

Oriol Peña Sáez

**Trastorns adaptatius a l'atenció primària: tres casos  
clínic**

TREBALL FI DE MÀSTER

Dirigit per Helena Garriga Cazorla

MÀSTER EN PSICOLOGIA GENERAL SANITÀRIA

Departament de Psicologia



UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI

Tarragona, 2025

AQUEST TREBALL CONTÉ INFORMACIÓ CONFIDENCIAL I, PER  
AQUEST MOTIU, NO POT SER COMPARTIT EN LA SEVA TOTALITAT.

## Índex

<b>1. Fonamentació teòrica dels casos presentats</b> .....	4
<b>1.1. Introducció</b> .....	4
<b>1.2. Definició del Trastorn Adaptatiu (TA)</b> .....	5
<b>1.3. Epidemiologia i característiques clíniques</b> .....	6
<b>1.4. Desenvolupament i curs</b> .....	7
<b>1.5. Diagnòstic diferencial i comorbiditat</b> .....	9
<b>1.6. Intervencions terapèutiques en el trastorn adaptatiu</b> .....	11
<b>2. Cas 1</b> .....	Error! No s'ha definit el marcador.
<b>2.1. Presentació-descripció del cas</b> .....	Error! No s'ha definit el marcador.
<b>2.2. Explicació i justificació de les tècniques d'avaluació aplicades i de les dades de pretractament</b> .....	Error! No s'ha definit el marcador.
<b>2.3. Hipòtesis diagnòstiques, de manteniment i d'origen del problema</b> .....	Error! No s'ha definit el marcador.
<b>2.4. Definició d'objectius d'actuació</b> .....	Error! No s'ha definit el marcador.
<b>2.5. Explicació i justificació de les tècniques de tractament utilitzades</b> .....	Error! No s'ha definit el marcador.
<b>2.6. Presentació de dades post tractament: resultats aconseguits</b> .....	Error! No s'ha definit el marcador.
<b>2.7. Discussió dels resultats obtinguts</b> .....	Error! No s'ha definit el marcador.
<b>2.8. Seguiment: resultats</b> .....	Error! No s'ha definit el marcador.
<b>3. Cas 2</b> .....	Error! No s'ha definit el marcador.
<b>3.1. Presentació-descripció del cas</b> .....	Error! No s'ha definit el marcador.
<b>3.2. Explicació i justificació de les tècniques d'avaluació aplicades i de les dades de pretractament</b> .....	Error! No s'ha definit el marcador.
<b>3.3. Hipòtesis diagnòstiques, de manteniment i d'origen del problema</b> .....	Error! No s'ha definit el marcador.
<b>3.4. Definició d'objectius d'actuació</b> .....	Error! No s'ha definit el marcador.
<b>3.5. Explicació i justificació de les tècniques de tractament utilitzades</b> .....	Error! No s'ha definit el marcador.
<b>3.6. Presentació de dades post tractament: resultats aconseguits</b> .....	Error! No s'ha definit el marcador.
<b>3.7. Discussió dels resultats obtinguts</b> .....	Error! No s'ha definit el marcador.
<b>3.8. Seguiment: resultats</b> .....	Error! No s'ha definit el marcador.

<b>4. Cas 3</b> .....	Error! No s'ha definit el marcador.
<b>4.1. Presentació-descripció del cas</b> .....	Error! No s'ha definit el marcador.
<b>4.2. Explicació i justificació de les tècniques d'avaluació aplicades i de les dades de pretractament</b> .....	Error! No s'ha definit el marcador.
<b>4.3. Hipòtesis diagnòstiques, de manteniment i d'origen del problema</b> .....	Error! No s'ha definit el marcador.
<b>4.4. Definició d'objectius d'actuació</b> .....	Error! No s'ha definit el marcador.
<b>4.5. Explicació i justificació de les tècniques de tractament utilitzades</b> .....	Error! No s'ha definit el marcador.
<b>4.6. Presentació de dades post tractament: resultats aconseguits</b> .....	Error! No s'ha definit el marcador.
<b>4.7. Discussió dels resultats obtinguts</b>	Error! No s'ha definit el marcador.
<b>4.8. Seguiment: resultats</b> .....	Error! No s'ha definit el marcador.
<b>5. Anàlisi de les limitacions del treball</b> ....	Error! No s'ha definit el marcador.
<b>6. Conclusions crítiques i possibles canvis que caldria fer en el futur</b> .....	Error! No s'ha definit el marcador.
<b>7. Referències bibliogràfiques</b> .....	15

