesiología de nuestro centro.¹²

Díaz F, Carlos J, Llumipanta J, Ramón A. Realizaron un estudio de investigación en Quito, Ecuador en el 2020 con el propósito de evaluar los niveles de depresión y ansiedad ante el COVID-19 del personal de cajas de un hospital privado de Quito-Ecuador, el estudio que se realizó fue de tipo exploratorio y descriptivo, la población estudiada fueron 12 cajeros, 2 hombres y 10 mujeres. Para el desarrollo del estudio se utilizó una encuesta sociodemográfica y laboral,

el Test de Goldberg(EADG) y se complementa con la escala sintomática de estrés SEPPO ARO. Los resultados que se obtuvieron de esta investigación nos muestran que 10 de los 12 trabajadores presentaron afecciones de estrés y 11 de los 12 trabajadores presentaron posible depresión y ansiedad. Se propuso un plan de acción para mejorar la salud mental con el propósito de atender de manera inmediata las condiciones inadecuadas que perjudican al trabajador. ¹³

Ning X, Yu, F, Huang, Q Li x, Yuo L, Huang Q, Chen C. Realizaron un estudio en la provincia de Hunan, China en el 2020, El objetivo del estudio fue identificar la prevalencia y los factores que influyen en la ansiedad y la depresión en los trabajadores de la salud durante la etapa inicial del brote de la enfermedad del coronavirus 2019. Se realizó un estudio transversal en línea entre médicos y enfermeras del área de neurología a principios de febrero de 2020 en la provincia de Hunan. Los síntomas de ansiedad y depresión se evaluaron mediante la versión china de la escala de ansiedad de autoevaluación (SAS) (definida con una puntuación total ≥ 50) y la escala de depresión de autoevaluación (SDS) (definida como una puntuación total ≥ 53). Se compararon las prevalencias de ansiedad y depresión probables entre diferentes grupos, y se utilizó un análisis de regresión logística multivariante para comprender los factores independientes que influyen en la ansiedad y la depresión. neurológica en la provincia de Hunan, China, durante la etapa inicial del brote de la enfermedad del coronavirus 2019 (COVID-19).

La prevalencia de probable ansiedad y depresión en enfermeras de neurología 20.3 y 30.2 por ciento, respectivamente fue mayor que en los médicos los cuales obtuvieron 12,6 y 20,2 por ciento, respectivamente. Las trabajadoras sanitarias (18,4 por ciento) tenían una mayor proporción de ansiedad que los hombres (10,8 por ciento). La ansiedad y la depresión fueron más prevalentes entre las enfermeras, los trabajadores más jóvenes (≤ 40 años) y el personal médico con títulos junior. El análisis de regresión logística mostró que la escasez de equipo de protección se asoció independientemente con la ansiedad, mientras que la edad temprana fue un factor de riesgo para la depresión entre los trabajadores de la salud neurológica. En conclusión, la ansiedad y la depresión fueron más

frecuentes entre las enfermeras del área de neurología en comparación con los médicos de la provincia de Hunan. La escasez de equipos de protección provocó una probable ansiedad y en la juventud provocó una probable depresión en los trabajadores de la salud de los departamentos de neurología, lo que mereció atención durante la batalla contra el COVID-19.¹⁴

Nacionales: Tras una búsqueda extenuante de estudios realizados con relación a la pandemia por COVID-19 en nuestro país (República Dominicana), nos percatamos que son escasos los estudios y en este tema en especial no existen.

I.1.2. Justificación

Desde que la OMS (Organización Mundial de la salud) en el 2020 declaró la pandemia por COVID-19 hasta la actualidad, la salud mental de los trabajadores de salud se ha visto afectada muy notoriamente. El personal que trabaja en primera línea es el más expuesto y trabajan con importantes factores de riesgo como el exceso de trabajo, la falta de equipo de protección personal, la escasez de medicamentos específicos y la poca información científica terapéutica relacionada con el COVID-19, lo que puede aumentar la carga mental de los trabajadores sanitarios.

Uno de los diagnósticos más frecuentes que va a generar esta pandemia en los trabajadores de la salud, es el trastorno adaptativo como consecuencia de los eventos que se presentan en el diario vivir de estos trabajadores, desencadenando síntomas que pueden tener un efecto negativo en sus vidas y por tanto en la de los pacientes. De acuerdo con esto es relevante profundizar el estudio de esta patología, analizar las entidades que traen como consecuencia un trastorno adaptativo y los factores individuales, protectores y de riesgo que intervienen para que se genere este trastorno en la diversidad del recurso humano en salud, de manera que se puedan generar acciones desde los tomadores de decisión que repercutan de manera positiva en la salud mental de los mismos.

II. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Los trastornos adaptativos, es lo que puede ocurrir cuando no logran desarrollar la adaptación necesaria a su nuevo estilo de vida y trabajo, lo que conlleva a un deterioro significativo de las actividades del sujeto, como primer indicador, la ansiedad, depresión, el estrés y desórdenes afectivos, conllevando a repercusiones en su salud mental y desempeño laboral.

Durante la pandemia por COVID-19 específicamente los trabajadores de la salud han tenido que enfrentarse a jornadas laborales extenuantes. Adicionalmente, han tenido que afrontar situaciones estresantes, tales como, alta presión asistencial y posible colapso del sistema de salud.¹⁶

Las reacciones emocionales pueden tener una intensidad leve o excesiva y pueden hacer que las personas logren desarrollar medidas de afrontamiento asertivas con el fin de adaptarse a ese nuevo entorno, en este caso a una pandemia causada por el virus COVID-19 o por el contrario, genera trastornos adaptativos (conductas desadaptativas a nivel emocional, conductual o cognitivo) que solo limitan el funcionamiento de quien las presenta y, en muchas ocasiones, no le permite una adecuada toma de decisiones.²

¿Cuáles son los trastornos adaptativos asociados al impacto del COVID-19 en el desempeño profesional de los trabajadores de la salud en las áreas de COVID-19 del Hospital General Regional Doctor Marcelino Vélez Santana septiembre, 2021 – febrero, 2022?

III. OBJETIVOS

III.1. General

1. Determinar los trastornos adaptativos asociados al impacto del COVID-19 en el desempeño profesional de los trabajadores de la salud en las áreas de COVID-19 del Hospital General Regional Doctor Marcelino Vélez Santana septiembre, 2021 – febrero, 2022.

III.2. Específicos:

Determinar los trastornos adaptativos asociados al impacto del COVID-19 en el desempeño profesional de los trabajadores de la salud en las áreas de COVID-19 del Hospital General Regional Doctor Marcelino Vélez Santana septiembre, 2021 – febrero, 2022, según:

1. COVID-19
2. Trastornos adaptativos
3. Tipo de trastorno adaptativo
4. Edad
5. Sexo
6. Estado civil
7. Procedencia
8. Trabajador sanitario
9. Área de labor
10. Limitación en el desempeño de su función

IV. MARCO TEÓRICO

IV.1. Trastornos adaptativos

IV.1.1. Historia:

En el primer manual del DSM (Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, 1952) los trastornos adaptativos se incluyeron dentro del grupo de los transitorios situacionales de la personalidad, describiéndolos como una respuesta aguda a un estresor ambiental abrumador que se resolvía una vez desaparecido el desencadenante. El concepto actual de trastorno adaptativo surgió en el DSM III 1980 (DSM (Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales tercera edición) como una respuesta desadaptada a estresores cotidianos, diferenciando los distintos subtipos que se han mantenido sin modificar en los siguientes manuales hasta el actual DSM 5 que, aunque no se refiere a ellos como subtipos, si precisa la necesidad de especificar según la sintomatología. En esta última versión han dejado de ser un trastorno aislado y se han incluido dentro de los trastornos relacionados con el estrés y con los traumas.¹⁷

En la clasificación estadística internacional de enfermedades y de problemas relacionados con la salud, es en la versión 10 cuando se adopta el término de trastorno adaptativo, previamente habían sido definidas como reacciones de adaptación y siempre dentro de los trastornos relacionados con los traumas, desde el inicio han generado controversia porque para muchos autores suponen medicar situaciones de la vida cotidiana mientras que para otros, la existencia de unos criterios demasiados estrictos hace desviar el diagnóstico hacia otras categorías.¹⁷

También la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE) incorpora el término «reacción adaptativa» desde su novena revisión en 1978 (organización mundial de la salud, 1978). En el DSM-5 (manual diagnóstico y estadísticos de los trastornos mentales quinta edición) se han clasificado los TA (trastornos adaptativos) dentro de los trastornos relacionados con el trauma y el estrés. Dicha clasificación mantiene los seis subtipos de la DSM-IV-TR (manual diagnóstico y estadísticos de los trastornos mentales quinta edición) en función

de los síntomas que predominan (con estado de ánimo depresivo, con ansiedad, mixto con ansiedad y con estado de ánimo depresivo, con trastorno del comportamiento, con alteración mixta de las emociones y del comportamiento y no especificado). A pesar de esta larga historia, los criterios diagnósticos continúan siendo vagos y poco aplicables en la práctica clínica.¹⁸

En 1998 Ricardo González Menéndez clasifica a los trastornos de adaptación como: una afección funcional de nivel neurótico, provocada por contingencias que no tienen la trascendencia de las valoradas en las reacciones a estrés agudo o trastornos de estrés postraumático, pues se trata de cambios biográficos significativos o eventos vitales no catastróficos, pero dichos factores precipitantes se vinculan estrechamente con las manifestaciones psicopatológicas²²

Se relaciona con un trastorno adaptativo a las reacciones emocionales, como la ansiedad, la ira, la agresión, y la presencia de desequilibrios psicofisiológicos; indicando además la capacidad del individuo para realizar las actividades normales de la vida diaria que se ve alterada. (Mignone E, 2008).²³

Coronavirus

Los coronavirus fueron descritos por primera vez en 1966 por Tyrell y Bynoe, quienes cultivaron los virus de pacientes con resfriados comunes.

Desde la alerta epidemiológica sobre el nuevo coronavirus (2019-nCoV, SARS-CoV-2 o COVID-19) publicada el 16 de enero de 2020, hasta la actualidad, 180 países de casi todos los continentes excepto la Antártida, han reportado a la Organización Mundial de la Salud (OMS) casos confirmados de la hoy conocida pandemia como COVID-19. El brote comenzó con un caso de neumonía de etiología desconocida cuyo epicentro fue el mercado de animales salvajes donde se comercializan diferentes especies animales como murciélagos, serpientes, erizos, ratas, perros y gatos, entre otros. La mayor parte de los trabajadores, desarrollaron neumonía con graves complicaciones respiratorias de evolución rápida y disfunción renal, conduciendo gradualmente a la muerte. El 7 de enero de 2020 fue identificado el nuevo tipo de coronavirus, designado como 2019-nCoV por el Centro para el Control y Prevención de Enfermedades (CDC, por sus

siglas en inglés). La OMS la declaró como una emergencia sanitaria internacional y le denominó enfermedad por coronavirus 2019 o COVID-19, antes, la forma de referirse a esta enfermedad era «nuevo coronavirus 2019» o 2019-nCoV, poco después, el Grupo de Estudio de Coronavirus le asignó al virus el nombre de SARS-CoV-2 ¹⁹

IV.1.2. Definición

Los trastornos adaptativos (TA) son reacciones desadaptativas ante estresantes psicosociales identificables que ocurren en un corto espacio de tiempo desde el inicio del factor de estrés. Se manifiestan por deterioro funcional (social u ocupacional) o por síntomas como depresión o ansiedad que son reacciones que resultan excesivas para lo esperado como normal ante dicho estresante.¹⁸

A lo largo de nuestra vida, las personas se tienen que enfrentar a diferentes situaciones que resultan estresantes y difíciles, la mayoría de la sociedad, las afronta de una forma más o menos satisfactoria. Sin embargo, en algunos casos el afrontamiento no se produce de forma adecuada, generando un importante malestar y/o una interferencia notable en las actividades sociales y laborales del individuo. Esta reacción desadaptada, más intensa y prolongada de lo esperable, es la base de los denominados Trastornos Adaptativos (TA). ²⁰

Los trastornos adaptativos se definen en el dsm-v (manual de diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales quinta edición) como el desarrollo de sintomatología emocional o comportamental en respuesta a un factor o factores de estrés claramente identificables (criterio A). Esta sintomatología debe producirse en los tres meses siguientes al inicio del factor o factores estresantes (criterio A) y debe cesar dentro de los seis meses siguientes a la desaparición del evento estresante (criterio E). Así mismo, esta sintomatología resulta clínicamente significativa, bien provocando un 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), bien provocando un deterioro significativo en el

ámbito social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento (criterio B). Solo se establecerá este diagnóstico si la persona no cumple los criterios exigidos para otros trastornos y siempre que no sea una exacerbación de otro trastorno mental persistente (criterio C). Además, los síntomas no deben representar al duelo normal (criterio D). Una vez se diagnostica este trastorno, se requiere especificar el subtipo en función de los síntomas que predominan, pudiendo ser: con estado de ánimo deprimido, con ansiedad, con ansiedad y estado de ánimo deprimido (mixto), con alteración de la conducta, con alteración mixta de las emociones o la conducta o sin especificar.²¹ (escogiendo los tres primeros que son los investigados en este estudio).

En 1989 Clark y Beck explican que acorde con el modelo cognitivo, el sistema de procesamiento de la información conduce a la aparición de los síntomas afectivos, conductuales, motivacionales y fisiológicos de la ansiedad y la depresión. Sin embargo, el modelo cognitivo no afirma que el sesgo en el procesamiento de la información sea la única causa de la psicopatología: las variables genéticas, del desarrollo, hormonales, físicas y fisiológicas pueden también estar involucradas en los desórdenes de la ansiedad y la depresión. Dado a ello el TA (trastorno adaptativo), muestra rasgos de ansiedad y depresión que podría catalogarse con agregado en el diagnóstico como Mixto. La identificación de pensamientos o ideas, algunas estrategias tomadas como compensatorias utilizadas por el paciente, como también creencias centrales serán fundamentales para entender su visión del mundo, de sí mismo y del futuro.²²

Autores que trataron con el estrés proponen la existencia del síndrome general de adaptación, que es una reacción de alarma del organismo a la evidencia de que sus cinco recursos no son suficientes para satisfacer las demandas del entorno. La clasificación de estrés puede diferenciar entre los estresores físicos (condiciones que afectan el cuerpo como los cambios de temperatura), psicológico (reacción interna de los individuos, la preocupación por las amenazas percibidas) y psicosocial (de las relaciones sociales se pueden tomar el aislamiento o exceso de contacto).²³

Por su parte la clasificación internacional de enfermedades y otros problemas de salud (CIE-10) determina que se trata de estados de malestar subjetivo acompañados de trastornos emocionales que suelen interferir con la actividad social y que aparecen en el período de adaptación cambio significativo biográfico o una vida estresante por evento. El factor estrés puede afectar la integridad de la red social de la persona (experiencias de dolor, la separación) o del sistema más amplio en apoyos sociales y valores (la migración, la condición de refugiado). El agente estresante puede afectar al individuo, al grupo al que pertenece o a la comunidad.²³

Podríamos describir el trastorno adaptativo como la respuesta del cerebro en forma de señales de alarma ante una situación de crisis no psiquiátrica, contextual, en la cual es complicada su resolución espontánea al desbordarse la capacidad de adaptación, siendo fenomenológicamente comprensible el sufrimiento presentado por la persona al haber una congruencia entre la interacción persona-problema y las quejas consecuencia de esa interacción.⁴¹

Capacidad de adaptación: Toda persona tiene una profusión de habilidades, muchas veces desconocidas para sí misma y/o para su entorno, que le permiten sobreponerse a cambios en su ambiente. Sin embargo, ni todas las personas tienen las mismas habilidades ni todas las personas tienen la misma capacidad de adaptación. Cuantas más habilidades adaptativas tiene una persona, mayor será su capacidad para afrontar cambios sin presentar o apenas presentando señales de inadaptación. Es probable que toda persona tenga su «kryptonita» (debilidades), y así, todos nos podemos llegar a encontrar en un momento dado con una situación aguda o crónica que desborda nuestra capacidad de sobreponernos a las adversidades y que eso provoque la aparición de señales de alarma. El ejemplo más claro es el duelo, proceso en el cual ante la misma muerte distintas personas dentro de una familia vivencian de diferente manera la pérdida acaecida en su seno. Factores que influyen en la distinta manifestación del duelo son el vínculo, la dimensión dependencia-independencia en la relación entre la persona fallecida y la persona superviviente y las expectativas con respecto al cambio, entre otros muchos.⁴¹

Trastorno: Según el DSM-IV-TR (manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales), los trastornos son una clasificación categorial no excluyente, basada en criterios con rasgos definitorios. Admiten que no existe una definición que especifique adecuadamente los límites del concepto, y que se carece de una definición operacional consistente que englobe todas las posibilidades. Un trastorno es un patrón comportamental o psicológico de significación clínica que, cualquiera que sea su causa, es una manifestación individual de una disfunción comportamental, psicológica o biológica.²⁶

Estrés: El primer autor en abordar el estrés fue Hans Selye, quien planteó la existencia del síndrome de adaptación general el cual constituye una reacción de alarma del organismo ante la evidencia de que sus recursos no son suficientes para enfrentar las demandas del ambiente. Clasificando el estrés se puede diferenciar entre estresores físicos (condiciones que afectan al organismo como los cambios de temperatura), psicológicos (reacción interna de los individuos, preocupaciones acerca de amenazas percibidas) y psicosociales (provenientes de las relaciones sociales puede darse por aislamiento o por contacto excesivo).²²

En el estrés es necesario un factor estresor, en cambio en la ansiedad no es así. Puesto que el estado ansioso puede formar parte del estrés integrando la respuesta fisiológica de defensa ante una amenaza o como producto del análisis que hace una persona ante una situación específica. El estrés no necesariamente se acompaña de ansiedad: por ejemplo, si alguien entra a una competencia de maratón, tendrá una gran demanda que provoca estrés, pero se acompañará de alegría, ansiedad o enojo de acuerdo a la expectativa de ganar o perder la competencia. (Tica, 2009) ²⁶