#### **Annexos:**

- Annex A. Criteris del trastorn adaptatiu segons el DSM-5-TR**
- Annex B. Informació sobre el Warwick-Edinburgh Mental Wellbeing Scale – versió curta (WEMWBS-7)**
- Annex C: Informació sobre l'EuroQol 5D-5L**
- Annex D. Informació sobre l'Inventari d'Ansietat de Beck – II (BAI-II)**
- Annex E. Informació sobre l'Inventari de Depressió de Beck – II (BDI-II)**
- Annex F. Informació sobre l'Adaptative Diagnostic and Monitoring Model – 4 ítems (ADNM-4)**
- Annex G. Informació sobre l'Escala Multidimensional de Suport Percebut (EMAS)**
- Annex H. Informació sobre el Qüestionari de Salut del Pacient – 9 (PHQ-9)**
- Annex I. Informació sobre l'Escala de Suport Social d'Oslo – 3 ítems (Oslo-3)**
- Annex J. Informació sobre el General Anxiety Disorder – 7 ítems (GAD-7)**

## **1. Fonamentació teòrica dels casos presentats**

### **1.1. Introducció**

La societat actual està marcada per un ritme accelerat i altes exigències, fet que exposa les persones a situacions estressants constants. Aquestes poden generar respostes desadaptatives que afecten negativament la funcionalitat i la qualitat de vida (Oliver et al., 2023).

Segons l'informe anual del Sistema Nacional de Salut del 2023, el 34% de la població espanyola presenta algun problema de salut mental. Aquest percentatge s'incrementa fins al 40% en les persones de 50 anys o més, i arriba al 50% entre els individus de 85 anys o més. (Ministerio de Sanidad, 2023).

Malgrat aquesta elevada prevalença, sovint resulta complicat detectar trastorns com el trastorn adaptatiu (TA). Això es deu, en part, al fet que molts pacients manifesten símptomes físics que poden desviar el diagnòstic, mentre que factors com l'estigma social o el temps limitat de les consultes contribueixen al seu infradiagnòstic (Zapata-Ospina et al., 2020).

Aquest infradiagnòstic queda reflectit en les dades de la Base de Dades Clínicas de l'Atenció Primària (BDCAP), on la reacció d'adaptació, que en aquest context, es correspon amb el diagnòstic de trastorn adaptatiu, es calcula que afecta aproximadament el 2,3% de la població general. (Subdirección General de Información Sanitaria, 2021).

Aquest impacte subratlla la necessitat de garantir una àmplia disponibilitat d'intervencions efectives per abordar aquest trastorn. A més de provocar un

deteriorament en la funcionalitat de la persona i la seva qualitat de vida vinculada a la salut, també pot contribuir al desenvolupament de problemes psiquiàtrics greus (Collado-Navarro et al., 2021).

## **1.2. Definició del Trastorn Adaptatiu (TA)**

Durant el procés d'adaptació a un canvi vital significatiu o a un esdeveniment estressant, poden aparèixer estats d'angoixa subjectiva i alteracions emocionals que afecten negativament el funcionament social i el rendiment personal, definint el trastorn adaptatiu (O'Donnell et al., 2019). Aquesta resposta emocional i conductual desproporcionada davant d'un o diversos estressors psicosocials identificables comporta un deteriorament significatiu en el funcionament habitual, un criteri fonamental per al diagnòstic segons (Zapata-Ospina et al. (2020); Oliver et al., (2023).

Per a realitzar un correcte diagnòstic del trastorn adaptatiu, s'han de complir els criteris establerts per l'American Psychiatric Association (2022) en el Manual Diagnòstic i Estadístic dels Trastorns Mentals, cinquena edició, versió revisada (DSM-5-TR) els quals es representen en l'**Annex A**.

Els criteris diagnòstics del trastorn adaptatiu establerts per l'onzena edició de la Classificació Internacional de malalties (ICD-11 - International Classification of Diseases) publicada per l'Organització Mundial de la Salut (2019), poden oferir una contribució rellevant per augmentar la precisió del diagnòstic en comparació amb els criteris del DSM-5-TR.

Tot i que ambdues classificacions comparteixen punts clau, com la necessitat d'un factor estressant identificable i la relació temporal entre l'estressor i l'aparició dels símptomes, la CIE-11 estableix dues categories de símptomes ben definides. Aquestes són **la preocupació excessiva pel factor**

**estressant**, que inclou pensaments reiteratius i preocupacions constants sobre l'estressor i les seves conseqüències, i el **fracàs en adaptar-se**, manifestat per dificultats per gestionar els canvis i un deteriorament notable en el funcionament diari.