Lazarus y Folkman, citados por Sandín, destacan dentro de la línea de investigación que se basa en sucesos menores, donde definieron estrés como un conjunto de relaciones particulares entre la persona y la situación, siendo ésta valorada por la persona como algo que agrava o excede sus propios recursos y que pone en peligro su bienestar. Esto quiere decir, que el estrés es producto de situaciones donde la persona considera que sus capacidades son sobrepasadas

y con ello ve amenazada su tranquilidad. Richard Lazarus, lo define como el resultado de la relación entre individuo y el entorno, evaluado por aquel como amenazante, que desborda sus recursos y pone en peligro su bienestar.²⁷

Por otro lado, la Organización Mundial de la Salud (OMS) determina que estrés es un conjunto de reacciones fisiológicas que preparan el organismo para la acción.²⁷

Ansiedad se deriva del latín «*anxietas*», que significa "estado de agitación, inquietud que incluye significados como Angostura, dificultad, aflicción, congoja, temor opresivo sin causa precisa, estrechez del lugar o del tiempo; actualmente y específicamente con la edición de la clasificación CIE-10 (clasificación internacional de enfermedades) ansiedad y angustia se consideran sinónimos; en el campo de la psiquiatría ha sido motivo de controversia y confusión los términos ansiedad y angustia, estrés y ansiedad, ansiedad y miedo y la utilización en psicopatología del vocablo ansiedad como sentimiento, síntoma, síndrome y enfermedad.²⁶

En psiquiatría la ansiedad es un fenómeno central alrededor del cual se define como un estado emocional desagradable en las que hay sensación subjetiva de un peligro, malestar, tensión o aprehensión, acompañado de una descarga neurovegetativa y cuya causa no está claramente reconocida para la persona. En el miedo existe similar respuesta fisiológica que la ansiedad, pero se diferencia en que hay una causa, un peligro real, consciente, externo, que está presente o que amenaza con materializarse.²⁶

En su uso cotidiano el término ansiedad puede significar un ánimo transitorio de tensión (sentimiento), un reflejo de la toma de conciencia de un peligro (miedo), un deseo intenso (anhelo), una respuesta fisiológica ante una demanda (estrés) y un estado de sufrimiento mórbido (trastorno de ansiedad)²⁶

Depresión: Este término ha sido empleado para designar, tanto un estado afectivo normal (tristeza) como un síntoma, síndrome y una o varias enfermedades. Está presenta alteraciones de humor depresivo, sensación de tristeza, auto desvalorización, sentimientos de culpa, irritabilidad, falta de la capacidad de sentir placer en la mayor parte de las actividades, apatía, fatiga o

sensación de pérdida de energía y alteraciones cognitivas con disminución de la capacidad de pensar, concentrarse o tomar decisiones.

Los síntomas incluyen alteraciones psicomotoras y vegetativas cuyas reacciones fisiológicas tienden a aparecer en las siguientes formas: alteración del sueño, vértigos, mareos, náuseas, desorden del apetito, reducción del interés sexual, agitación, palpitaciones, inestabilidad, malestar, sudoración, temblores y parestesias.²⁸

Los signos psicológicos como: inseguridad, miedos, fobias, sensación de despersonalización e irrealidad, conductas o hábitos nerviosos, falta de concentración, dificultades para memorizar, impaciencia e impulsividad.

Cuando se estimula la rama simpática del SNA (sistema nervioso autónomo) se mantiene durante más tiempo del que debería estar accionado y por alguna razón no se desactiva, permanecen algunos síntomas físicos, que son normales cuando persisten poco tiempo, pero se tornan muy desagradables cuando están presentes durante mucho tiempo o tienen una intensidad elevada. Los mecanismos empleados por las personas no siempre son eficientes para el enfrentamiento de esas situaciones y el trabajador puede presentar algunas alteraciones del humor, el cual se puede manifestar como depresión o irritabilidad.²⁸

Profesionales de la salud o nombre alternativo proveedores de atención médica involucrados en la atención primaria, los cuidados de enfermería y la atención especializada. Médicos; Personal de enfermería (enfermeros, enfermeras); proveedores de servicios de salud es la persona que lo atenderá primero cuando acuda a hacerse chequeos y examinarse por problemas de salud. Puede ayudarlo con su salud en general.³⁰

IV.1.3. Etiología

Por definición, un trastorno de adaptación se desencadena a causa de uno o más factores estresantes. La intensidad de este o estos no siempre determina la gravedad del trastorno; la potencia de un factor estresante constituye una función compleja en la que intervienen su intensidad, cantidad, duración, reversibilidad, el

entorno y el contexto personal. Por ejemplo, la pérdida de un progenitor tiene un efecto distinto sobre un niño de 10 años que sobre un adulto de 40 años. La organización de la personalidad y las normas y valores culturales o grupales también contribuyen a provocar respuestas diferenciadas ante los distintos factores estresantes.¹

Estos factores pueden ser únicos, como un divorcio o la pérdida del trabajo, o múltiples, como la muerte de una persona importante para el paciente que coincide en el momento en que está enfermo y pierde su empleo. Los factores de estrés pueden ser recurrentes, como las dificultades de una empresa en determinadas épocas del año, o continuos, como una enfermedad crónica o la pobreza. Una relación conflictiva en el seno de la familia puede originar un trastorno de adaptación que afecte a todo el grupo familiar o que se limite a un único miembro, que quizás haya sido víctima de un delito o sufra una enfermedad física. A veces, los trastornos de adaptación se producen en un entorno grupal o comunitario, y los factores estresantes afectan a varias personas, como ocurre en el caso de un desastre natural o de una persecución racial, social o religiosa. Los trastornos de adaptación a menudo se asocian a etapas concretas del desarrollo, como la escolarización, la emancipación, el matrimonio, la paternidad, la falta de consecución de los objetivos profesionales, el abandono del hogar paterno del último hijo y la jubilación.¹

Factores psicodinámicos Para comprender los trastornos adaptativos resulta fundamental entender tres factores: la naturaleza del factor estresante, sus significados conscientes e inconscientes, y la vulnerabilidad previa del paciente. La coincidencia de un trastorno de la personalidad o una alteración orgánica puede hacer que un individuo sea vulnerable a los trastornos adaptativos. La pérdida de un progenitor durante la infancia o la crianza en el seno de una familia disfuncional también se asocian a vulnerabilidad. El respaldo, objetivo o subjetivo, que se reciba de las relaciones más importantes para la persona puede modificar las respuestas conductuales y emocionales ante los factores estresantes. Varios investigadores psicoanalíticos han señalado que un mismo factor de estrés puede producir respuestas diferentes en distintas personas.

Durante su vida, Sigmund Freud trató de comprender por qué el estrés de la vida cotidiana hace enfermar a algunas personas y no a otras, por qué una enfermedad adopta una forma particular, y por qué determinadas experiencias predisponen al individuo a padecer un trastorno psicopatológico y a otros no. Otorgó mucha importancia a los factores constitucionales e interpretó que interactúan con las experiencias vitales de la persona para producir una fijación. La investigación psicoanalítica ha insistido en el papel de la madre y del entorno de crianza o desarrollo en la posterior capacidad del individuo para responder al estrés. De particular importancia fue el concepto de Donald Winnicott de la madre suficientemente buena, una persona que se adapta a las necesidades del lactante y ofrece un apoyo suficiente para que este sea capaz de tolerar las frustraciones que depara la vida. Los clínicos deben llevar a cabo una investigación detallada sobre la experiencia personal del individuo con el factor estresante. Hay pacientes que suelen atribuir toda la culpa a un suceso concreto, cuando es posible que otro hecho menos evidente haya tenido un significado psicológico más importante para ellos. Los sucesos actuales pueden despertar antiguos traumas o frustraciones de la infancia, de modo que hay que estimular a los pacientes a que piensen de qué manera se relaciona la situación actual con sucesos pasados similares. Durante las primeras etapas del desarrollo, cada niño elabora un conjunto propio de mecanismos de defensa para hacer frente a los sucesos estresantes. Los recursos defensivos de algunos niños son más inmaduros que los de otros, debido a que han sufrido muchos traumas o a que su vulnerabilidad constitucional es mayor. Al hacerse adultos, esta desventaja puede provocar que reaccionen con una importante alteración de su funcionamiento al enfrentarse a una pérdida, un divorcio o un revés económico; en cambio, quienes han elaborado mecanismos de defensa maduros son menos vulnerables a los factores estresantes y se recuperan antes. La capacidad para sobreponerse a las situaciones adversas (resiliencia) también viene determinada de forma decisiva por la naturaleza de las primeras relaciones del niño con sus padres. Los estudios sobre traumas indican de forma consistente que las relaciones de apoyo y aliento evitan que los incidentes traumáticos ocasionen daños psicológicos.

permanentes. Los médicos psicodinámicos deben tener en cuenta la relación entre el factor estresante y el ciclo vital del desarrollo humano. Cuando los adolescentes dejan su hogar para iniciar los estudios universitarios, por ejemplo, el peligro de que reaccionen con un cuadro sintomático pasajero, relacionado con la etapa del desarrollo por la que pasan, es muy elevado. Del mismo modo, si el adolescente que se va es el último hijo que queda en el hogar, los padres se vuelven particularmente vulnerables a padecer un trastorno de adaptación reactivo. Asimismo, las personas de mediana edad, que se enfrentan a la idea de su propia mortalidad, pueden resultar especialmente sensibles a los efectos de una pérdida o un fallecimiento.¹

Factores familiares y genéticos, algunos estudios sugieren que hay personas que muestran un mayor riesgo tanto para la presentación de sucesos vitales adversos como para la aparición de un trastorno cuando tienen lugar. Los resultados de un estudio con más de 2,000 parejas de gemelos indican que los sucesos vitales y los factores estresantes se correlaciona de forma moderada en los gemelos; la concordancia en las parejas monocigóticas resulta mayor que en las dicigóticas. En este estudio, los factores genéticos y el entorno familiar explicaban aproximadamente, cada uno de ellos, un 20% de la variación observada. Otro estudio de gemelos que investigó las contribuciones de la genética a la aparición de síntomas de un TEPT (no necesariamente al nivel del trastorno completo y, por tanto, aplicable a los trastornos de adaptación), concluyó también que la probabilidad de sufrir síntomas en respuesta a sucesos traumáticos de la vida se encuentra, en parte, bajo control genético.¹

La importancia etiológica de los factores de estrés no siempre es fácil de determinar. En cada caso la reacción del individuo dependerá en buena medida de factores personales. El estrés mismo no es un factor ni necesario ni suficiente para determinar el cuadro clínico. Sin embargo, hay ocasiones en que la sintomatología depende de manera evidente y primaria de las condiciones del estrés. En ese caso estamos autorizados a hablar de reacciones al estrés o trastornos adaptativos.¹

Según estudios anteriores En relación a los motivos por los cuales los pacientes llegan a consulta clínica, Stalin *et al.* (1998), encontraron en mayor medida problemas de ansiedad/miedo, problemas de afrontamiento, depresión y problemas post parto, y con una frecuencia menor, problemas de alcohol, síndromes cerebrales orgánicos, historia de psicosis o necesidad de medicación psicotrópica.¹

Los trastornos adaptativos (TA) aparecen como reacción inadecuada a uno o varios factores estresantes de tipo psicosocial, pero los síntomas no necesariamente aparecen de inmediato. Pueden transcurrir hasta tres meses entre el factor estresante y la aparición de los síntomas. Puede aparecer a cualquier edad y la sintomatología varía considerablemente, los síntomas depresivos, de ansiedad y mixtos son más frecuentes en adultos, siendo los síntomas físicos más comunes en niños y ancianos. El estresante puede ser un acontecimiento simple o deberse a factores múltiples. Los estresantes son a veces recurrentes (por ejemplo, determinadas épocas del año asociadas a mayor estrés) o continuos (por ejemplo, enfermedad crónica) o a determinadas circunstancias vitales adversas. Para que una reacción pueda considerarse desadaptativo y por tanto un trastorno que necesite de intervención psicoterapéutica, la intensidad del malestar y duración deben ser superiores a lo esperable ante el estresante causal; y provocan un deterioro significativo de la actividad psicosocial y laboral.¹

El tercer glosario cubano de psiquiatría (GC-3) ubica los TA (trastornos adaptativos) debidos al efecto de uno o varios psicodramas importantes (no excepcionalmente intensos ni catastróficos), o de un cambio biográfico que constituye una espina irritativa mantenida. Excluye situaciones de estrés crónico no removible, como la falta de vivienda, por ejemplo.²²

La base de estos trastornos radica en el concepto de trauma como sobrecarga mental o psíquica, con un sentimiento total o parcial de desamparo unido a inhibiciones. En los TA (trastornos adaptativos) el agente causante de estrés está dentro de la experiencia humana normal, la respuesta es desproporcionadamente

intensa y la sobrecarga es sorprendente, pero la alteración es moderada y temporal (Kaplan, H. 1991).²²

La clasificación internacional de enfermedades (ICD-10), la décima revisión excluye factores estresantes de tipo inusual o catastrófica y se refiere a la predisposición individual. Toma nota de que el riesgo de ocurrencia y la forma de expresión de las manifestaciones de los trastornos adaptativos se determinan de manera importante por una predisposición individual o vulnerabilidad. Sin embargo, acepta que el trastorno no se habría producido en ausencia del factor estresante. En cambio, el DSM-IV (manual diagnóstico estadístico cuarta edición) permite hacer el diagnóstico en el caso de eventos estresantes de carácter extremo, siempre que no se cumplan los criterios diagnósticos de trastorno de estrés postraumático o trastorno de estrés agudo.²²

Causas de estresantes psicosociales

1. Etapas del ciclo vital familiar: Pubertad, Emancipación, Matrimonio, Maternidad, paternidad, Menopausia, Jubilación, Duelo, Separación/divorcio, Enfermedad accidentes.
2. Relaciones interpersonales: Conflictos con hijos, cónyuges, amigos vecinos, Agresiones.
3. Trabajo: Cambio de puesto laboral, Despido, Paro, Problemas de adaptación laboral/escolar.
4. Legal: Pleito, juicio, cárcel
5. Economía: Cambio de status.
6. Ambiental: Contaminantes físicos (ruido, luz, tóxicos).

IV.1.4. Clasificación

Aunque por definición, los trastornos de adaptativos siguen al factor estresante, sussíntomas no comienzan necesariamente de inmediato. Pueden pasar hasta 3 meses entre la acción del factor estresante y la aparición de los síntomas. Estos no siempre remiten en cuanto desaparece el factor de estrés; si este persiste, el

trastorno puede cronificarse. Este cuadro puede aparecer a cualquier edad, y los síntomas muestran una variabilidad considerable: los rasgos depresivos, ansiosos y mixtos son los más frecuentes entre los adultos, y los síntomas físicos son más comunes en niños y ancianos, aunque pueden observarse a cualquier edad. También puede manifestarse en forma de conducta agresiva y conducción temeraria, consumo excesivo de alcohol, incumplimiento de las obligaciones legales, retraimiento, signos vegetativos, insomnio y conducta suicida. Las presentaciones clínicas del trastorno de adaptación pueden variar notablemente.¹

Los trastornos adaptativos son codificados según el subtipo, que se selecciona de acuerdo con los síntomas predominantes.

- Con estado de ánimo depresivo: predomina el estado de ánimo bajo, las ganas de llorar o el sentimiento de desesperanza.²⁵ Debe diferenciarse del trastorno de depresión mayor y del duelo no complicado. Los adolescentes que sufren esta variedad del trastorno de adaptación presentan un riesgo. Más elevado de sufrir un trastorno de depresión mayor al inicio de su vida adulta.¹
- Con ansiedad: predomina el nerviosismo, la preocupación, la agitación o la ansiedad de separación.
- Con ansiedad mixta y estado de ánimo depresivo: En el trastorno de adaptación con ansiedad mixta y estado de ánimo deprimido, los pacientes presentan al mismo tiempo síntomas de ansiedad y depresión que no cumplen los criterios de un trastorno depresivo o de ansiedad establecido.¹

Un ejemplo de esto es el caso del adolescente que al mes de producirse la separación de sus padres reacciona con una mezcla de síntomas depresivos como llanto, tristeza, desinterés, retraimiento social, y con síntomas ansiosos como intranquilidad, irritabilidad o ira.¹

Trastornos adaptativos laborales la prevalencia de trastornos adaptativos en las primeras consultas ambulatorias de Salud Mental es muy elevada, siendo el trastorno adaptativo laboral el más frecuente o, al menos, el más fácilmente identificable por las personas que atendemos como agente causal de su sufrimiento. Si en esta sociedad son muy importantes los aspectos concernientes

a la familia, los amigos y el trabajo, es acerca de este último del que resulta más fácil hablar cuando surgen problemas para la persona en relación con el mismo. Para aquellos problemas concernientes a las relaciones con familia o amigos muchas veces hay que indagar con detenimiento porque permanecen ocultos bien por vergüenza o bien porque se considere la norma la existencia de una relacionopatía en los contextos más íntimos.⁴¹

IV.1.5. La fisiopatología

Todos experimentamos situaciones particularmente difíciles, vivimos conflictos y pérdidas que nos provocan sufrimiento. Sin embargo, hay situaciones que nos desbordan y provocan un gran malestar. En este caso se hace referencia a un trastorno adaptativo, que no es más que una respuesta sobredimensionada y desadaptativa a uno o varios factores estresantes del medio.¹

La fisiopatología de los TA (trastornos adaptativos) no está clara. Están causados por una alteración en el proceso de adaptación a una situación estresante. Hasta el momento hay poca investigación sobre los mecanismos que subyacen a estos trastornos y cómo difieren de otros trastornos relacionados con el estrés o con las respuestas normales a éste. Algunos trabajos sitúan al eje hipotálamo-hipofisario en la base de la respuesta al estrés, lo que podría ser un punto de partida para la investigación (Strain J, 2011). También se ha sugerido que el estrés agudo y crónico se diferencian psicológica y fisiológicamente y que el significado del estrés está influenciado por modificadores ecológicos (como por ejemplo sistemas de soporte o resiliencia) (Benton TD, 2009).¹⁸

El malestar subjetivo o el deterioro de la actividad asociada con los trastornos de adaptación se manifiesta con frecuencia con una disminución del rendimiento en el trabajo o la escuela y con cambios temporales en las relaciones sociales. En las personas que tienen una enfermedad médica, el trastorno de adaptación puede complicar el curso de la enfermedad, por ejemplo, una disminución del cumplimiento del régimen terapéutico recomendado, un aumento de la duración de la estancia hospitalaria.²⁵

Fisiológicamente la ansiedad es la activación de la rama simpática del sistema nervioso autónomo (SNA), ésta provoca una serie de cambios fisiológicos que están destinados a preparar al cuerpo para un mayor rendimiento físico o intelectual. Es un evento que nos sucede al día docenas de veces sin darnos cuenta. La respuesta normal es que el SNA (sistema nervioso autónomo) active y desactive esta rama de forma periódica, es decir la activa en un momento que requerimos mayor rendimiento (lo que se llama ansiedad facilitadora) y la desconecta cuando ya no la necesitamos. ²⁸

IV.1.6. La epidemiología

La prevalencia de estos trastornos en la población general se encuentra entre el 2 y el 8 por ciento. En las mujeres se diagnostican con una frecuencia dos veces mayor que en los varones, y por lo general se considera que las solteras constituyen la población más vulnerable. Ni en niños ni en adolescentes se observan diferencias entre sexos respecto a la incidencia de estos trastornos, que puede aparecer a cualquier edad, aunque se diagnostican con mayor frecuencia en la adolescencia. En esta etapa y para ambos sexos, los factores estresantes que suelen desencadenar su aparición son los problemas escolares, el rechazo y el divorcio de los padres, y el abuso de sustancias. Entre los adultos, los factores estresantes desencadenantes suelen ser los problemas conyugales, el divorcio, el cambio de entorno y los problemas económicos. El trastorno adaptativo es uno de los diagnósticos psiquiátricos más frecuentes en los pacientes ingresados por problemas médicos o quirúrgicos. Un estudio muestra que se diagnosticó un trastorno adaptativo en el 5 por ciento de los individuos hospitalizados durante un período de 3 años. Hasta el 50 por ciento de las personas con problemas médicos o factores estresantes específicos se les ha diagnosticado este trastorno. Asimismo, entre el 10 por ciento y el 30 por ciento de los pacientes psiquiátricos ambulatorios y hasta el 50 por ciento de los ingresados en hospitales generales para quienes se solicita una consulta psiquiátrica reciben el diagnóstico de trastorno adaptativo.¹

En relación a los motivos por los cuales los pacientes llegan a consulta clínica, se ha encontrado en mayor medida problemas de ansiedad y miedo, problemas de afrontamiento, depresión y problemas post parto, y con una frecuencia menor, problemas de alcohol, síndromes cerebrales orgánicos, historia de psicosis o necesidad de medicación psicotrópica.¹

Se ha señalado que los trastornos adaptativos son al menos tres veces más frecuentes que la depresión mayor en pacientes con una enfermedad física aguda (13,7 por ciento vs 5.1 por ciento) y pese a ser considerados como una categoría residual, se relacionan con una elevada incidencia de intentos de suicidio y de suicidios consumados (entre 25 por ciento-60 por ciento dependiendo de la edad). No obstante, el riesgo parece ser más bajo que en otro tipo de trastornos.¹⁷

Los estudios en la población general son escasos, pero están en aumento. En un estudio en Alemania la prevalencia hallada en la población general está entre 0,9 y 1,4 por ciento en función de los criterios diagnósticos utilizados (Maercker A, 2012). Tasas similares (entorno al 1 por ciento) se encontraron en un estudio multicéntrico en Europa (Ayuso-Mateos JL, 2001). En poblaciones con enfermedades médicas los estudios de prevalencia de estos trastornos son más frecuentes. Así en una revisión sistemática sobre la prevalencia de trastornos mentales en enfermedades médicas se encuentra que los TA (trastornos adaptativos) aparecen en un 15,4 por ciento de estos pacientes por encima de otros trastornos depresivos (Mitchell AJ, 2011). En un estudio realizado en Cataluña en pacientes atendidos en atención primaria la prevalencia de TA (trastornos adaptativos) fue de 2,94 por ciento (Fernández A, 2012). También son escasos los estudios de prevalencia de los subtipos. En este sentido hay dos estudios recientes relevantes. El estudio español mencionado antes se realizó en atención primaria (Fernández A, 2012) y que describe que el subtipo ansioso es el más común (1,34 por ciento), seguido del subtipo depresivo (0,77 por ciento) y posteriormente los otros subtipos. Otro estudio relevante fue realizado en pacientes ancianos (Arbus C, 2013) y también concluyó que el subtipo ansioso resultó ser el más común (77,7 por ciento).¹⁸

IV.1.7. Diagnóstico

Aunque, por definición, los trastornos de adaptación siguen al factor estresante, sus síntomas no comienzan necesariamente de inmediato. Pueden pasar hasta 3 meses entre la acción del factor estresante y la aparición de los síntomas. Estos no siempre remiten en cuanto desaparece el factor de estrés; si este persiste, el trastorno puede cronificarse. Este cuadro puede aparecer a cualquier edad, y los síntomas muestran una variabilidad considerable: los rasgos depresivos, ansiosos y mixtos son los más frecuentes entre los adultos, y los síntomas físicos son más comunes en niños y ancianos, aunque pueden observarse a cualquier edad. También puede manifestarse en forma de conducta agresiva y conducción temeraria, consumo excesivo de alcohol, incumplimiento de las obligaciones legales, retraimiento, signos vegetativos, insomnio y conducta suicida. Las presentaciones clínicas del trastorno de adaptación pueden variar notablemente.¹

Criterios para el diagnóstico de trastornos adaptativos

- A. La aparición de síntomas emocionales o comportamentales en respuesta a un estresante identificable tiene lugar dentro de los 3 meses siguientes a la presencia del estresante.
- B. Estos síntomas o comportamientos se expresan, clínicamente del siguiente modo:
 - 1. malestar mayor de lo esperable en respuesta al estresante
 - 2. Deterioro significativo de la actividad social o laboral (o académica)
- C. La alteración relacionada con el estrés no cumple los criterios para otro trastorno específico y no constituye una simple exacerbación de un trastorno preexistente.
- D. Los síntomas no responden a una reacción de duelo.
- E. Una vez ha cesado el estresante (o sus consecuencias), los síntomas no persisten más de 6 meses.

Especificar si: Agudo: si la alteración dura menos de 6 meses.

Crónico: si la alteración dura 6 meses o más.²⁵

Características diagnósticas:

La presencia de síntomas emocionales o comportamentales en respuesta a un factor de estrés identificable es la característica esencial de un trastorno de adaptación (criterio A). El factor de estrés puede ser un solo evento, por ejemplo, el fin de una relación sentimental o puede haber múltiples factores de estrés, por ejemplo, serias dificultades en los negocios y los problemas maritales. Los factores estresantes pueden ser recurrentes, por ejemplo, asociados a las crisis temporales, relaciones sexuales insatisfactorias, o continuos por ejemplo una relación dolorosa persistente con un aumento de la discapacidad, vivir en un vecindario con alta criminalidad.

Los factores de estrés pueden afectar a un solo individuo, a una familia entera, o a un grupo más grande o comunidad (por ejemplo, un desastre natural).

Algunos factores de estrés pueden acompañar el desarrollo de determinados eventos por ejemplo ir a la escuela, dejar la casa paterna, volver a casa de los progenitores, casarse, convertirse en padres, no alcanzar los objetivos del trabajo, la jubilación.

Los trastornos adaptativos se pueden diagnosticar después de la muerte de un ser querido, cuando la intensidad, la calidad o la persistencia de las reacciones de duelo superan lo que normalmente cabría esperar, teniendo en cuenta las normas culturales, religiosas o apropiadas para la edad, se ha denominado trastorno de duelo complejo persistente a un conjunto más específico relacionado con el duelo. Los trastornos de adaptación se asocian con un mayor riesgo de intentos de suicidio y con suicidios consumados.²⁵

El diagnóstico de trastorno adaptativo no se aplica cuando los síntomas representan una reacción de duelo (Criterio D). Por definición, un trastorno adaptativo debe resolverse dentro de los 6 meses que siguen a la desaparición del estresante (o de sus consecuencias) (Criterio E). Sin embargo, los síntomas pueden persistir por un período prolongado de tiempo (p. ej., más de 6 meses) si aparecen en respuesta a un estresante crónico o a un estresante con repercusiones importantes. El estresante puede ser un acontecimiento simple o deberse a factores múltiples. Los estresantes son a veces recurrentes o

continuos. El estresante puede afectar a una persona, a una familia, a un grupo o comunidad. También hay estresantes dependientes de acontecimientos específicos del desarrollo.¹

El diagnóstico de TA (trastorno adaptativo) puede no ser diagnosticado con facilidad ya que el preocuparse por algunas razones de cambios y otras condiciones es tomado por una queja general, complementando que no es un fenómeno exclusivamente patológico, ya que todas las personas se preocupan con frecuencia. el trastorno adaptativo es un fenómeno relacionado con el estrés.¹

La presencia de trastorno adaptativo con síntomas mixtos (ansiedad-depresión), teniendo en cuenta criterios del DSM-IV (manual diagnósticos y estadísticos de los trastornos mentales) se establece que la persona deberá presentar síntomas tales como:

- 1) malestar mayor de lo esperable en respuesta a una situación estresante.
- 2) deterioro significativo de la actividad social o laboral. La aparición de los síntomas (emocionales y comportamentales) se dan como respuesta a una situación estresante identificable pero no catastrófica e inusitada, y tienen lugar dentro de los 3 meses siguientes. Es importante hacer notar que una vez ha cesado el estresor (o sus consecuencias), los síntomas no persisten más de 6 meses.¹

En algunos casos el trastorno de adaptación se manifiesta de inmediato, ya que es una respuesta a una situación puntual que ha provocado un estrés agudo, como puede ser una ruptura sentimental, un cambio repentino de trabajo, un desastre natural o incluso el nacimiento de un hijo. En otros casos el trastorno adaptativo puede tardar un poco más en aparecer, sobre todo cuando se trata de una reacción emocional a diferentes factores estresantes que han coincidido o que se han ido agravando a lo largo del tiempo, como las dificultades económicas, la aparición de una discapacidad y los conflictos en el trabajo. De hecho, si las condiciones estresantes persisten, el trastorno adaptativo adopta una forma persistente. Sin embargo, a pesar que existe características diagnósticas para el TA (trastorno adaptativo), posiblemente no son reconocidos

e identificados como tales en un gran número de casos. Por lo que en un porcentaje importante no son tratados como tal.¹

IV.1.7.1 Clínico

Trastorno de adaptación con estado de ánimo deprimido

En el trastorno de adaptación con estado de ánimo deprimido, los síntomas predominantes son el estado de ánimo deprimido, el llanto y la desesperanza. Debe diferenciarse del trastorno de depresión mayor y del duelo no complicado. Los adolescentes que sufren esta variedad del trastorno de adaptación presentan un riesgo más elevado de sufrir un trastorno de depresión mayor al inicio de su vida adulta.¹

Trastorno de adaptación con ansiedad

En el trastorno de adaptación con ansiedad se observan síntomas de ansiedad, como palpitaciones, nerviosismo y agitación. Este cuadro tiene que diferenciarse de los trastornos de ansiedad.¹

Trastorno de adaptación con ansiedad mixta y estado de ánimo deprimido

En el trastorno de adaptación con ansiedad mixta y estado de ánimo deprimido, los pacientes presentan al mismo tiempo síntomas de ansiedad y depresión que no cumplen los criterios de un trastorno depresivo o de ansiedad establecido.¹

El trastorno adaptativo se caracteriza por síntomas emocionales o conductuales clínicamente significativos que se desarrollan en respuesta a uno o más factores psicosociales de estrés identificables. El cuadro suele presentarse de manera progresiva. Si el estresor fue único, se espera que la sintomatología no ocurra más allá del primer mes desde el acontecimiento estresante (CIE-10, clasificación internacional de enfermedades), pero otros criterios son más flexibles y se espera su aparición hasta 6 meses después de lo ocurrido. Los síntomas son similares a otros trastornos de ansiedad, pero es frecuente que

exista una mezcla variable de humor depresivo, ansiedad, dificultad para planificar el futuro, agobio psíquico, y pueden llegar a ser intensamente disfuncionales. Un trastorno adaptativo prolongado puede agravarse y ser indistinguible de un episodio depresivo. De acuerdo con la CIE-10 (clasificación internacional de enfermedades) las manifestaciones clínicas del trastorno adaptativo son variadas e incluyen depresión, ansiedad, preocupación (o una mezcla de todos ellos); sentimiento de incapacidad para hacer frente a los problemas, para planificar el futuro o para continuar en la situación actual y un grado de deterioro de la forma de llevar a cabo la rutina diaria. Molestia o deterioro de la actividad a menudo se manifiesta con una disminución del rendimiento en el trabajo o la escuela y los cambios temporales en las relaciones sociales. «Sus manifestaciones terminan generando una incapacidad para el funcionamiento social u ocupacional» (Perkins, Daniel, 2009). Ninguno de los síntomas 8 por sí sola presenta gravedad o importancia suficiente para justificar un diagnóstico más específico. El paciente puede no estar predispuesto a manifestaciones dramáticas o estallidos de violencia, por el contrario, son poco frecuentes; Sin embargo, la presencia de trastorno en conducta (comportamiento agresivo o antisocial) puede ser una característica superpuesta, especialmente en adolescentes. En los adolescentes, los fenómenos regresivos tales como el retorno a tener enuresis nocturna, uso de lenguaje infantil o chuparse el dedo por lo general son parte de los síntomas asociados. «Estas manifestaciones psicopatológicas pueden tomar una menor frecuencia en depresión, ansiedad, asténico o mixto sindrómico» y con cualquier implicación de conducta, especialmente en adolescentes» (González, Aparicio, 1998). Al llevar a cabo la evaluación clínica de si la respuesta individual al estrés es anti adaptativa o si las molestias asociadas exceden lo esperado, los síntomas deben analizarse teniendo en cuenta la edad, el sexo y evaluación de la respuesta a dichos factores, pueden variar de una cultura a otra. ²⁵

El trastorno de adaptación se manifiesta como pequeños síntomas de los antecedentes culturales de la persona. Naturaleza, es decir, la experiencia

estresante y evaluación de la respuesta a ella puede variar en las diferentes culturas.²²

El contexto del ámbito cultural de la persona debe tenerse en cuenta al hacer juicio crítico de si la respuesta de esta al factor estresante es o no desadaptada, o de si el malestar psíquico acompañante es mayor o no de lo que cabría esperar. la naturaleza, el significado y la experiencia de los factores estresantes, así como la incomodidad, pérdida del apetito o sueño, irritabilidad, estado de ánimo deprimido, ansiedad. Aunque suele estar relacionado con el funcionamiento social normal, pero, a veces estos pueden ser penetrantes y repercutir en las actividades usuales.

En este trastorno los individuos desarrollan sintomatologías emocionales, como el desánimo, crisis de llanto, sentimientos de miedo o terror, y señales de depresión o ansiedad los cuales estos no deben cumplir los criterios de diagnóstico para algún trastorno definido del estado de ánimo o de ansiedad. Sin embargo, algunas personas manifiestan principalmente síntomas conductuales en particular.

La vulnerabilidad de manifestarse los trastornos de adaptación está definida de un modo importante, a diferencia del caso de otros trastornos, por una predisposición o vulnerabilidad particular. Si notamos las diferencias de cada individuo de las capacidades adaptativas, algunos factores de estrés pueden afectar de manera ardua para un paciente y no serlo en absoluto para otros individuos. Ya que no existen pautas cuantificables confiable para evaluar los factores de estrés, la valoración es determinado por medio de la respuesta individual.⁴¹

IV.1.7.2. Diagnóstico diferencial

Entre los trastornos que deben diferenciarse del trastorno de adaptación hay que incluir el trastorno de depresión mayor, el trastorno psicótico agudo, el trastorno de ansiedad generalizada, el trastorno de síntomas somáticos, el trastorno por consumo de sustancias, el trastorno de conducta y el TEPT. Debe darse prioridad a estos diagnósticos en todos los casos en que se cumplan sus

criterios, incluso cuando uno o varios factores estresantes hayan actuado como desencadenantes. Los pacientes con un trastorno de adaptación sufren un deterioro de su actividad social o profesional, y presentan síntomas que van más allá de la reacción normal y esperable ante el factor estresante. Dado que no hay criterios absolutos que faciliten la distinción entre un trastorno de adaptación y uno de otro tipo, resulta imprescindible la opinión del médico. Algunos pacientes pueden cumplir los criterios tanto de un trastorno de adaptación como de uno de personalidad. Cuando el trastorno de adaptación sucede a una enfermedad orgánica, el médico debe asegurarse de que los síntomas no sean una prolongación u otra manifestación de esa enfermedad o de su tratamiento.¹

Trastornos de estrés agudo y postraumático el diagnóstico de trastorno de adaptación, de TEPT o de trastorno de estrés agudo exige la presencia de un factor estresante. Tanto en el TEPT como en el trastorno de estrés agudo, la naturaleza del factor estresante está mejor caracterizada y ambos se acompañan de una constelación definida de síntomas afectivos y vegetativos. En cambio, en el trastorno adaptativo, el factor de estrés puede revestir una gravedad muy variable, y existe un amplio abanico de síntomas posibles. Cuando la respuesta a un factor estresante extremo no cumple los criterios de trastorno de estrés agudo o de TEPT, habría que considerar el diagnóstico de trastorno de adaptación.¹

Dentro de la diferenciación diagnóstica hay algunos aproximados en los cuales este puede ser confundido, sin embargo, se presentan características o criterios que se deben tener en cuenta.