### **1.3. Epidemiologia i característiques clíniques**

La prevalença del trastorn adaptatiu (TA) varia segons el context i la població estudiada, reflectint la influència de factors socials, sanitaris i individuals.

Segons el DSM-5-TR, el TA és diagnosticat com a problema principal en aproximadament entre el 5% i el 20% dels pacient que reben tractament ambulatori de salut mental. En les consultes psiquiàtriques hospitalàries, aquest diagnòstic és habitualment el més comú, arribant en alguns casos a afectar fins al 50% dels pacients (American Psychiatric Association, 2022).

A Espanya, la prevalença d'aquest trastorn és superior en dones (3,1%) que en homes (1,4%), arribant al 4,5% en dones i al 2% en homes dins del grup d'edat comprès entre els 45 i els 84 anys (Subdirección General de Información Sanitaria, 2021). Pel que fa a Catalunya, les dades recents sobre la prevalença d'aquest trastorn són limitades. No obstant això, un estudi realitzat per Fernández et al. (2012) va concloure que el 2,94% dels individus atesos en l'àmbit de l'atenció primària a Catalunya complien els criteris SCID-I per al diagnòstic de trastorn adaptatiu.

Segons Kocalevent et al. (2014), el malestar emocional constitueix un element central en el trastorn adaptatiu i està estretament vinculat a l'estrès percebut. Aquest malestar inclou manifestacions emocionals com l'ansietat i la depressió, que són conseqüències directes de l'estrès experimentat. Les persones afectades poden experimentar estat d'ànim deprimat, preocupació

intensa o una combinació d'aquests símptomes. A més, també és habitual la sensació d'incapacitat per fer front a la situació o planificar el futur (Fernández et al., 2012).

D'altra banda, la preocupació pel factor estressant es manifesta a través de pensaments intrusius recurrents o ruminacions centrades en la situació estressant (Fegan & Doherty, 2019). Aquest fenomen, combinat amb una dificultat generalitzada per adaptar-se, es pot acabar traduint en alteracions del son, problemes de concentració i un deteriorament del funcionament social i laboral. De fet, aquestes alteracions impacten significativament en les rutines diàries de les persones afectades, reflectint-se en la dificultat per mantenir horaris regulars o complir amb les seves responsabilitats habituals (Gradus et al., 2015).

En el camp de les conductes, els individus amb trastorn adaptatiu poden desenvolupar mecanismes disfuncionals per afrontar el malestar. Entre aquestes conductes, s'inclouen l'evitació de persones, llocs o situacions associades a l'estrès, un comportament que pot conduir a l'aïllament social (Gradus et al., 2015). Aquestes conductes disfuncionals, juntament amb els símptomes emocionals descrits, evidencien la complexitat del trastorn adaptatiu.

#### **1.4. Desenvolupament i curs**

El trastorn adaptatiu té una etiologia multifactorial, que combina factors biològics, psicològics i ambientals. Aquest trastorn es desenvolupa com a resultat de la interacció entre les vulnerabilitats individuals i els estressors ambientals que influeixen en la capacitat d'adaptació de la persona (Glaesmer et al., 2015).

A diferència del trastorn per estrès posttraumàtic o del trastorn per estrès agut, que estableixen criteris clars sobre què constitueix un esdeveniment traumàtic, els criteris diagnòstics del trastorn adaptatiu no defineixen explícitament què pot considerar-se un factor estressant. No obstant això, aquests factors poden incloure tant esdeveniments traumàtics, com l'exposició a la mort real o l'amenaça, com esdeveniments no traumàtics (Kelber et al., 2022). Kelber et al. (2022) afirmen que els principals factors desencadenants són: l'atur, els baixos ingressos, el baix suport social, les malalties físiques i els antecedents de salut mental. Altres autors també situen com a desencadenants altres factors com les dificultats en les relacions interpersonals, especialment dins de l'àmbit familiar i de parella (Fegan & Doherty, 2019) o els canvis de residència (Zelviene & Kazlauskas, 2018).

D'altra banda, la resposta individual a l'estrès és un factor clau en el desenvolupament del trastorn adaptatiu (Carta et al., 2009). Aquesta resposta està influenciada per factors personals, com l'edat, el gènere i l'estat de salut, així com per elements contextuals, com el nivell educatiu o les creences ètiques, polítiques i religioses. En aquest sentit, les dades de la Base de Dades Clíniques de l'Atenció Primària (BDCAP) indiquen que el grup amb més risc de patir un trastorn adaptatiu és el format per dones d'entre 60 i 64 anys (Subdirección General de Información Sanitaria, 2021). Així mateix, segons la classificació de l'OMS, la predisposició individual i la vulnerabilitat tenen un paper més destacat en l'aparició i manifestació dels símptomes del trastorn adaptatiu en comparació amb altres trastorns del mateix grup (Carta et al., 2009).