El trastorno por estrés postraumático y el trastorno por estrés agudo: requieren la presencia de un estresante psicosocial extremo y una constelación de síntomas específicos. En cambio, el trastorno adaptativo puede ser desencadenado por un estresante de intensidad variable y expresarse a través de una amplia gama de síntomas posibles. Los factores psicológicos que afectan el estado físico, aumentan la probabilidad de que se presenten enfermedades o complican el tratamiento de estas. En el TA (trastorno adaptativo), la relación es inversa los síntomas psicológicos aparecen en respuesta al estrés de recibir un diagnóstico médico. En algunos individuos pueden darse las dos alteraciones.

Cuando un paciente se encuentra en etapa de duelo, se da una reacción esperable en respuesta a la muerte de un ser querido. Cuando la reacción excede o es más prolongada de lo que cabría esperar el diagnóstico de TA (trastorno adaptativo) puede ser apropiado, sin embargo, hay que tener en cuenta los otros síntomas para poder ser confirmado como tal. En el diagnóstico perteneciente a Otras reacciones no patológicas al estrés, estas no provocan un malestar superior al esperable y no causan un deterioro significativo de la actividad social o laboral.²²

En los trastornos de adaptativos, el factor estresante puede ser de cualquier gravedad en lugar de ser la gravedad y el tipo requeridos por el criterio A del trastorno de estrés agudo y del trastorno de estrés postraumático. Para distinguir los trastornos de adaptación de estos dos diagnósticos postraumáticos se debe considerar el factor temporal y el perfil de los síntomas. Los trastornos de adaptación se pueden presentar de inmediato y pueden persistir hasta seis meses después de la exposición al evento traumático, mientras que el trastorno de estrés agudo sólo puede ocurrir entre los 3 días y 1 mes de exposición al acontecimiento estresante, y el trastorno de estrés postraumático no se puede diagnosticar hasta que ha pasado 1 mes desde la aparición del acontecimiento estresante traumático. El perfil de los síntomas requeridos para el TEPT (trastorno de estrés postraumático) y el trastorno de estrés agudo les diferencia de los trastornos de adaptación. Con respecto al perfil de síntomas, se puede diagnosticar trastorno de adaptación tras un evento traumático cuando un individuo presenta síntomas de trastorno de estrés agudo o de trastorno de estrés postraumático, pero estos no cumplen o sobrepasan el umbral de diagnóstico para cada trastorno. También se debería diagnosticar trastorno de adaptación en las personas que no se han expuesto a un evento traumático pero que, por lo demás, presentan perfil completo de síntomas del trastorno de estrés agudo, o bien del trastorno de estrés postraumático.²⁵

En el Trastorno no especificado (p.ej., trastorno por ansiedad no especificado), la presentación es atípica o subclínica y el factor estresante no es identificable.

Los síntomas pueden persistir durante más de 6 meses después de que el estresante o sus consecuencias han cesado.²²

Trastorno de Ansiedad Generalizada: No manifiesta estos síntomas en su totalidad porque puede controlar el estado de preocupación.²²

Trastorno del Estado de Ánimo, la sintomatología presente es de carácter ansiosa, aunque los problemas son un predisponente importante, los síntomas en este sentido surgen como respuesta al malestar que le genera la ansiedad, un ejemplo de esto: problemas familiares.²²

Trastornos de la personalidad que son frecuentemente acentuados por el estrés. Si en respuesta a un estresante aparecen síntomas que no son característicos del trastorno puede establecerse el diagnóstico adicional de trastorno adaptativo.²²

En los trastornos de la personalidad, algunas características de la personalidad pueden estar asociadas con una vulnerabilidad para la angustia situacional que puede parecerse a un trastorno de adaptación. El funcionamiento de la personalidad a lo largo de la vida facilita la interpretación de los comportamientos cuando existen dificultades para distinguir una personalidad de larga evolución de un trastorno de adaptación. Además, algunos trastornos de la personalidad pueden presentar vulnerabilidad para la angustia, y el estrés también puede exacerbar los síntomas del trastorno de la personalidad. cuando se presenta un trastorno de la personalidad, si se cumplen los criterios de los síntomas para un trastorno de adaptación y la alteración relacionada con el estrés sobrepasa la que se podría atribuir a los síntomas desadaptativos del trastorno de la personalidad, por ejemplo, se cumple el criterio C. entonces se debería establecer el diagnóstico de trastorno de adaptación.²⁵

Trastorno específico del Eje I: El individuo tiene síntomas que cumplen los criterios para el diagnóstico de episodio depresivo mayor en respuesta a un estresante.²²

Trastorno depresivo mayor: si una persona tiene síntomas que cumplen los criterios para un trastorno depresivo mayor en respuesta a un factor de estrés, no

sería aplicable el diagnóstico de trastorno adaptativo. el perfil de los síntomas diferencia el trastorno depresivo mayor de los trastornos adaptativos.²⁵

Reacciones normales de estrés: la mayoría de las personas se alteran cuando suceden cosas perjudiciales. esto no sería un trastorno de adaptación. solo se debe hacer el diagnóstico cuando la magnitud de la angustia: por ejemplo, alteraciones en el estado de ánimo, la ansiedad o la conducta es superior a lo que normalmente cabría esperar que pueden variar en diferentes culturas, o cuando los acontecimientos adversos provocan un deterioro funcional.²⁵

El TA (trastorno adaptativo) también debe diferenciarse de otras reacciones no patológicas al estrés, que no provocan un malestar intenso y desproporcionado, mayor de lo esperable, y que no causan un deterioro significativo de la actividad social o laboral. Es el caso del duelo, que puede suponer una reacción esperable ante la muerte de un ser querido, y no resultar patológica ni complicada. No obstante, según la CIE-10 (clasificación internacional de enfermedades) y el DSM-V (manual diagnóstico y estadístico quinta edición) puede diagnosticarse un TA (trastorno adaptativo) si se cumplen el resto de criterios diagnósticos de significación y deterioro. En el DSM (manual diagnóstico y estadístico), en concreto, puede establecerse el diagnóstico de Trastorno de duelo complejo persistente cuando se cumplen un conjunto de criterios sintomatológicos muy concretos, y además el duelo dura más de 12 meses (o 6 en el caso de los niños), además de especificarse que la reacción debe ser desproporcionada o inconsistente con las normas culturales o religiosas o no adecuada a la edad. Por último, debe diferenciarse el diagnóstico de Factores psicológicos que influyen en otras condiciones médicas, que se establece cuando algunos factores como síntomas psicológicos o comportamientos ponen en riesgo, precipitan, agravan una condición médica, de la situación en la que el acontecimiento adverso que supone una enfermedad médica da lugar al desarrollo de un TA (trastornos adaptativos). En el caso de que se presenten síntomas que no cumplen totalmente los criterios para un trastorno del Eje I, cuando no hay un estresante identificable o bien no se cumplan los criterios de duración del TA (trastorno adaptativo) los síntomas persisten durante más de seis meses después de que el

estresante o sus consecuencias hayan cesado, aún es posible utilizar otra categoría residual, la de trastorno no especificado (p.ej., trastorno por ansiedad no especificado).²⁶

IV.1.9. Tratamiento

Psicoterapia: La psicoterapia sigue siendo el tratamiento de elección para los trastornos adaptativos. La terapia de grupo puede ser especialmente útil en los pacientes que han sufrido un estrés de naturaleza parecida, como, por ejemplo, un grupo de jubilados o de pacientes sometidos a diálisis renal. La psicoterapia individual ofrece la oportunidad de analizar el significado que tiene el factor estresante para el paciente, lo que permite afrontar traumas pasados. En ocasiones, cuando el tratamiento ha sido eficaz, los pacientes salen del trastorno adaptativo con mayor fuerza de la que presentaban en el período premórbido, aunque en ese momento no presentan ningún síntoma. Debido a que en los trastornos de adaptación es posible definir claramente el factor estresante, a menudo se cree que la psicoterapia no está indicada y que el trastorno remitirá de manera espontánea. Sin embargo, este punto de vista ignora el hecho de que muchas personas expuestas al mismo factor estresante experimentan síntomas diferentes, y de que en los trastornos de adaptación la respuesta es patológica. La psicoterapia puede ayudar al individuo a adaptarse a los factores de estrés que no son reversibles o no tienen una duración limitada, y puede servir como intervención preventiva en caso de que el factor estresante no remita los síntomas.¹

La psicoterapia grupal puede resultar especialmente útil en personas que comparten el factor de estrés (p. ej., enfermedad médica, divorcio).³⁷

Actividades psicoterapéuticas en el trastorno adaptativo:

- Explore los factores estresantes en la vida del paciente.
- Explore formas de reducir o eliminar los elementos más estresantes.
- Permita que el paciente exprese sus preocupaciones y conflictos.
- Busque y reformule el significado del factor estresante para el paciente para permitir una perspectiva más amplia.
- Identifique y potencie los puntos fuertes del paciente de cara al afrontamiento.
- Respalde el uso de la familia y los recursos comunitarios por parte del paciente para hacer frente a los factores estresantes.

Tratamiento farmacológico

Se carece de estudios sobre la eficacia de las intervenciones farmacológicas en los individuos con trastornos de adaptación, aunque utilizan fármacos durante períodos cortos para tratar síntomas específicos. En función del tipo de trastorno de adaptación, los pacientes pueden responder a los ansiolíticos o a los antidepresivos. Los que sufren una ansiedad grave, cercana al ataque de pánico, pueden beneficiarse de ansiolíticos como el diazepam, mientras que a los pacientes en estado de retraimiento o inhibición podría servir de ayuda una pauta corta de psicoestimulantes. Pueden emplearse antipsicóticos cuando existan signos de descompensación o de psicosis inminente. Se ha observado que los ISRS (inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina) son útiles para tratar las manifestaciones del duelo traumático. Últimamente se ha producido un aumento del consumo de antidepresivos en un intento de potenciar la psicoterapia en personas con trastornos de adaptación. La intervención farmacológica en esta población de pacientes es a menudo la más utilizada, pero debería ser un medio para potenciar las estrategias psicosociales, más que la modalidad terapéutica principal.¹

Psiquiatría:

El tratamiento etiológico es aquel que intenta amortiguar las causas últimas del proceso, por ejemplo, el tratamiento con antidepresivos de una depresión

endógena. El tratamiento sintomático es aquel que intenta corregir las consecuencias, por ejemplo, la toma de varias tazas de café si alguien ha dormido poco. El tratamiento autoansiolítico es aquel que se realiza con la finalidad consciente o inconsciente de aliviar al prescriptor. En nuestra sociedad el mandato social hacia los profesionales de la salud pasa porque alivien en sufrimiento mediante la aplicación, la adición de algo.

Se puede estimar que este tipo de trastornos afectan a un elevado porcentaje de la población y que la mayoría de los pacientes los superan solos o sin ayuda sanitaria específica. Sólo motivan consultas al médico en un reducido porcentaje de los casos, fundamentalmente en aquellos que son más graves, en los que el trastorno adaptativo es identificado y sentido como un problema psicológico o psiquiátrico por el individuo o en los casos en que se presenta en forma de problema físico (somatizado).¹

Los benzodiacepinas a menudo se usan para tratar síntomas como el insomnio y la ansiedad. Los médicos también pueden tratar la depresión y la ansiedad subsindrómicas con inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina, pero, nuevamente, no hay evidencias que avalan este enfoque.³³

La seguridad personal es fundamental. Después de un solo episodio traumático, las personas están en mejores condiciones para procesar la experiencia cuando saben que ellos y sus seres queridos están a salvo. Sin embargo, puede ser difícil obtener una seguridad completa durante las crisis en curso, como el abuso doméstico, la guerra o una pandemia infecciosa.³²

El estiramiento y el ejercicio son fabulosos, pero puede ser igualmente útil sentarse quieto y contar las propias respiraciones o escuchar cuidadosamente los sonidos circundantes.

Habitualmente, los expertos consideran que los trastornos adaptativos ocupan un lugar secundario frente a las intervenciones no farmacológicas. No existen suficientes evidencias acerca de su utilidad y, en la práctica, se extrapola la eficacia de ansiolíticos y antidepresivos para tratar los síntomas de ansiedad o depresión del trastorno adaptativo. Además de antidepresivos y ansiolíticos, se ha propuesto el uso de remedios naturales.

El tratamiento psicofarmacológico de los trastornos adaptativos sería necesario en caso de síntomas graves, pero la administración de medicamentos debe ser breve y acompañarse de psicoterapia. El uso prudente de ansiolíticos o antidepresivos podría ser útil en pacientes que sufren síntomas de ansiedad o de trastornos afectivos. Rara vez los antipsicóticos estarían indicados en pacientes que se descompensan.³⁷

Entre los abordajes utilizados se encuentran: el consejo, la psicoterapia, el consejo en crisis médicas (*medical crisis counseling*), la intervención en crisis, la terapia familiar y el tratamiento en grupo. Y en relación a los tipos de psicoterapia utilizados encontramos, entre otras, la terapia de apoyo, la terapia psicoeducacional, la psicoterapia interpersonal y las aproximaciones cognitivas y psicodinámicas. Existe una necesidad evidente de realizar investigaciones empíricas sobre el tratamiento cognitivo conductual del TA (trastorno adaptativo) basados en el perfil cognitivo del paciente, lo cual permitiría administrar de manera adecuada intervenciones clínicas que se ajusten a las particularidades de cada paciente.¹

IV.1.10. Complicaciones:

A pesar del que el TA (trastorno adaptativo) es considerado por muchas personas como transitorio y de poca gravedad, en muchos casos, puede tener consecuencias muy graves como el suicidio y parece conllevar repercusiones especialmente graves en los individuos más jóvenes¹

Depresión: estado de ánimo que se caracteriza por múltiples dificultades como: desánimo, pérdida de interés o placer en las actividades, sentimientos de culpa, baja autoestima, dificultad de conciliar el sueño, falta energía, disminución en la concentración, que pueden convertirse en crónicos como probables pensamientos de morir incluyendo intentos de actos suicidas llevando a un deterioro significativo si no se aplican adecuadas terapias o manejo de estos cambios conductuales.

Ansiedad: es un cuadro psicofisiológico que se caracteriza por factores de emociones, de conductas, cognitivos y físicos que en conjunto se establece un

lugar incómodo que va ligado típicamente con la intranquilidad, preocupación de que va a suceder algo catastrófico, temor o inquietud.⁴¹

Depresión mayor: Crisis de angustia o trastorno de pánico: Son episodios breves de intensa ansiedad que aparecen de forma súbita y suelen desaparecer al cabo de 1 hora. En ocasiones, las primeras crisis no se identifican como tal, al referirse por el paciente como síntomas físicos con elevada preocupación respecto a su intensidad y severidad. La primera crisis puede ser espontánea, o suceder en un contexto de excitación, ejercicio físico, trauma, actividad sexual, etc. Predominan el temor a morir y los síntomas físicos, como la taquicardia, las palpitaciones, la disnea y la diaforesis. Los pacientes pueden presentarse algo confusos e incluso experimentar fenómenos de despersonalización. Entre las crisis, estos pacientes pueden sufrir una ansiedad anticipatoria ante la posibilidad de un nuevo ataque, por lo que es preciso realizar un diagnóstico diferencial con el trastorno de ansiedad generalizada.³⁵

Agorafobia: Es la ansiedad generada al encontrarse en lugares o situaciones de difícil escapatoria o en las que, en caso de presentar una crisis de ansiedad inesperada, pueda no disponerse de ayuda. La manifestación clínica fundamental son los ataques recurrentes de ansiedad grave, entre los que predominan los síntomas físicos, y existe un temor secundario a morir, perder el control o volverse loco. Antes de enfrentarse al estímulo fóbico, estos pacientes suelen presentarse.³⁵

Fobias simples: La fobia es el miedo irracional que produce la evitación consciente del objeto, actividad o situación temidos. Tanto la presencia como la anticipación de la entidad fóbica provocan un estrés severo en el paciente que, aun reconociendo lo excesivo de su respuesta, puede acabar interfiriendo en su funcionalidad. Las fobias pueden ser únicas o múltiples, discretas o globales, y también puede variar el grado de discapacidad que producen.³⁵

La pérdida de la salud física o mental puede afectar notablemente al paciente, perdiendo además su capacidad para relacionarse o asistir a actividades sociales. La interferencia de la enfermedad en la función social puede alejar a la persona del apoyo social proporcionado por otros.⁴¹

IV.1.11. Pronóstico y evolución

Con un tratamiento adecuado, el pronóstico global del trastorno de adaptación suele ser favorable. La mayoría de los pacientes recupera su estado funcional previo en un plazo de 3 meses. Algunas personas (sobre todo adolescentes) diagnosticadas de un trastorno de adaptación presentan posteriormente trastornos del estado de ánimo u otros relacionados con el consumo de sustancias. Por lo general, los adolescentes necesitan más tiempo de recuperación que los adultos.¹

La investigación llevada a cabo en los últimos 5 años ha revelado la existencia del riesgo de suicidio, en particular en pacientes adolescentes con trastorno de adaptación, un hecho nunca valorado a fondo. Un estudio reciente sobre 119 pacientes con trastorno de adaptación señaló que se habían registrado intentos de suicidio en el 60 por ciento durante su hospitalización. El 50 por ciento había intentado suicidarse justo antes del ingreso. Los diagnósticos comórbidos de abuso de sustancias y trastorno de la personalidad contribuyeron al perfil de riesgo de suicidio. Un estudio de los antecedentes, la patología y los factores relacionados con el tratamiento de los adolescentes suicidas constató que, entre los que presentaban trastorno de adaptación y tendencias suicidas, era mayor la probabilidad de haberlo intentado (hasta un 25 por ciento), de manifestar agitación psicomotora y estado de ánimo disfórico, de haber estado expuestos al suicidio de otra persona como factor de estrés, de presentar un funcionamiento psicosocial deficiente tras el inicio del tratamiento, y de haber recibido asistencia psiquiátrica con anterioridad.¹

En cuanto al resultado a largo plazo del trastorno adaptativo, Andreassen y Hoenk [1982] sugieren que el pronóstico es bueno en adultos, pero que en adolescentes hay tendencia a que más adelante se desarrolle una enfermedad psiquiátrica. En un seguimiento de 5 años generalmente los adultos pueden estar completamente curados, algunos con problemas intercurrentes y otros pueden desarrollar depresión mayor o alcoholismo.²⁶

Con el tratamiento adecuado, la mayoría de los pacientes con trastorno adaptativo volverán a su nivel de funcionamiento previo en 3-6 meses. Sin

embargo, el riesgo de suicidio en esta población es importante y debe ser vigilado. Los estudios sobre suicidio han encontrado que, comparadas con pacientes con TDM (trastorno depresivo mayor), las personas con trastorno adaptativo muestran un intervalo más breve entre la aparición de sus primeros síntomas y el momento de un intento de suicidio. Ciertos datos longitudinales limitados indican que los adolescentes diagnosticados de trastorno adaptativo tienen un riesgo mayor de desarrollar una enfermedad psiquiátrica importante.³⁸

Es frecuente la comorbilidad con otros diagnósticos psiquiátricos como los trastornos de personalidad, trastornos mentales orgánicos y el abuso de sustancias. Con menos frecuencia se asocia a otras entidades como la esquizofrenia o los trastornos afectivos [Strain JJ, 1995].