Aquesta interacció de factors pot no només contribuir a l'aparició del trastorn, sinó també al manteniment del problema i a la seva possible complicació. En

aquest sentit, un estudi longitudinal realitzat per O'Donnell et al. (2019) revela que els supervivents de trauma amb un diagnòstic de trastorn adaptatiu, tres mesos després de l'exposició, tenen 2,67 vegades més probabilitats de desenvolupar trastorns psiquiàtrics més greus com el trastorn per estrès posttraumàtic (TEPT), el trastorn depressiu major o el trastorn d'ansietat generalitzada. Aquestes dades qüestionen la percepció tradicional del trastorn adaptatiu com un diagnòstic a curt termini i suggereixen que, en alguns casos, pot evolucionar cap a formes més severes. A més, el mateix estudi mostra que un 34,6% dels pacients continuen complint els criteris diagnòstics dotze mesos després, destacant la persistència significativa dels símptomes en una part substancial dels afectats.

### **1.5. Diagnòstic diferencial i comorbiditat**

El trastorn adaptatiu comparteix nombroses característiques amb altres trastorns psiquiàtrics, especialment amb la depressió, ja que ambdós poden presentar una simptomatologia similar, com l'estat d'ànim deprimat i la fatiga persistent (Fegan & Doherty, 2019). Aquesta similitud en els símptomes fa que els professionals de la salut mental sovint es trobin amb dificultats en la seva aplicació diagnòstica (Zelviene & Kazlauskas, 2018; Zapata-Ospina et al., 2020).

En termes de comorbiditat, el trastorn adaptatiu pot diagnosticar-se juntament amb altres trastorns mentals, sempre que aquests no justifiquin millor la simptomatologia relacionada amb l'estrès. No obstant això, aquest diagnòstic no és aplicable a les reaccions normals davant el dol, que queden excloses explícitament de les classificacions diagnòstiques (Zelviene & Kazlauskas, 2018).

Tot i les seves similituds, el TA es diferencia dels trastorns de l'estat d'ànim en diversos aspectes. Una de les principals diferències entre el TA i els trastorns depressius és que el TA es relaciona directament amb un factor estressant identificable, mentre que la depressió pot aparèixer sense un desencadenant clar (Fegan & Doherty, 2019). En el TA, els símptomes estan directament relacionats amb la presència de l'estressor i tendeixen a resoldre's quan aquest desapareix, a diferència del trastorn depressiu major, on els símptomes persisteixen independentment de les circumstàncies externes (Glaesmer et al., 2015).

El trastorn adaptatiu (TA) presenta una elevada comorbiditat amb els trastorns d'ansietat (Zelviene & Kazlauskas, 2018). Aquesta relació es pot explicar pel fet que els estressors identificables, característica central del TA, poden desencadenar respostes com la hipervigilància, les preocupacions excessives i les dificultats per gestionar l'estrès, que són símptomes típics dels trastorns d'ansietat. Aquesta superposició no només incrementa la gravetat dels símptomes, sinó que també pot complicar la diferenciació diagnòstica entre ambdós trastorns (Zelviene & Kazlauskas, 2018).

Tot i aquestes similituds, la identificació d'un desencadenant clar és un element clau per diferenciar el TA dels trastorns d'ansietat. Mentre que els trastorns d'ansietat solen incloure una simptomatologia més generalitzada i no necessàriament focalitzada en un esdeveniment concret, com s'ha dit anteriorment, el TA està estretament vinculat a un factor estressant específic. A més, com succeeix amb els trastorns depressius, els trastorns d'ansietat tendeixen a tenir una evolució més crònica i persistent, mentre que el TA es caracteritza per una temporalitat limitada tal i com indiquen els seus criteris diagnòstics (Kocalevent et al., 2014). No obstant això, si el factor estressant

persisteix, com en el cas d'una malaltia crònica, la simptomatologia pot prolongar-se (Maercker & Eberle, 2022).

Maercker i Eberle (2022) destaquen la similitud de les intrusions associades al TA amb les del trastorn per estrès posttraumàtic (TEPT), ja que en ambdós casos es manifesten pensaments recurrents i angoixants sobre l'esdeveniment estressant i les seves conseqüències. Aquestes intrusions poden incloure reflexions sobre la causa de l'esdeveniment, la possibilitat d'haver-lo evitat o la necessitat de restaurar la justícia.