Parece también que los pacientes con este tipo de trastornos tienen mayor morbimortalidad asociada a mayor riesgo de intentos de suicidio. Estos pacientes presentan los mismos factores de riesgo para las conductas suicidas que los que tienen otros trastornos psiquiátricos. De los pacientes que realizan intentos de suicidio, comparando el perfil de los pacientes con trastornos adaptativos con los pacientes con depresión mayor los primeros presentan más probabilidades de haber tenido problemas de privación en la infancia, orfandad e inestabilidad parental. Asimismo, son más probables en éstos los intentos bajo la influencia del alcohol y sin planificación previa, siendo el intervalo entre el inicio del trastorno y el intento autolítico menor en los pacientes con trastornos adaptativos. Es un grupo con mayor vulnerabilidad y tendencia a la impulsividad que el de los pacientes con depresión mayor. Los trastornos de personalidad tienen un papel relevante en los pacientes con trastornos adaptativos que realizan intentos de suicidio [Casey P, 2009].

En cuanto a datos demográficos los estudios sugieren que los adultos con trastornos adaptativos tienen mejor pronóstico que los adolescentes que presentan este tipo de trastornos, ya que éstos tienen riesgo de desarrollar enfermedades psiquiátricas graves. Aparecen por igual en todas las razas y en todos los grupos de edad. Asimismo, la evidencia indica que los pacientes con un

nivel socioeconómico más alto se diagnostican más de trastornos adaptativos [Benton TD, 2009].¹⁸

La relevancia que tienen el TA [trastornos adaptativos] en términos de sufrimiento personal, gasto sanitario y pérdidas laborales o cambios del mismo, así como su ritmo, choca con la notable escasez de trabajos existentes sobre el tratamiento de este trastorno.²²

Las personas con entornos de vida desfavorecidos se ven sometidas a cosas elevadas de factores estresantes y podrían tener un mayor riesgo de padecer trastornos de adaptación.²⁵

IV.1.13. Prevención

En los últimos 15 años se ha dedicado un esfuerzo considerable al desarrollo de técnicas de detección temprana para personas con alto riesgo clínico de desarrollo de enfermedad mental, e intervenciones precoces para prevenir o retrasar la progresión a la enfermedad completa. Ejemplo de ello son el desarrollo de diversas herramientas de detección, en un intento por predecir de mejor manera el riesgo que tienen los individuos para progresar a la enfermedad mental, que incluyen historias narrativas, baterías de pruebas neuropsicológicas y cuestionarios de evaluación de síntomas, entre otros. Junto con esto, una serie de ensayos clínicos ha examinado la eficacia de la terapias específicas y uso de medicamentos en personas que están en alto riesgo clínico para el desarrollo de enfermedades como la psicosis, la depresión o la bipolaridad.³⁸

En el ámbito de la salud pública se ha encontrado evidencia de la existencia de intervenciones que promueven la salud mental y poseen un impacto en la prevención de la aparición de los trastornos mentales. La evidencia específica del impacto de tales esfuerzos en promoción y prevención no es fácil de determinar, por la calidad de la metodología utilizada; sin embargo, estudios experimentales relevantes han mostrado la efectividad de la prevención en la enfermedad mental. Solo considerando ejemplos de depresión y ansiedad, se han encontrado programas de ejercicio físico basado en la escuela redujo los síntomas de

ansiedad. un programa de prevención de la depresión que tuvo como objetivo educar a escolares para el desarrollo de pensamientos positivos, resolución de conflictos y habilidades en la toma de decisiones, mostró eficacia en la reducción de los síntomas depresivos. Un ensayo clínico dirigido a estudiantes de enfermería iraníes reportó que un programa de orientación educativa de frecuencia semanal reduce la ansiedad en el largo plazo.³⁸

Otro estudio controlado aleatorizado en Nigeria, de programas de prevención en adultos en situación de riesgo para la depresión y la ansiedad, tales como pacientes quirúrgicos, también mostró efectos beneficiosos.³⁸

El médico se encuentra en situación privilegiada tanto para la identificación como para la prevención de los trastornos adaptativos, en primer lugar porque mediante el seguimiento longitudinal del individuo y de su familia puede detectar e incluso prevenir los diferentes estresantes que llegan a aparecer en la vida de sus pacientes, y en segundo lugar, porque con sus herramientas habituales, como la historia familiar y los instrumentos en ella aplicables, como las listas de problemas individuales y familiares, el genograma, el APGAR familiar (aspecto, pulso, irritabilidad, actividad y respiración), etc. Puede identificar estresantes potenciales o reales a partir de los datos que obtiene de otros miembros de la familia, y no exclusivamente de los que aporta el paciente. Tengamos en cuenta que el llegar o no llegar al diagnóstico de trastorno adaptativo depende, por definición, de la presencia de un estresante identificable.⁴⁰

V. OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES

Variables	Concepto	Indicador	Escala
COVID-19	La COVID-19 también conocida como enfermedad por nuevo coronavirus es causada por el coronavirus 2 del síndrome respiratorio agudo severo (SARS-CoV2).	Sí No	Nominal
Trastornos adaptativos	Son reacciones desadaptativas ante estresantes psicosociales identificables que ocurren en un corto espacio de tiempo desde el inicio del factor de estrés.	Sí No	Nominal
Tipo de trastornos adaptativos.	Desarrollo de sintomatología emocional o comportamental en respuesta a un factor o factores de estrés claramente identificables en los criterios definidos en el DSM-V.	Ansiedad Depresión Mixto	Nominal
Edad	Tiempo transcurrido desde el nacimiento hasta la realización del estudio.	Años cumplidos	Numérica
Sexo	Estado fenotípico condicionado genéticamente y que determina el género al que pertenece un individuo.	Femenino Masculino	Nominal

Estado civil	Situación civil del participante, al momento de realizar la encuesta.	Soltero/a Casado/a, Unión Libre, Divorciado/a Viudo/a	Nominal
Procedencia	Se trata de zonas territoriales que se delimitan a partir de determinadas características de la naturaleza.	Rural y urbano	Nominal
Trabajador sanitario	Los trabajadores sanitarios son personas cuyo cometido es proteger y mejorar la salud en sus respectivas comunidades.	Médicos especialistas Residentes Enfermeros(as) Camilleros Seguridad Conserjes Personal de administración Personal de Seguridad Personal de Conserjería	Nominal
Área de labor	Lugar donde el trabajador sanitario realiza su respectiva función.	Emergencia Planta 1 y 2 UCI 1 y 2 UCI ginecología Administración Seguridad	Nominal

Desempeño de su función	Capacidad de afrontamiento del personal de salud que asisten pacientes con COVID-19.	Datos iniciales de los cuestionario de STAI y Hamilton	Nominal
-------------------------	--	--	---------

VI. MATERIAL Y MÉTODOS

VI.1. Tipo de estudio

Se realizó un estudio observacional, descriptivo, prospectivo y transversal, con el objetivo de determinar los trastornos adaptativos asociados al impacto del COVID-19 en el desempeño profesional de los trabajadores de la salud en las áreas de COVID-19 del Hospital General Regional Dr. Marcelino Vélez Santana septiembre, 2021- febrero, 2022. (Ver anexo XII.1. cronograma)

VI.2. Área de estudio

El estudio tuvo lugar en: Hospital General Regional Dr. Marcelino Vélez Santana abarcando las áreas de COVID-19, Emergencia, unidad de cuidados intensivos 1 y 2, planta 1 y 2, departamento de seguridad y consejería, el hospital se encuentra en Santo domingo oeste sector herrera #141, delimitado al este por la avenida Isabela Aguilar, al oeste por la avenida Luperón, al norte por la avenida John F Kennedy y al sur por la calle san anton.(Ver mapa cartográfico y mapa satelital)



Mapa cartográfico



Mapa satelital

VI.3. Universo

El universo estuvo constituido por la totalidad de los trabajadores sanitarios que laboran en las áreas de COVID-19 abarcando los departamentos de emergencia, unidad de cuidados intensivos 1 y 2, planta 1 y 2, departamento de seguridad y consejería del Hospital General Regional Dr. Marcelino Vélez Santana septiembre, 2021 – febrero, 2022.

VI.4. Muestra

La muestra estuvo conformada por 226 trabajadores sanitarios entre ellos médicos, residentes, enfermeros, camilleros, conserjes, personal de seguridad, personal de administración de las áreas de COVID-19 del Hospital General Regional Dr. Marcelino Vélez Santana. Septiembre, 2021 – febrero, 2022.

VI.5. Criterios

VI.5.1. De inclusión

1. Que haya estado laborando en primera línea de riesgo durante todo el periodo de pandemia.
2. Ambos sexos.
3. Adultos \geq 18 años

VI.5.2. De exclusión

1. Negarse a participar al estudio
2. Llenado incompleto del formulario
3. Enfermedad psiquiátrica pre-existente

VI.6. Instrumento de recolección de datos

Se utilizaron dos instrumentos de recolección de datos donde se emplearon 61 preguntas cerradas que permitieron analizar y diagnosticar las diferentes variables incluidas en el estudio, estos instrumentos medían el nivel de ansiedad y depresión individualmente y para el trastorno mixto escogimos específicamente las personas que tuvieron resultados de ambos (ansiedad y depresión), estos instrumentos fueron: el cuestionario de ansiedad estado-rasgo (STAI) para medir la ansiedad y el test de Hamilton para depresión, evaluando los dos cuestionarios para el trastorno mixto. (ver anexo XII.2 instrumento de recolección de datos).

VI.7. Procedimiento

Luego de aprobado el anteproyecto por la Unidad de Investigación de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Nacional Pedro Henríquez Ureña, se procedió a depositar en la dirección de gestión del conocimiento del hospital para su revisión y posterior aprobación. Una vez obtenidos los permisos correspondientes se asistió a las diferentes áreas del hospital con el listado de los médicos y el resto del personal adscrito al área de COVID donde una vez identificados se procedió a realizar el proceso de consentimiento informado, una vez obtenida la firma, se procedió con el método de evaluación. Septiembre, 2021-febreo, 2022. (ver anexo XII.2. Cronograma).

VI.8. Tabulación

Todos los datos del estudio fueron tabulados de manera computarizada y posteriormente introducidos para ser procesados en una base de datos, utilizando los programas Microsoft Office 2016 Word y Excel para diseño y manejo de los datos.

VI.9. Análisis

Los datos obtenidos fueron analizados en frecuencia simple.

VI.10. Aspectos éticos

El presente estudio fue ejecutado con apego a las normativas éticas internacionales, incluyendo los aspectos relevantes de la Declaración de Helsinki⁴⁴ y las pautas del Consejo de Organizaciones Internacionales de las Ciencias Médicas (CIOMS).⁴⁵ El protocolo del estudio y los instrumentos diseñados para el mismo fueron sometidos a la revisión a través de la Escuela de Medicina y de la coordinación, así como a la Unidad de enseñanza Hospital General Regional Dr. Marcelino Vélez Santana Septiembre, 2021- enero, 2022. Cuya aprobación fue el requisito para el inicio del proceso de recopilación y verificación de datos. Todos los datos recopilados en este estudio fueron manejados con el estricto apego a la confidencialidad. A la vez, la identidad del personal de salud fue protegida en todo momento.

VII. RESULTADOS

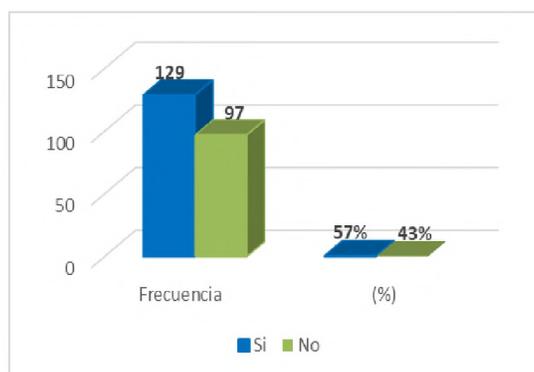
Un total de 226 trabajadores sanitarios pertenecientes a las áreas de COVID-19 en el Hospital General Regional Dr. Marcelino Vélez Santana, cuyos departamentos de emergencia, planta 1 y 2, UCI 1 y 2, UCI Ginecología, administración y seguridad fueron incluidos en el estudio; de los cuales 129 trabajadores presentaron un tipo de trastorno adaptativo (Ansiedad, Depresión y Trastorno Mixto) correspondiendo al 57.1 por ciento y el restante un 42.9 por ciento presentó de ningún tipo de trastorno adaptativo. (ver tabla 1).

Tabla 1. Trabajadores de salud del área COVID, que presentaron trastornos adaptativos en el desempeño de sus funciones, asociados al impacto del COVID-19 en el Hospital General Regional Dr. Marcelino Vélez Santana, periodo septiembre, 2021- febrero, 2022.

Trastorno adaptativo	Frecuencia	%
Si	129	57.1
No	97	42.9
Total	226	100.0

Fuente: Instrumento de recolección de datos

Gráfica 1. Trabajadores de salud del área COVID, que presentaron trastornos adaptativos en el desempeño de sus funciones, asociados al impacto del COVID-19 en el Hospital Regional Dr. Marcelino Vélez Santana, periodo septiembre 2021- febrero, 2022.



Fuente: tabla 1

Tabla 2. Trastornos adaptativos asociados al impacto del COVID-19 en el desempeño profesional de los trabajadores del área de la salud en las áreas de COVID-19 del Hospital General Regional Dr. Marcelino Vélez Santana, periodo septiembre, 2021 – febrero, 2022. según tipos de trastornos adaptativos.

Tipo de trastorno adaptativo	Frecuencia	%
Ansiedad	72	55.8
Depresión	12	9.3
Trastorno Mixto	45	34.9
Total	129	57.1

Fuente: Instrumento de recolección de datos

Entre los tipos de trastorno adaptativo se incluyen: ansiedad, depresión y trastorno mixto. Como se puede observar el 55.8 por ciento de las personas padecen de un tipo de trastorno adaptativo tipo ansioso con el nivel más alto comparados con los demás tipos de trastornos adaptativos, 34.9 por ciento para trastorno mixto quedando en el segundo lugar más alto, 9.3 por ciento para depresión siendo el trastorno menos evidenciado.

Gráfica 2. Trastornos adaptativos asociados al impacto del COVID-19 en el desempeño profesional de los trabajadores del área de la salud en las áreas de COVID-19 del Hospital General Regional Dr. Marcelino Vélez Santana, periodo septiembre, 2021 – febrero, 2022 según tipos de trastornos adaptativos.



Fuente: Tabla 2

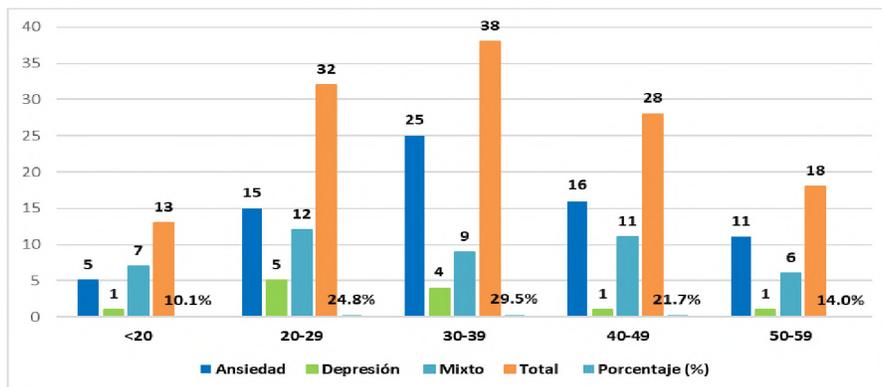
Tabla 3. Trastornos adaptativos asociados al impacto del COVID-19 en el desempeño profesional de los trabajadores del área de la salud en las áreas de COVID-19 del Hospital General Regional Dr. Marcelino Vélez Santana, periodo septiembre, 2021 – febrero, 2022 según edad.

Años	Ansiedad	Depresión	Mixto	Total (%)
<20	5	1	7	13 (10.1)
20-29	15	5	12	32 (24.8)
30-39	25	4	9	38 (29.5)
40-49	16	1	11	28 (21.7)
50-59	11	1	6	18 (14.0)
Total	72	12	45	129 (57.1)

Fuente: Instrumento de recolección de datos

Del total de personas que padecen de mayor grado de trastornos adaptativos se encuentran en el rango de edad de 30-39 años con un 29.5 por ciento, seguido del rango entre 20-29 años con un 24.8 por ciento, y luego el rango entre 40-49 años con un 21.7 por ciento., los menores porcentajes en los diagnósticos fueron la población de 50-59 años con un 14.0 por ciento y por último el porcentaje menor fue para los menores de 20 años con un 10.1 por ciento. siendo la ansiedad el trastorno más evidenciado en la población de 30-39 años, y el trastorno depresivo y mixto el más evidenciado en la población de 40-49 años.

Gráfica 3. Trastornos adaptativos asociados al impacto del COVID-19 en el desempeño profesional de los trabajadores del área de la salud en las áreas de COVID-19 del Hospital General Regional Dr. Marcelino Vélez Santana, periodo septiembre, 2021 – febrero, 2022 según edad.



Fuente: Tabla 3

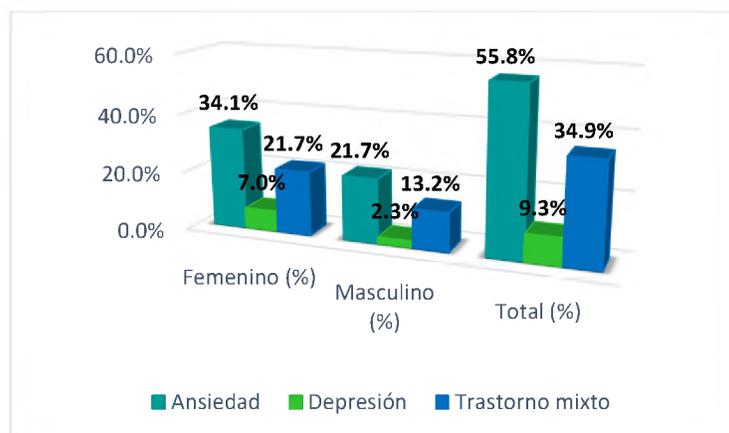
Tabla 4. Trastornos adaptativos asociados al impacto del COVID-19 en el desempeño profesional de los trabajadores del área de la salud en las áreas de COVID-19 del Hospital General Regional Dr. Marcelino Vélez Santana, periodo septiembre, 2021 - febrero, 2022 según sexo.

Tipo de Trastorno	Total afectados (%)	Femenino (%)	Masculino (%)
Ansiedad	72 (55.8)	44 (34.1)	28 (21.7)
Depresión	12 (9.3)	9 (6.9)	3 (2.3)
Trastorno mixto	45 (34.8)	28 (21.7)	17 (13.1)
Total	129 (100.0)	81 (62.7)	48 (37.2)

Fuente: Instrumento de recolección de datos

El sexo femenino tuvo más diagnósticos de trastornos adaptativos que los hombres, con un 62.7 por ciento, correspondiente a 81 mujeres., mientras que los hombres con un 37.2 por ciento correspondiente a 48 hombres. En las mujeres predomina un nivel mayor el tipo de trastorno adaptativo ansioso con un 34.1 por ciento y un nivel mayor de trastorno adaptativo depresivo con un 6.9 por ciento, siendo ambos tanto el tipo ansioso como el depresivo, menor en el sexo masculino, con un 21.7 por ciento y 2.3 por ciento respectivamente. Así también podemos observar el trastorno mixto y el trastorno adaptativo de ansiedad igual en porcentaje en ambos sexos en los diferentes diagnósticos, dígame 21.7 por ciento en el sexo femenino para trastorno mixto y 21.7 por ciento para ansiedad en el sexo masculino.

Gráfica 4. Trastornos adaptativos asociados al impacto del COVID-19 en el desempeño profesional de los trabajadores del área de la salud en las áreas de COVID-19 del Hospital General Regional Dr. Marcelino Vélez Santana, periodo septiembre, 2021 – febrero, 2022 según sexo.



Fuente: Tabla 4

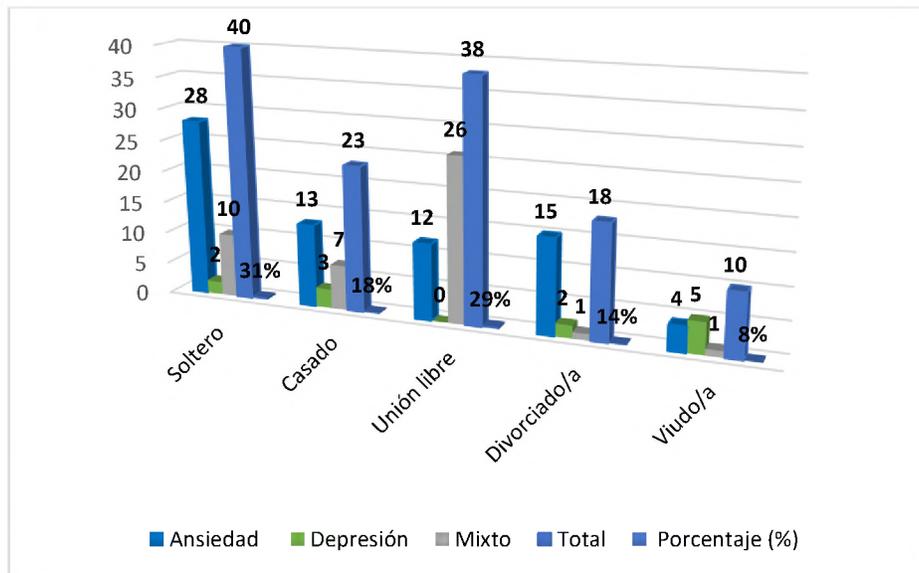
Tabla 5. Trastornos adaptativos asociados al impacto del COVID-19 en el desempeño profesional de los trabajadores del área de la salud en las áreas de COVID-19 del Hospital General Regional Dr. Marcelino Vélez Santana, periodo septiembre, 2021 – febrero, 2022 según estado civil.

Estado Civil	Tipos de Trastornos Adaptativos			Total (%)
	Ansiedad	Depresión	Mixto	
Soltero	28	2	10	40 (31.0)
Casado	13	3	7	23 (17.8)
Unión libre	12	0	26	38 (29.4)
Divorciado/a	15	2	1	18 (13.9)
Viudo/a	4	5	1	10 (7.7)
Total	72	12	45	129 (57.1)

Fuente: Instrumento de recolección de datos

Al analizar los resultados de la tabla 5 observamos que el estado civil que resultó más afectado fueron los solteros con 40 personas de 129 equivalente al 31.0 por ciento, seguido de la población en unión libre con 38 personas afectadas equivalentes a un 29.4 por ciento, quedando en último lugar las personas viudas/os con 10 personas afectadas (7.8 por ciento) pero siendo estos los de mayor cantidad de personas en el trastorno de depresión con 5 personas con respecto a los demás trastornos y estados civiles, los de unión libre tuvieron más personas diagnosticadas con trastorno mixto con 26 personas y los solteros más diagnósticos en el tipo ansiedad con 28 personas.

Gráfica 5. Trastornos adaptativos asociados al impacto del COVID-19 en el desempeño profesional de los trabajadores del área de la salud en las áreas de COVID-19 del Hospital General Regional Dr. Marcelino Vélez Santana, periodo septiembre, 2021 – febrero, 2022 según estado civil.



Fuente: tabla 5

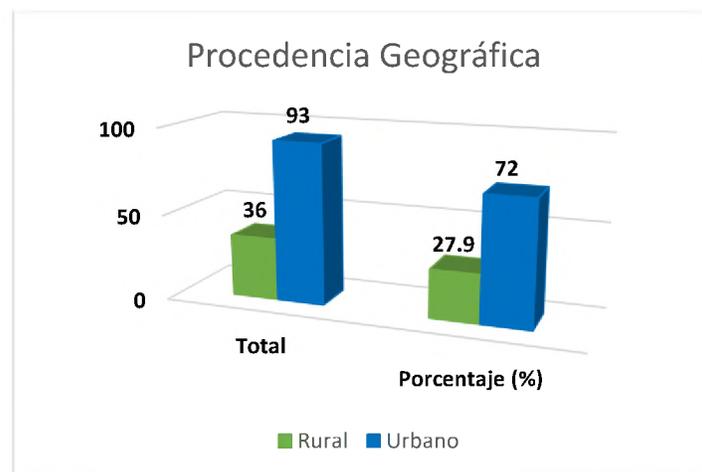
Tabla 6. Trastornos adaptativos asociados al impacto del COVID-19 en el desempeño profesional de los trabajadores del área de la salud en las áreas de COVID-19 del Hospital General Regional Dr. Marcelino Vélez Santana, periodo septiembre ,2021 – febrero, 2022 según procedencia.

Procedencia	Total	Porcentaje (%)
Rural	36	27.9
Urbano	93	72.0
	129	99.9

Fuente: Instrumento de recolección de datos

Como podemos ver el por ciento de población mayor es de procedencia urbana, ya que el estudio fue realizado en un lugar urbano alcanzando así un 72.0 por ciento y de procedencia rural con un 27.9 por ciento.

Gráfica 6. Trastornos adaptativos asociados al impacto del COVID-19 en el desempeño profesional de los trabajadores del área de la salud en las áreas de COVID-19 del Hospital General Regional Dr. Marcelino Vélez Santana, periodo septiembre, 2021 – febrero, 2022 según procedencia.



Fuente: Tabla 6

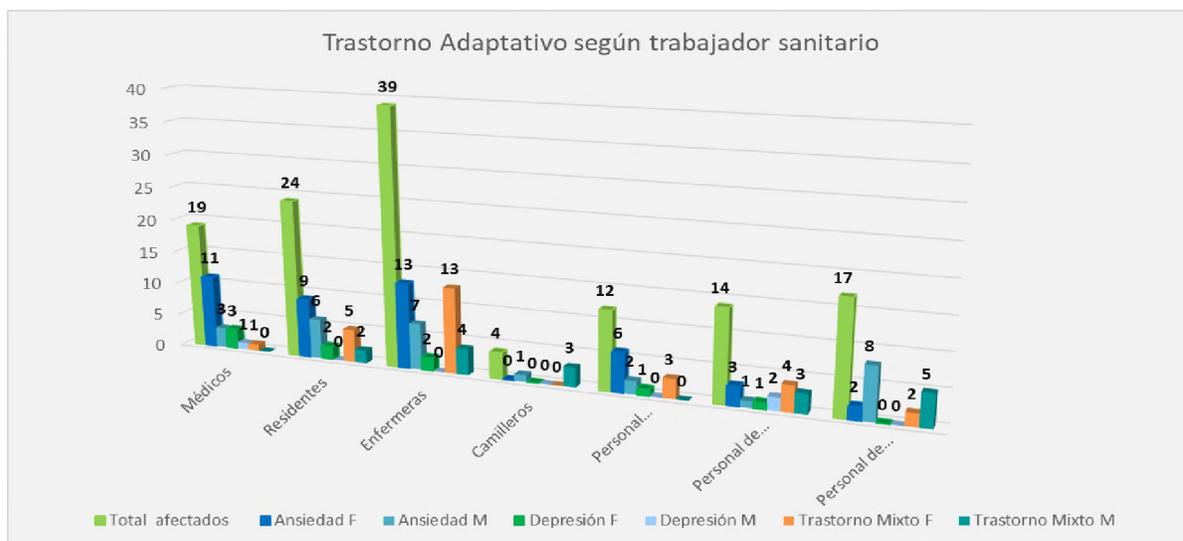
Tabla 7. Trastornos adaptativos asociados al impacto del COVID-19 en el desempeño profesional de los trabajadores del área de la salud en las áreas de COVID-19 del Hospital Regional Dr. Marcelino Vélez Santana, periodo septiembre, 2021 - febrero, 2022 según trabajador sanitario.

Trabajador Sanitario	Total entrevistados (%)	Total afectados (%)	Ansiedad		Depresión		Trastorno Mixto	
			F	M	F	M	F	M
Médicos especialistas	27 (20.9)	19 (14.7)	10	3	3	1	1	0
Residentes	30 (23.2)	24 (18.6)	9	6	2	0	5	2
Enfermeros	45 (34.8)	39 (30.2)	14	5	2	0	13	4
Camilleros	15 (11.6)	4 (3.1)	0	1	0	0	0	3
Personal administrativo	52 (40.3)	12 (9.3)	6	4	1	0	1	0
Personal de conserjería	25 (19.3)	14 (10.8)	3	4	1	2	6	3
Personal de seguridad	32 (24.8)	17 (13.1)	2	5	0	0	2	5
Total	226 (100.0)	129 (57.1)	44	28	9	3	28	17

Fuente: Instrumento de recolección de datos

De acuerdo a lo anterior visualizamos que el trabajador sanitario mayormente afectado fueron los enfermeros con un 30.2 por ciento seguidos de los médicos residentes con un 18.6 por ciento y luego los médicos especialistas con un 14.7 por ciento, además se observa el personal de conserjería con un 10.8 por ciento. En cuanto a un menor porcentaje de afectación se encuentran los camilleros con un 3.1 por ciento y el personal administrativo que con relación a la población entrevistada en ese personal específicamente (dígase 52 personas) obtuvo un 9.3 por ciento.

Gráfica 7. Trastornos adaptativos asociados al impacto del COVID-19 en el desempeño profesional de los trabajadores del área de la salud en las áreas de COVID-19 del Hospital General Regional Dr. Marcelino Vélez Santana, periodo septiembre 2021 - febrero 2022 según trabajador sanitario.



Fuente: Tabla 7

Tabla 8. Trastornos adaptativos asociados al impacto del COVID-19 en el desempeño profesional de los trabajadores del área de la salud en las áreas de COVID-19 del Hospital Regional Dr. Marcelino Vélez Santana, periodo septiembre 2021 – febrero, 2022 según área de labor.

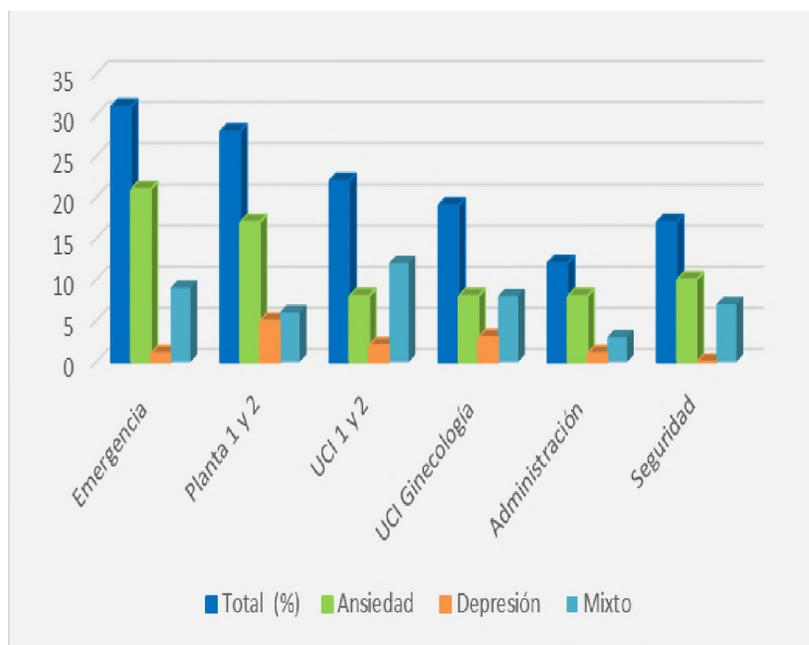
Área de labor	Total (%)	Ansiedad	Depresión	Mixto
Emergencia	31 (24.0)	21	1	9
Planta 1 y 2	28 (21.7)	17	5	6
UCI 1 y 2	22 (17.0)	8	2	12
UCI Ginecología	19(14.7)	8	3	8
Administración	12 (9.3)	8	1	3
Seguridad	17 (13.1)	10	0	7
Total	129 (57.1)	72	12	45

Fuente: Instrumento de recolección de datos

En esta tabla se observan las diferentes áreas de labor de los diferentes trabajadores sanitarios y cómo podemos visualizar el área de emergencia fue el área más afectada con un 24.0 por ciento (siendo la ansiedad el diagnóstico más

incidente de esta área con 21 personas afectadas), luego le sigue el área de planta 1 y 2 con un 21.7 por ciento (siendo también la ansiedad el diagnóstico más incidente con 17 personas afectadas), seguido del área de cuidados intensivos (UCI 1 y 2) con un 17.0 por ciento, UCI ginecología con un 14.7 por ciento y el área administrativa que destaca entre el área menos afectada con un 9.3 por ciento (prevaleciendo también la ansiedad como diagnóstico más frecuente con 8 personas afectadas).

Gráfica 8. Trastornos adaptativos asociados al impacto del COVID-19 en el desempeño profesional de los trabajadores del área de la salud en las áreas de COVID-19 del Hospital Regional Dr. Marcelino Vélaz Santana, periodo septiembre 2021 – febrero,2022 según área de labor:



Fuente: Tabla 8

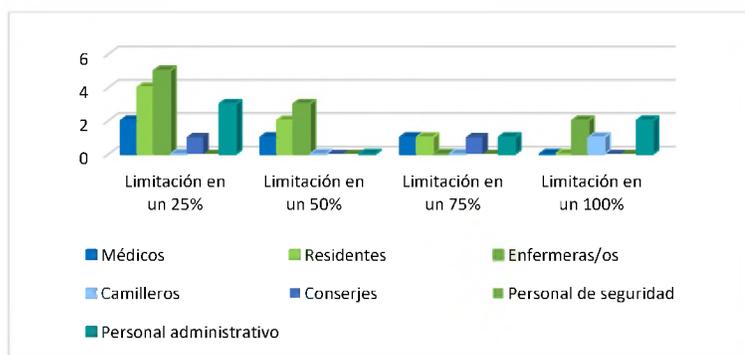
Tabla 9. Trastornos adaptativos asociados al impacto del COVID-19 en el desempeño profesional de los trabajadores del área de la salud en las áreas de COVID-19 del Hospital General Regional Dr. Marcelino Vélez Santana, periodo septiembre, 2021 – febrero, 2022 según limitación en el desempeño laboral.