Per tal de dur a terme un diagnòstic diferencial adequat entre el TA i el trastorn per estrès posttraumàtic (TEPT), és essencial analitzar la naturalesa i intensitat de l'estressor. Mentre que el TEPT es desenvolupa arran d'un esdeveniment que implica una amenaça greu per a la vida o la integritat física, els factors estressants que desencadenen un TA no solen tenir aquest component de perill imminent (Zelviene & Kazlauskas, 2018). Així, encara que situacions com un divorci o la pèrdua d'una feina poden ser profundament estressants, no representen una amenaça directa per a la identitat bàsica de la persona ni provoquen els símptomes nuclears del TEPT, com la reexperimentació del trauma (Maercker & Eberle, 2022). Així mateix, els símptomes associats al TEPT poden manifestar-se de manera retardada i mantenir-se durant períodes prolongats, fins i tot anys (Fernández et al., 2012).

## **1.6. Intervencions terapèutiques en el trastorn adaptatiu**

### **1.6.1. Teràpia Cognitiu-Conductual (TCC)**

Les intervencions psicològiques són l'estratègia principal per al tractament del trastorn adaptatiu, amb una atenció especial a la teràpia cognitiu-conductual

(TCC). Jonkers et al. (2023) destaquen que la TCC no només ha demostrat ser eficaç en la reducció dels símptomes psicosocials, sinó que també ha contribuït significativament a la reincorporació laboral i a la millora de la qualitat de vida dels pacients amb trastorn adaptatiu.

La majoria de les intervencions psicològiques per al trastorn d'adaptació comparteixen diversos components principals. Aquestes intervencions tenen com a objectius ajudar l'individu a reduir o eliminar el factor estressant, reduir els símptomes, modificar pensaments per allejar l'angoixa, modificar comportaments, reforçar les habilitats per afrontar l'estrès i fomentar l'adaptació. En els casos en què l'estrès prové d'un factor constant i inevitable, com una malaltia terminal, mesures com la creació d'una xarxa de suport social poden alleujar-ne l'impacte, millorar la qualitat de vida i restablir el funcionament (Domhardt & Baumeister, 2018).

En aquest trastorn, és especialment important tenir en compte que la intervenció passa per abordar la naturalesa reactiva dels símptomes i la seva relació amb el factor estressant (Zapata-Ospina et al.,2020). Un cop la intensitat emocional disminueix, és fonamental ajudar l'individu a comprendre aquesta connexió i a desenvolupar estratègies per afrontar l'esdeveniment desencadenant. Això pot incloure estratègies cognitives, com identificar i substituir pensaments negatius per altres més adaptatius, o tècniques conductuals, com motivar l'activació del pacient per promoure experiències d'autoeficàcia (Domhardt & Baumeister, 2018).

Dins la TCC també es destaca l'eficàcia de la reestructuració cognitiva utilitzant el diàleg socràtic mitjançant preguntes com per exemple: "Què obtinc rumiant aquest pensament?", "Quines dades objectives tinc", "Puc

veure-ho d'una altra manera?" i "Què guanyaria canviant la meua perspectiva?". Aquesta tècnica està dissenyada per fomentar l'autoreflexió i ajudar la persona a identificar patrons de pensaments disfuncionals, així com substituir pensaments intrusius automàtics per altres més realistes i adaptatius (Rodríguez et al., 2017).

Una altra estratègia eficaç és l'entrenament autogen, que s'utilitza per disminuir la resposta fisiològica a l'estrès. Aquesta tècnica es fonamenta en induir un estat de relaxació profunda i calma centrant-se a les sensacions físiques, contribuint a millorar l'adaptació dels pacients en contextos estressants (O'Donnell et al., 2018).

### **1.6.2. Intervencions grupals en atenció primària: Psicoeducació i**

#### **Teràpia Cognitiu-conductual**

La psicoeducació, i en particular els grups psicoeducatius, es configuren com un plantejament eficaç per abordar el malestar emocional en el context de l'atenció primària (AP). En aquest àmbit, hi ha una demanda creixent per gestionar el malestar causat per situacions estressants, especialment en pacients que presenten ansietat, depressió o símptomes físics relacionats i que sovint no són derivats a serveis especialitzats ni reben el tractament adequat (Sanz et al., 2016). Casañas-Sánchez et al. (2018) destaquen que la psicoeducació ha demostrat ser particularment efectiva en la gestió de símptomes depressius lleus i moderats. Aquesta intervenció no només redueix aquests símptomes, sinó que també pot prevenir l'aparició de trastorns depressius de major gravetat.

Els grups basats en la teràpia cognitiu-conductual (TCC) constitueixen una solució pràctica i eficient per abordar el malestar emocional dins de l'AP.

Aquesta intervenció, segons Sanz et al. (2016), permet atendre simultàniament un nombre més ampli de pacients, contribuint a una major eficiència en termes econòmics i humans. Aquesta metodologia combina la transmissió de coneixements específics amb una dimensió participativa i pràctica, proporcionant un espai segur per a l'expressió de preocupacions, la resolució de dubtes i el suport emocional (Sánchez-García, 2014).

Casañas-Sánchez et al. (2018) plantegen una intervenció grupal efectiva en l'àmbit d'atenció primària. Aquesta intervenció combina la psicoeducació amb tècniques pròpies de la TCC i es desenvolupa en tres fases. La primera fase se centra en ampliar els coneixements del pacient sobre el trastorn, fomentar la consciència sobre la seva situació actual i aprofundir en el coneixement personal. La segona fase promou l'adopció d'hàbits de vida saludables i l'establiment d'objectius específics mitjançant la tècnica SMART. I finalment, la tercera fase aborda la gestió de situacions crítiques, utilitzant tècniques de resolució de problemes, activació conductual i relaxació a través del control de la respiració.

Domhart i Baumeister (2018) afirmen que els grups basats en la TCC també s'han usat amb èxit per abordar trastorns adaptatius, demostrant ser efectius per disminuir els símptomes d'ansietat i depressió en pacients amb aquest tipus de trastorns. Segons Sánchez-García (2014), aquests espais terapèutics no només contribueixen a la millora de la qualitat de vida dels pacients, sinó que també ofereixen una oportunitat única per fomentar el suport grupal i la resiliència emocional.

## 2. Referències bibliogràfiques

American Psychiatric Association. (2022). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed., text rev.; DSM-5-TR). American Psychiatric Publishing.

Carta, M., Balestrieri, M., Murru, A., & Hardoy, M. (2009). Adjustment Disorder: epidemiology, diagnosis and treatment. *Clinical Practice And Epidemiology In Mental Health*, 5(1), 15. <https://doi.org/10.1186/1745-0179-5-15>

Casañas-Sánchez, R., Falder-Serna, I., Fernández-Linares, E. M., Martín-Royo, J., Moya-Colacios, I., & Raya Tena, A. (2018). *Efectivitat d'una intervenció grupal psicoeducativa realitzada per infermeres d'atenció primària en pacients amb depressió i comorbiditat física* (PI16/01272 i PERIS SLT002/17/00096). Institut Català de la Salut, Gerència Territorial de Barcelona.

Castellví, P., Forero, C. G., Codony, M., Vilagut, G., Brugulat, P., Medina, A., Gabilondo, A., Mompart, A., Colom, J., Tresserras, R., Ferrer, M., Stewart-Brown, S., & Alonso, J. (2013). The Spanish version of the Warwick-Edinburgh Mental Well-Being Scale (WEMWBS) is valid for use in the general population. *Quality Of Life Research*, 23(3), 857-868. <https://doi.org/10.1007/s11136-013-0513-7>

Collado-Navarro, C., Navarro-Gil, M., Pérez-Aranda, A., López-del-Hoyo, Y., Garcia-Campayo, J., & Montero-Marin, J. (2021). Effectiveness of mindfulness-based stress reduction and attachment-based compassion therapy for the treatment of depressive, anxious, and adjustment disorders in mental health settings: A randomized controlled trial. *Depression And Anxiety*, 38(11), 1138-1151. <https://doi.org/10.1002/da.23198>