Limitación en el desempeño de sus funciones	Médicos	Residentes	Enfermeros	Camilleros	conserjes	Personal de seguridad	Personal administrativo
Limitación en un 25%	2	4	5	0	1	0	3
Limitación en un 50%	1	2	3	0	0	0	0
Limitación en un 75%	1	1	0	0	1	0	1
Limitación en un 100%	0	0	2	1	0	0	2
Total	4	7	10	1	2	0	6

Fuente: instrumento recolección de datos

Al observar la distribución de la tabla 9, el personal con más limitación en el desempeño de sus funciones fueron las enfermeras con 5 personas en el porcentaje de limitación de 25 por ciento, seguidos de los residentes con 4 personas en el 25 por ciento, destacando el personal de seguridad que no tuvo ningún porcentaje de limitación.

Gráfica 9. Trastornos adaptativos asociados al impacto del COVID-19 en el desempeño profesional de los trabajadores del área de la salud en las áreas de COVID-19 del Hospital General Regional Dr. Marcelino Vélez Santana, periodo septiembre, 2021 – febrero, 2022 según limitación en el desempeño laboral.



Fuente: tabla 9

VIII. DISCUSIÓN

El objetivo general de esta investigación fue determinar el desarrollo de los trastornos adaptativos en el personal de salud que labora en áreas de COVID-19 durante el desempeño de sus funciones como trabajadores sanitarios, ya que se ha reportado un aumento considerable de cargas de trabajo, miedo y presión en general. Los trastornos de adaptación se caracterizan por la respuesta emocional ante un episodio estresante (pandemia).¹ Es una de las pocas entidades diagnósticas en las que un factor estresante externo (en este caso COVID-19) se relaciona con el desarrollo de los síntomas.¹

Por lo que se decidió evaluar el estado emocional 226 trabajadores que están en contacto directo con pacientes con COVID-19 en las distintas áreas, de este total se encontraron 129 trabajadores con diagnóstico de trastornos adaptativos correspondiente al 57.1 por ciento y 97 trabajadores no afectados correspondiente al 42.9 por ciento, corroborando que más de la mitad del personal de salud desarrolló este tipo de trastornos.

En cuanto al tipo de trastorno más evidenciado tenemos la ansiedad con un 55.8 por ciento y niveles menores de depresión con un 9.3 por ciento lo que concuerda con lo antes dicho por Parthasarathy R. en su estudio realizado en el 2021 en India,⁸ quien encontró niveles superiores de ansiedad que de depresión, lo mismo encontraron Erquicia J, Valls L, Barja A., en su estudio en el personal de salud en un hospital de Barcelona 2020, donde un porcentaje significativo de profesionales reportó más síntomas de ansiedad que de depresión.³ Pero estos datos anteriores difieren con el estudio realizado por Liang Y, Wu K en China donde la depresión tuvo mayor índice de resultados entre los trabajadores de primera línea.¹⁰

Al observar los resultados de los rangos de edad encontramos un porcentaje mayor de trastornos adaptativos en los rangos de 20-29 años con un 24.8 por ciento y 30-39 años con un 29.5 por ciento., correspondiente a la población adulta joven y el menor porcentaje en menores de 20 años con un 10.1 por ciento, Según el libro de Kaplan y Sadock 11 ed., Los trastornos de adaptación pueden aparecer a cualquier edad y la sintomatología varía considerablemente,

los síntomas depresivos, de ansiedad y mixtos son más frecuentes en adultos,¹ añadiendo que podemos corroborar esto con lo presentado por Monterrosa-Castro A y Dávila-Ruiz R en su estudio en la Universidad Autónoma de Bucaramanga, Colombia en el 2020, donde los resultados arrojaron datos de niveles más alto de ansiedad en médicos generales con edad promedio de 30 años.⁷ y así mismo, también, lo planteó Ning X y Yu Fcuya investigación reveló que la ansiedad y la depresión fueron más prevalentes los trabajadores ≤ 40 años y el personal médico con títulos junior.¹⁴

El sexo con más frecuencia de diagnósticos para trastornos adaptativos fue el sexo femenino con 81 mujeres afectadas del total de 129 afectados, correspondiendo a un 62.7 por ciento, en comparación con el sexo masculino que tuvo como resultado 48 varones afectados de 129, correspondiendo al 37.2 por ciento, lo que sustenta el Kaplan y sadock donde dice que los trastornos adaptativos en las mujeres se diagnostican con una frecuencia dos veces mayor que en los varones.¹ haciendo contraste con lo expuesto por Ning X y YuFen su estudio en china 2020 encontraron que las trabajadoras sanitarias (sexo femenino) tenían una mayor proporción de ansiedad que los hombres.¹⁴

En relación al estado civil que resultó más afectado fueron los solteros con 40 personas de 129 equivalente al 31.0 por ciento, estos en su mayoría con el trastorno de adaptativo tipo ansioso, Datos similares se encuentran en el estudio presentado por Parthasarathy R y Jaisoorya TS donde los trabajadores sanitarios con trastornos de ansiedad tenían más probabilidades de ser solteros.⁸ De igual manera la literatura de Kaplan y Sadock sustenta que por lo general se considera que los solteros constituyen la población más vulnerable.¹ Continuando con las parejas en unión libre con un 29.4 por ciento, fueron los segundos en mayoría de porcentaje. y en menor frecuencia de afectados los viudos, pero con la cantidad de personas más afectadas en el diagnóstico de depresión con respecto a los demás estados civiles.

La variable de procedencia geográfica indica que el por ciento de población mayor es de procedencia urbana en un 72.0 por ciento y de procedencia rural en un menor por ciento con un 27.0 por ciento, al estar el hospital en la zona urbana

y ser uno de los pocos hospitales durante la pandemia que ha recibido solo pacientes con COVID-19, tuvo por lo tanto la mayor cantidad de carga laboral y por ende mayores consecuencias a nivel general.

De acuerdo a los resultados obtenidos según la distribución del personal de salud en la que se distribuyó los trabajadores sanitarios que más trastornos adaptativos se evidenciaron, podemos encontrar una mayor cantidad de personas afectadas en el personal de enfermería con de 30.2 por ciento, lo que corroboran Erquicia J y Valls L, Barja en su estudio realizado en España 2020 donde los factores de riesgo asociados a mayor malestar psicológico fueron entre otros, el trabajar como auxiliar de enfermería, estar en contacto directo con pacientes Covid-19.³ De igual modo los residentes del hospital obtuvieron el segundo porcentaje mayor de personas con trastornos adaptativos con un 18.6 por ciento, dichos datos son similares al estudio realizado por Martínez F y Azkoul M.,⁶ en donde los cargos de médico residente y enfermero presentaron incrementos notables en las variables emocionales estudiadas.

Al evaluar las áreas de labor donde se entrevistaron los diferentes trabajadores sanitarios se observa que el área de emergencia fue la más afectada en un 24.0 por ciento (siendo la ansiedad el diagnóstico más incidente de esta área con 21 personas afectadas), Cabe destacar hallazgos similares en el estudio desarrollado por Obando Zegarra y Arévalo-Ipanaquén en los servicios de emergencia de dos hospitales públicos de nivel III en Perú, presentando mayor ansiedad que depresión.¹¹ Luego le sigue el área de planta 1 y 2 con un porcentaje de 21.7 (siendo también la ansiedad el diagnóstico más incidente con 17 personas afectadas), y el área administrativa que destaca entre el área menos afectada con un 9.3 por ciento (prevaleciendo también la ansiedad como diagnóstico más frecuente con 8 personas afectadas). Lo que se observa en el estudio presentado por Parthasarathy R donde la prevalencia fue significativamente mayor entre aquellos con responsabilidades clínicas en comparación con aquellos con responsabilidades de apoyo (en este caso área administrativas). Correspondiendo así a trastorno de ansiedad: 23,9 por ciento para el personal con responsabilidades clínicas frente a 15,5 por ciento con

responsabilidades de apoyo, luego depresión: 20,0 por ciento con responsabilidades clínicas frente a 14,2 por ciento con responsabilidades de apoyo. Entendiendotambién que las áreas con más carga laboral y atención de pacientes críticos fueron las áreas donde predominaron mayor cantidad de afectados.⁸

En cuanto al impacto del COVID-19 para evaluar el grado de limitación en el desempeño de las funciones de los distintos trabajadores sanitarios, decidimos estimarlo escogiendo preguntas específicas dentro del instrumento de recolección de STAI y Hamilton, en la que conseguimos determinar diferentes niveles dependiendo de su capacidad de afrontamiento, por lo tanto, lo dividimos en sí los limitó en un 25 por ciento, 50 por ciento, 75 por ciento, 100 por ciento, entiendo por "limitación" a que estos no podían realizar sus labores con la misma efectividad después de empezar la pandemia, debido a que habían comenzado a presentar síntomas de trastornos adaptativos por lo que muchos tomaron licencia o vacaciones. El mayor grado de limitación (correspondiente al 100%) los tuvieron las enfermeras y el personal administrativo (cabe destacar que estos fueron los que tuvieron menor cantidad de trastornos de adaptación en general, pero fueron los que resultaron con mayor índice de limitación en una menor cantidad de personas a la hora de realizar sus labores).,El menor grado de limitación (correspondiente al 25 por ciento) lo obtuvieron los enfermeros y médicos residentes (señalando que estos dos tipos de trabajadores fueron los más afectados en cuanto a trastornos adaptativos).

IX. CONCLUSIONES

Después de analizar los datos obtenidos durante esta investigación se han encontrado datos relevantes en distintos aspectos por lo que se puede concluir:

1. La ansiedad como trastorno adaptativo fue el más presentado por el personal de salud en el 55.8 por ciento de los casos.
2. La población femenina con un 62.7 por ciento tuvo los más altos valores en los tres tipos de trastornos: ansiedad, depresión y mixto.
3. Los enfermeros predominan con el nivel más alto de afectados entre todos los tipos de trastornos adaptativos con un 30.2 por ciento, seguido de los médicos residentes que ocupan el segundo lugar con el nivel más alto de afectados con un 18.6 por ciento y luego los médicos especialistas con 14.7 por ciento siendo estos tres los más afectados con respecto a los demás trabajadores sanitarios.
4. El rango de edad más prevalente fue la población adulta en el rango de 30-39 años (teniendo este rango mayor incidencia en el tipo de ansiedad) con un 29.5 por ciento.
5. En cuanto a la distribución del personal por estado civil los solteros fueron los más afectados con un 31.0 por ciento (prevaleciendo el trastorno de ansiedad).
6. El mayor porcentaje de procedencia fue del área urbano con un 72.0 por ciento y en menor porcentaje del área rural con un 27.9 por ciento.
7. Las áreas de emergencia en un 24.0 por ciento y planta 1 y 2 en un 21.7 fueron las áreas con más diagnósticos de trastornos adaptativos.
8. La capacidad de afrontamiento a cierto tipo de circunstancias como ha sido la pandemia por COVID-19 tuvo diferentes grados de limitación en el personal de salud al momento de realizar sus funciones considerándose los más afectados enfermeros y médicos residentes.

X. RECOMENDACIONES:

1. Implementar operativos regulatorios aplicando las pruebas de STAI y Hamilton para la detección de trastornos adaptativos en el personal de salud del hospital.
2. Establecer un programa de consultas psicológicas brindado por las organizaciones de salud mental del Ministerio de Salud Pública para poder evaluar causas específicas de cada tipo de trastorno adaptativo y así aplicar tratamientos individualizados.
3. Crear planes de seguimientos sobre el personal sanitario para que cumplan los tratamientos establecidos por el psicólogo o psiquiatra.
4. Fomentar en el personal de salud, técnicas de reconocimiento de su malestar emocional y manejo psicopatológico ante posible desarrollo de un trastorno adaptativo.
5. Los ministerios gubernamentales deben desarrollar programas preventivos en los centros de salud donde se informen sobre las posibles consecuencias que trae no cuidar de la salud mental en el personal de salud y en la población en general.
6. Dividir y/o delegar funciones específicas a los médicos especialistas, residentes y enfermeras para disminuir la gran carga laboral y así brindar una mejor atención a los pacientes infectados por COVID-19 evitando factores estresantes.
7. Se recomienda desarrollar nuevas investigaciones que puedan asociar los trastornos adaptativos a otras condiciones médicas ya que son pocos los estudios basados en estos tipos trastornos.

XI. REFERENCIAS:

1. James-Sadock B y Alcott-Sadock V y Ruiz P. *Sinopsis de psiquiatría*. 11 ed. (Estados Unidos): Editorial Wolterskluwer;2015:11.2(446-451).
2. Muñoz-Fernández SI, Molina-Valdespino D, Ochoa-Palacios R, Sánchez-Guerrero O, Esquivel-Acevedo JA. Estrés, respuestas emocionales, factores de riesgo, psicopatología y manejo del personal de salud durante la pandemia por COVID-19. *Acta pediatrMéx* [revista de internet] 2020. (citado 24 marzo 2021), 41 (Supl1): S127-S136. Disponible: <https://WWW.mediagraphic.com/pdfs/actpedmex/apm-2020/apms201q.pdf>.
3. Erquicia J, Valls L, Barja A, Gil S, et al. Impacto emocional de la pandemia de Covid-19 en los trabajadores sanitarios de uno de los focos de contagio más importantes de Europa. *Medicina Clínica* [revista de internet] 2020 (citado 14 julio 2021);155 (446-451): disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.medcli.2020.07.006>.
4. Vásquez Elera Luis Enrique. Ansiedad, depresión y estrés en trabajadores del Hospital Cayetano Heredia durante la pandemia de COVID 19 durante el año 2020. [tesis de grado], Perú: Universidad César Vallejo; 2020.
5. Londoño Castillo J., Velásquez Muñoz L., Redondo Chinchilla M. Ansiedad y depresión durante la emergencia sanitaria del COVID-19 en personal asistencial activo en instituciones de salud en Santander [trabajo de grado], Colombia: Universidad Cooperativa de Colombia Facultad psicología; 2020.
6. Martínez F, Azkoul M, Rangel C, Sandia I, Pinto S. Efectos de la pandemia por COVID–19 en la salud mental de trabajadores sanitarios del estado Mérida, Venezuela. *Revista del Grupo de Investigaciones Comunidad: Salud*. [Revista de internet] 2020 [citado:14 julio 2021]; 5 (4). Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7674979>.
7. Monterrosa-Castro A, Dávila-Ruiz R, Mejía-Mantilla A, Contreras-Saldarriaga J, Mercado-Lara M, Florez-Monterrosa C. Estrés laboral, ansiedad y miedo al COVID-19 en médicos generales colombianos. *MedUNAB* [Revista de Internet]. 22 de julio 2020 [citado 30 marzo 2021];

23(2):195-

13. Disponible: <https://revistas.unab.edu.co/index.php/medunab/article/view/3890>.

8. Parthasarathy R, Jaisoorya TS, Thennarasu K, Pratima M. Problemas de salud mental entre los trabajadores de la salud durante la pandemia de COVID-19. *Asian J Psychiatr* [revista de internet] 2021 (citado 30-marzo 2021); 58 (102626). Disponible: <https://doi.org/10.1016/j.ajp.2021.102626>
9. Samaniego A, Urzúa A, Buenahora M, Vera-Villarroel P. Sintomatología asociada a trastornos de salud mental en trabajadores sanitarios en Paraguay, efecto VID-19. *Revista Interamericana De Psicología/Interamerican Journal of Psychology* 2020 [Revista de internet] 2020 [citado 15 julio 2021]; 54(1) Disponible en: <https://journal.sipsych.org/index.php/IJP/article/view/1298/1013>.
10. Liang Y, Wu K, Zhou Y, Huang X, Zhou Y, Liu Z. Mental Health in Frontline Medical Workers during the 2019 Novel Coronavirus Disease Epidemic in China: A Comparison with the General Population. *Int J Environ Res Public Health*. [revista de internet] 9 sep 2020 (citada 16 julio 2021); 17(18):6550. Disponible en: [10.3390/ijerph17186550](https://doi.org/10.3390/ijerph17186550).
11. Obando-Zegarra R, Arévalo-Ipanaqué JM, Aliaga Sánchez, R A; Obando Zegarra, M. Ansiedad, Estrés y depresión en enfermeros de emergencia Covid-19. *Index de Enfermería* [Revista de internet] 2020 [citado 27 marzo 2021]; 29(4): e13056. Disponible en: <http://ciberindex.com/c/ie/e13056>.
12. Ríos D, Cabrera N, Garza H, Hernández H. Grado de afectación de la salud mental en médicos residentes de anestesiología durante la pandemia SARS-COV 2 (COVID-19). [Tesis de Grado]. México: Universidad Autónoma de Nuevo León. 2021.
13. Díaz F, Carlos J, Llumipanta J, Ramón A. Salud mental y trabajo: Estudio de depresión y ansiedad ante el COVID-19 en el personal de cajas de un hospital privado de Quito-Ecuador. [trabajo de grado]. Quito (Ecuador): Universidad SEK ser mejores. 2020.