- Cuijpers, P., Karyotaki, E., Weitz, E., Andersson, G., Hollon, S. D., & Van Straten, A. (2014). The effects of psychotherapies for major depression in adults on remission, recovery and improvement: A meta-analysis. *Journal Of Affective Disorders, 159*, 118-126. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2014.02.026>
- Devlin, N., Pickard, S., & Busschbach, J. (2022). The Development of the EQ-5D-5L and its Value Sets. En *Springer eBooks* (pp. 1-12). [https://doi.org/10.1007/978-3-030-89289-0\\_1](https://doi.org/10.1007/978-3-030-89289-0_1)
- Domhardt, M., & Baumeister, H. (2018). Psychotherapy of adjustment disorders: Current state and future directions. *The World Journal Of Biological Psychiatry, 19*(sup1), S21-S35. <https://doi.org/10.1080/15622975.2018.1467041>
- Fegan, J., & Doherty, A. M. (2019). Adjustment Disorder and Suicidal Behaviours Presenting in the General Medical Setting: A Systematic Review. *International Journal Of Environmental Research And Public Health, 16*(16), 2967. <https://doi.org/10.3390/ijerph16162967>
- Fernández, A., Mendive, J. M., Salvador-Carulla, L., Rubio-Valera, M., Luciano, J. V., Pinto-Meza, A., Haro, J. M., Palao, D. J., Bellón, J. A., & Serrano-Blanco, A. (2012). Adjustment disorders in primary care: prevalence, recognition and use of services. *The British Journal Of Psychiatry, 201*(2), 137-142. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.111.096305>
- Glaesmer, H., Romppel, M., Brähler, E., Hinz, A., & Maercker, A. (2015). Adjustment disorder as proposed for ICD-11: Dimensionality and symptom differentiation. *Psychiatry Research, 229*(3), 940-948. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2015.07.010>
- Gloster, A. T., Walder, N., Levin, M. E., Twohig, M. P., & Karekla, M. (2020). The empirical status of acceptance and commitment therapy: A review

- of meta-analyses. *Journal Of Contextual Behavioral Science*, 18, 181-192. <https://doi.org/10.1016/j.jcbs.2020.09.009>
- Gradus, J. L., Antonsen, S., Svensson, E., Lash, T. L., Resick, P. A., & Hansen, J. G. (2015). Trauma, Comorbidity, and Mortality Following Diagnoses of Severe Stress and Adjustment Disorders: A Nationwide Cohort Study. *American Journal Of Epidemiology*, 182(5), 451-458. <https://doi.org/10.1093/aje/kwv066>
- Hofmann, S. G., Asnaani, A., Vonk, I. J. J., Sawyer, A. T., & Fang, A. (2012). The Efficacy of Cognitive Behavioral Therapy: A Review of Meta-analyses. *Cognitive Therapy And Research*, 36(5), 427-440. <https://doi.org/10.1007/s10608-012-9476-1>
- Jiménez, M. T. R., Galdós, J. S., Arredondo, M. T. M., & Bayón, D. N. (2017). Adaptación de la Escala Multidimensional de Apoyo Social Percibido en población con trastorno mental grave. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría.*, 37(132), 415-437. <https://doi.org/10.4321/s0211-57352017000200006>
- Jonkers, D., Klooster, Van Dijk, M. K., Van Der Heiden, C., & Verbraak, M. J. P. M. (2023). Evaluation of the effectiveness of cognitive behavioural therapy for patients suffering from an adjustment disorder. *Journal Of Environmental And Occupational Health*, 13, 01-10.
- Kelber, M. S., Morgan, M. A., Beech, E. H., Smolenski, D. J., Bellanti, D., Galloway, L., Ojha, S., Otto, J. L., Wilson, A. L. G., Bush, N., & Belsher, B. E. (2022). Systematic review and meta-analysis of predictors of adjustment disorders in adults. *Journal Of Affective Disorders*, 304, 43-58. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2022.02.038>
- Kirby, J. N., Tellegen, C. L., & Steindl, S. R. (2017). A Meta-Analysis of Compassion-Based Interventions: Current State of Knowledge and

Future Directions. *Behavior Therapy*, 48(6), 778-792.  
<https://doi.org/10.1016/j.beth.2017.06.003>

Kocalevent, R., Berg, L., Beutel, M. E., Hinz, A., Zenger, M., Härter, M., Nater, U., & Brähler, E. (2018). Social support in the general population: standardization of the Oslo social support scale (OSSS-3). *BMC Psychology*, 6(1). <https://doi.org/10.1186/s40359-018-0249-9>

Kocalevent, R., Mierke, A., Danzer, G., & Klapp, B. F. (2014). Adjustment Disorders as a Stress-Related Disorder: A Longitudinal Study of the Associations among Stress, Resources, and Mental Health. *PLoS ONE*, 9(5), e97303. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0097303>

Lavenda, O., Mahat-Shamir, M., Lorenz, L., Hamama-Raz, Y., Greenblatt-Kimron, L., Pitcho-Prelorentzos, S., Ring, L., Bar-Shua, E., & Ben-Ezra, M. (2019). Revalidation of Adjustment Disorder–New Module-4 screening of adjustment disorder in a non-clinical sample: Psychometric reevaluation and correlates with other ICD-11 mental disorders. *PsyCh Journal*, 8(3), 378-385.  
<https://doi.org/10.1002/pchj.286>

Maercker, A., & Eberle, D. J. (2022). Disorders specifically associated with stress in ICD-11. *Clinical Psychology In Europe*, 4(Special Issue).  
<https://doi.org/10.32872/cpe.9711>

Maurer, D. M., Raymond, T. J., & Davis, B. N. (2018). Depression: screening and diagnosis. *American Family Physician*, 98(8), 508-515.