14. Ning X, Yu F, Huang Q. et al. La salud mental de los médicos y enfermeras neurológicos en la provincia de Hunan, China, durante las etapas iniciales del brote de COVID-19. *BMC Psychiatry* [revista de internet] 2020 (citada 16 julio 2021); 20 (436). Disponible en: <https://doi.org/10.1186/s12888-020-02838-z>.
15. Macías-Llanes ME. COVID- 19: Social response to pandemic. *RevHumMed* [Revista de Internet]. 2020 [citado 2021 Mar 30]; 20(1): 1-4. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S172781202020000100001&lng=es. Epub 29-Mar-2020.
16. López-González A. Los trabajadores de la salud se enfrentan a dos batallas: la pandemia del COVID-19 y las alteraciones en salud mental. *notas de política*. [Revista de internet] 2020 [citado marzo 30 2021]; Disponible: <https://medicina.uniandes.edu.co/sites/default/files/articulos/doc/Nota%20pol%C3%ADtica%20trabajadores%20salud%20y%20covid.pdf>.
17. Valle-López P, Bermúdez-Navas E. Estudio descriptivo de los trastornos adaptativos en las consultas de salud mental. *Norte de salud mental*. [Revista de internet]. 2016 [citado 30 marzo 2021]; 13(54) Disponible en: [file:///C:/Users/fcabr/Downloads/DialnetEstudioDescriptivoDeLosTrastornosAdaptativosEnLasC-5401175%20\(3\).pdf](file:///C:/Users/fcabr/Downloads/DialnetEstudioDescriptivoDeLosTrastornosAdaptativosEnLasC-5401175%20(3).pdf)
18. Gómez Pardiñas S, Fontela Vivanco E, González Santos M, Ferrero Álvarez T, Pérez Ramírez L. Trastornos adaptativos. *fisterra* [revista de internet] 2017 (citado 30 marzo 2021). Disponible en: <https://www.fisterra.com/guias-clinicas/trastornos-adaptativos/>
19. Valero-Cedeño J, Mina-Ortiz J, Veliz-Castro T, Merchán-Villafuerte K, Perozo-Mena A. COVID-19: La nueva pandemia con muchas lecciones y nuevos retos. *Revisión Narrativa*. [Revista de internet]. abril 2020 [citado marzo 2021]; 48(1), e48; Disponible en: DOI: [10.5281/zenodo.3745322](https://doi.org/10.5281/zenodo.3745322)
20. Valero-Moreno S, Mateu-Molláa J, Lacomba-Trejoa L, Sanz-Crucesb J, Carbajo-Álvarez E. Calidad de vida y ansiedad fóbica en mujeres

- diagnosticadas de trastorno adaptativo. *Revista IPS*. [Revista de internet] 2017 [citado marzo 2021]; 5(1), 15-23.
21. Rojas Rodríguez S, Campos Bacas D, MolésAmposta M, Quero Castellano S. Prevalencia y tipología de eventos estresantes en una muestra española con trastorno adaptativo: estudio exploratorio. [trabajo de grado]. Castellón de plana (España): Universitat Jaume I; 2017.
 22. Galarcio-Periñan C. Análisis del perfil cognitivo de un paciente con trastorno adaptativo mixto con ansiedad y estado de ánimo depresivo. [estudio investigativo]. Barranquilla: Universidad del norte división de humanidades y ciencias sociales, departamento de psicología. 2016.
 23. Ricaurte Jiménez F. Adaptándome al cambio. [tesis posgrado]. Ecuador: Universidad Nacional de Chimborazo. 2016.
 24. Arango C, Artigas F et al. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DSM-5. 5ª ed., Madrid (España): Editorial médica panamericana, 2014: 286-289.
 25. Vallejo-Sanchez B, Personalidad, Afrontamiento y Positividad En Pacientes con Trastorno Adaptativo, [revista de internet]. 2015 [citado 30 de marzo 2021]; disponible en http://e-spacio.uned.es/fez/eserv/tesisuned:Psicologia-Bvallejo/VALLEJO_SANCHEZ_Beatriz.pdf
 26. Soto-Santillán VA. Relación del intento autolítico con el estado ansioso depresivo en pacientes ingresados en el área de medicina interna del hospital provincial general docente riobamba. [Tesis de grado Medicina]. Riobamba (Ecuador): Universidad Nacional de Chimborazo facultad de ciencias de la salud carrera de medicina; Julio del 2015.
 27. Chiang-Vega MM, Riquelme-Neira GR, Rivas-Escobar PA. Relación entre Satisfacción Laboral, Estrés Laboral y sus Resultados en Trabajadores de una Institución de Beneficencia de la Provincia de Concepción. *CiencTrab*. [Revista de Internet]. diciembre 2018 [citado 2021 Abr 11]; 20(63):178-186. Disponible:https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S

071824492018000300178&lng=es.<http://dx.doi.org/10.4067/S071824492018000300178>.

28. Fernández-Sánchez A, Estrada-Salvarrey M, Arizmendi-Jaime E. Relación de estrés, ansiedad y depresión laboral en profesionales de enfermería. *RevEnfNeuro*[Revista de internet]. 2020 [citado 11 abril 2021] Vol. 18 Núm. 1. Disponible en:<https://doi.org/10.37976/enfermeria.v18i1.277>.
29. Linda J. Vorvick, MD, Clinical Associate Professor, Department of Family Medicine, UW Medicine, School of Medicine, University of Washington, Seattle, WA. Also reviewed by David Zieve, MD, MHA, Medical Director, Brenda Conaway, Editorial Director, and the A.D.A.M. Editorial team. agosto 2020.
30. JA Reyes Ticas, titular. trastornos de ansiedad guía práctica para diagnóstico y tratamiento. Universidad Autónoma de México. 2016
31. Ramos Santos M. Estudio de caso: adolescentes de 13 años que presenta rasgos característicos de trastorno de adaptación con ansiedad mixta y estado de ánimo deprimido. Universidad Panamericana Guatemala mayo 2017.
32. John W. Barnhill MD, WeillCornell. Trastornos de adaptación. [revista en internet]; New York. 2020 [citado en 2020]; disponible <https://www.merckmanuals.com/es-us/professional/trastornos-psiqui%C3%A1tricos/trastorno-de-ansiedad-y-trastornos-relacionados-con-el-estr%C3%A9s/trastornos-de-adaptaci%C3%B3n>.
33. William Coryell , MD, Carver. Tratamiento farmacológico de la depresión. [internet]; New York. 2020. [citado en abril 2020]; Disponible en <https://www.msdmanuals.com/es-do/professional/trastornos-psiqui%C3%A1tricos/trastornos-del-estado-de-%C3%A1nimo/tratamiento-farmacol%C3%B3gico-de-la-depresi%C3%B3n>.
34. Bedoya-Cardona, E. Montaña-Villalba, L. Suicidio y Trastorno Mental. CES Psicología Colombia. 2016. [citado en agosto 2015]; disponible en <https://www.redalyc.org/jatsRepo/4235/423548400012/html/index.html>.

35. Tarraga Marcos A. Estado de Ansiedad y Burnout en trabajadores sanitarios de Albacete. *JOHNPR*. [revista de internet] 2016 [citado 13 abril 2021];1(3):100-106 DOI: 10.19230/jonnpr.2016.1.3.1016.
36. Martínez-López M. Tratamiento psicológico grupal de sesión única para personas que sufren trastornos adaptativos. Apuntes de Psicología, Universidad de Cádiz. [revista de internet] 2017 [citado 13 abril 2021], Vol. 35, número 2, págs. 131-140., ISSN 0213-3334.
37. Alicia D. Powell. MD. Luto, duelo y trastornos adaptativos. *SNCpharma*. 2017 Tratado de Psiquiatría Clínica massachusetts general hospital [revista de internet] 2018 (Tratado de Psiquiatría Clínica massachusetts general hospital); 38/94. Disponible en: <https://sncpharma.com/wp-content/uploads/2020/11/38.-Luto-duelo-y-trastornos-adaptativos.pdf>.
38. Irarrázaval M, Prieto F., y Armijo, J. Prevención e intervenciones tempranas en salud mental. *Acta bioethica* [revista de internet] 2016 (citada 1 abril 2021)(1) 37-50. Disponible en: <https://doi.org/10.4067/S1726-569X2016000100005>.
39. Morera, J, Calvo E. Psiquiatría en Atención Primaria (pp.307-319): Trastornos adaptativos 2016 (pp.307-319) capítulo: 3.8.
40. Lema-Holguin R. Trastorno adaptativo y sus efectos psicosociales en una persona privada de libertad. [tesis de grado] Universidad Técnica de Babahoyo 2019.
41. López-Álvarez J. Trastornos (des)adaptativos. Cuadernos de Salud Mental del 12. [revista de internet] 2019 [citado 21 abril 2021]; Nº 16 Hospital Universitario 12 de Octubre Madrid, España.
42. Pérez I. Perfil cognitivo de un paciente con trastorno adaptativo mixto [estudio investigativo]. Barranquilla: Universidad del norte división de humanidades y ciencias sociales, departamento de psicología. 2017.
43. La OMS caracteriza a COVID-19 como una pandemia. Organización Panamericana de la Salud, PAHO, marzo de 2020.
44. Manzini JL. Declaración de Helsinki: principios éticos para la investigación médica sobre sujetos humanos. *Acta bioethica* 2015; VI (2): 321.

45. International Ethical Guidelines for Biomedical Research Involving Human Subjects. Prepared by the Council for International Organizations of Medical Sciences (CIOMS) in collaboration with the World Health Organization (WHO). Geneva, 2017.

XII. ANEXOS

XII.1. Cronograma

Variables	Tiempo: 2020-2022	
Selección del tema	2020	Noviembre 2020
Búsqueda de referencias		
Elaboración del anteproyecto	2021	Enero
		Febrero
		Marzo
		Abril
		Mayo
		Junio
		Julio
Sometimiento y aprobación		Agosto
Ejecución de las encuestas	2021	Septiembre
		Octubre
		Noviembre
		Diciembre
		Diciembre
Tabulación y análisis		Diciembre
Redacción del informe		
Revisión del informe	2022	Diciembre 2021-
Encuadernación		febrero 2022
Presentación		

XII.2. Instrumento de recolección de datos.

Trastornos adaptativos asociados al impacto del covid-19 en el desempeño profesional de los trabajadores de la salud en las áreas de covid-19 del hospital general regional doctor Marcelino Vélez Santana. Septiembre 2021-febrero 2022.

Urbano / rural	Sexo:	Estado civil: Edad :
Desempeño laboral		

CUESTIONARIO DE ANSIEDAD ESTADO-RASGO (STAI)

A-E INSTRUCCIONES

A continuación, encontrará unas frases que se utilizan corrientemente para describirse uno a sí mismo. Lea cada frase y señale 0 a 3 que indique mejor cómo se siente usted ahora mismo, en este momento. No hay respuestas ni buenas ni malas. No emplee demasiado tiempo en cada frase y conteste señalando la respuesta correcta.

1.Me siento calmado
2.Me siento seguro
3.Estoy tenso
4.Estoy contrariado
5.Me siento cómodo (estoy a gusto)
6.Me siento alterado
7.Me siento preocupado ahora por posibles desgracias futuras
8.Me siento descansando
9.Me siento angustiado
10.Me siento confortable

11.Tengo confianza en mí mismo
12.Me siento nervioso
13.Estoy desasosegado
14.Me siento muy atado (como oprimido)
15.Estoy relajado
16.Me siento satisfecho
17. Estoy preocupado
18.Me siento aturdido y sobreexcitado
19.Me siento alegre
20.En este momento no me siento bien
21. Me siento bien
22.Me canso rápido
23. Siento ganas de llorar
24. Me gustaría ser tan feliz como otros
25. Pierdo oportunidades por no decidirme pronto
26. Me siento descansado
27. Soy una persona tranquila, serena, sosegada
28. Veo que las dificultades se amontonan y no puedo con ellas
29. Me preocupo demasiado por cosas sin importancias
30. Soy feliz
31.Suelo tomar las cosas muy seriamente
32. Me falta confianza en mí mismo/a
33. Me siento seguro
34. No suelo afrontar las crisis o dificultades
35. Me siento triste (melancólico)
36. Estoy satisfecho
37. Me rondan y molestan pensamientos sin importancia

38. Me Afectan tanto los desengaños que no puedo olvidarlos

39. Soy una persona estable

40. Cuando pienso sobre asuntos y preocupaciones actuales me pongo tenso y angustiado.

TEST DE HAMILTON / ESCALA 1

Puntuaciones: Depresión

A continuación, se expresan varias respuestas posibles a cada uno de los 21 apartados. Detrás de cada frase marque con una cruz la casilla que mejor refleje su situación.

Test de Hamilton
1. Me siento triste, desamparado, inútil, me encuentro pesimista, lloro con facilidad.
2. Me siento culpable. Creo haber decepcionado a los demás. Creo que mi enfermedad es un castigo.
3. Me parece que no vale la pena vivir. Desearía estar muerto. Pienso en quitarme la vida.
4. Me siento incapaz de realizar mi trabajo. Hago mi trabajo peor que antes, me siento cansado, débil, no tengo interés por nada.
5. Me encuentro lento, parado. Me cuesta concentrarme en algo y expresar mis ideas.
6. Me encuentro tenso, irritable, todo me preocupa y me produce temor. Presiento que algo malo puede ocurrirme.
7. Me siento preocupado por notar palpitaciones, dolores de cabeza, me encuentro molesto por mi mal funcionamiento intestinal. Necesito respirar, sudo copiosamente, necesito orinar con frecuencia.
8. Me siento preocupado por el funcionamiento de mi cuerpo y por el estado de mi salud. Creo que necesito ayuda médica.
9. A veces me siento como si no fuera yo, o lo que me rodea no fuera normal.
10. Recelo de los demás, no me fío de nadie. A veces creo que alguien me vigila y me persigue donde quiera que vaya.
11. Tengo dificultad para conciliar el sueño, tardo mucho en dormirme.
12. Tengo un sueño inquieto, me despierto fácilmente y tardo en volver a dormirme.
13. Me despierto muy temprano y ya no puedo volver a dormirme.
14. Me siento intranquilo e inquieto, no puedo estar quieto, me retuerzo las manos. Me tiro de los pelos, me muerdo las uñas y los labios.

15. Tengo poco apetito, sensación pesadez en el abdomen. Necesito alguna cosa para el estreñimiento .
16. Me siento cansado y fatigado. Siento dolores. Pesadez en todo mi cuerpo. Parece como si no pudiera conmigo.
17. No tengo ninguna apetencia por las cuestiones sexuales. Tengo desarreglos menstruales.
18. Peso menos que antes, estoy perdiendo peso.
19. No sé qué me pasa, me siento confundido.
20. Por las mañanas y por las tardes me siento peor.
21. Se me meten en las cabezas ideas, me dan constantes vueltas y no puedo librarme de ellas.

XII.3. Consentimiento informado.

Estimado señor/a: Nos gustaría pedirles su consentimiento para participar en nuestro trabajo de grado (Tesis) para optar por el título de Doctor en Medicina. En este documento encontrarán un resumen del proyecto. Léanlo con atención y pregunten a los investigadores en caso de dudas.

Objetivos del estudio. Analizar los trastornos adaptativos asociados al impacto del COVID-19 en el desempeño profesional de los trabajadores del área de la salud de los departamentos de emergencia, cuidados intensivos, neumología, medicina interna, consulta de atención primaria del Hospital General Plaza de la Salud.

Participación voluntaria. Su participación en este proyecto de investigación es voluntaria y usted puede interrumpirla en cualquier momento. Puede negarse a responder cualquier pregunta o de no participar en la misma. Si rechaza participar, no habrá consecuencias para usted. Si se retira del proyecto, pueden decidir si sus datos deben borrarse o si se pueden seguir utilizando tras haberlos convertido en anónimos (p. ej., eliminando los datos de la información identificativa, incluido el código, para que resulte imposible volver a identificar sus

datos). Una vez hayan retirado su consentimiento, no se introducirán más datos suyos.

Confidencialidad. Su identidad será protegida, no es necesario escribir su nombre. Toda información o datos que puedan servir para identificarlo/a serán manejados confidencialmente, la información obtenida será identificada por un código numérico perteneciente a su hoja de formulario.

Riesgos/Beneficios. Su participación en este proyecto no representa riesgos para usted. Si se siente incómodo/a con algún aspecto incluido en los formularios, tiene derecho de no contestar. Su participación contribuye a obtener datos más fiables para nuestro objetivo.

Costos. Su participación en este proyecto no requiere ningún costo.

Si deciden participar en este proyecto, favor firmar con una X

ID _____ Estoy de acuerdo y acepto la participación y publicación de este proyecto de investigación.

Responsables:

Liesser Cabreja _____

Katherine De los Santos _____

XII.4. Costos y recursos

XII.4.1. Humanos				
<ul style="list-style-type: none"> • 2 sustentante • 1 asesor (metodológico y clínico) • Personas que participaron en el estudio 				
XII.4.2. Equipos y materiales		Cantidad	Precio	Total
Papel bond 20 (8 1/2 x 11)		1 resmas	80.00	240.00
Papel Mistique		1 resmas	180.00	540.00
Lápices		2 unidades	3.00	36.00
Borras		2 unidades	4.00	24.00
Bolígrafos		2 unidades	3.00	36.00
Sacapuntas		2 unidades	3.00	18.00
Computador Hardware: Pentium III 700 Mhz; 128 MB RAM; 20 GB H.D.;CD-ROM 52x Impresora HP 932c Scanner: Microteck 3700 Software: Microsoft Windows XP Microsoft Office XP MSN internet service Omnipage Pro 10 Dragon Naturally Speaking Easy CD Creator 2.0				
Calculadoras		2 unidades	600.00	1,200.00
XII.4.3. Información				
Adquisición de libros Revistas Otros documentos Referencias bibliográficas (ver listado de referencias)				
XII.4.4. Económicos*				
Papelería (copias)		800 copias	1.00	800
Encuadernación		4 informes	80.00	320
Alimentación				1,200.00
Transporte Uber				10,000
Imprevistos				2,000.00
Total				\$15,214

*Los costos totales de la investigación fueron cubiertos por el sustentante.

XII.5. Evaluación

Sustentantes:

Katherine De los Santos

Katherine J. De los Santos Amador

Liesser N. Cabreja

Liesser N. Cabreja Rosario

Asesores:

Dr. Rubén Darío Pimentel

Dr. Rubén Darío Pimentel
(Metodológico)

Dra. Kersy Medina

Dra. Kersy Medina
(Clínico)

Jurado:

Dr. Paul Rentería

[Signature]

[Signature]

Autoridades:

[Signature]

Dra. Claudia María Scharf
Directora de la escuela de medicina



Dr. William Duke

Decano Facultad Ciencias de la salud



Fecha de presentación: 9-2-2022
Calificación: 90-A