McElroy, E., Casey, P., Adamson, G., Filippopoulos, P., & Shevlin, M. (2017). A comprehensive analysis of the factor structure of the Beck Depression Inventory-II in a sample of outpatients with adjustment disorder and depressive episode. *Irish Journal Of Psychological Medicine*, 35(1), 53-61. <https://doi.org/10.1017/ipm.2017.52>

- Ministerio de Sanidad. (2023). Informe anual del Sistema Nacional de Salud 2023. En *Ministerio de Sanidad, Gobierno de España*. Ministerio de Sanidad, Gobierno de España.
- O'Donnell, M. L., Agathos, J. A., Metcalf, O., Gibson, K., & Lau, W. (2019). Adjustment Disorder: Current Developments and Future Directions. *International Journal Of Environmental Research And Public Health*, 16(14), 2537. <https://doi.org/10.3390/ijerph16142537>
- O'Donnell, M. L., Metcalf, O., Watson, L., Phelps, A., & Varker, T. (2018). A Systematic Review of Psychological and Pharmacological Treatments for Adjustment Disorder in Adults. *Journal Of Traumatic Stress*, 31(3), 321-331. <https://doi.org/10.1002/jts.22295>
- Oliver, E. L., Tárraga López, P. J., & Tárraga Marcos, A. (2023). Trastornos adaptativos y su manejo desde atención primaria. *JONNPR*, vol.8(no.3 Madrid jul./sep. 2023 Epub 04-Dic-2023). <https://doi.org/10.19230/jonnpr.4909>
- Organización Mundial de la Salud. (2019). *Clasificación Internacional de Enfermedades (11ª. ed.)*. <https://icd.who.int/es>
- Rodríguez, I. D., Cabras, V. P., & Mairal, J. B. (2017). Un estudio de caso de trastorno adaptativo con ansiedad por situación de sobrecarga laboral. *Clínica y Salud*, 28(3), 139-146. <https://doi.org/10.1016/j.clysa.2017.05.003>
- Sánchez-García, M. (2014). Análisis de la eficacia de un tratamiento grupal cognitivo-conductual en sujetos con somatizaciones. *Anales de Psicología*, 30(2). <https://doi.org/10.6018/analesps.30.2.170271>
- Sanz, J. M., García, I. M., Cuquerella, M. Á., Cano, I., Jorda, E., Blasco, J., & Carbajo, E. (2016). Intervención grupal cognitivo conductual en el

trastorno adaptativo. *Behavioral Psychology/Psicología Conductual*, 24(3).

Shevlin, M., Hyland, P., Ben-Ezra, M., Karatzias, T., Cloitre, M., Vallières, F., Bachem, R., & Maercker, A. (2019). Measuring ICD-11 adjustment disorder: the development and initial validation of the International Adjustment Disorder Questionnaire. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 141(3), 265-274. <https://doi.org/10.1111/acps.13126>

Subdirección General de Información Sanitaria. (2021). Salud mental en datos: prevalencia de los problemas de salud y consumo de psicofármacos y fármacos relacionados a partir de registros clínicos de atención primaria. En *Ministerio de Sanidad*. Ministerio de Sanidad.

Zaccaro, A., Piarulli, A., Laurino, M., Garbella, E., Menicucci, D., Neri, B., & Gemignani, A. (2018). How Breath-Control Can Change Your Life: A Systematic Review on Psycho-Physiological Correlates of Slow Breathing. *Frontiers In Human Neuroscience*, 12. <https://doi.org/10.3389/fnhum.2018.00353>

Zapata-Ospina, J., Sierra-Muñoz, J., & Cardeño-Castro, C. (2020). Diagnóstico y tratamiento del trastorno de adaptación en Atención Primaria. *Medicina de Familia SEMERGEN*, 47(3), 197-206. <https://doi.org/10.1016/j.semerg.2020.09.010>

Zelviene, P., & Kazlauskas, E. (2018). Adjustment disorder: current perspectives. *Neuropsychiatric Disease And Treatment*, Volume 14, 375-381. <https://doi.org/10.2147/ndt.s121072>