

XXII Seminario Lundbeck Trauma y depresión, la herida (in)visible

Nota de Prensa

La depresión asociada al trauma presenta síntomas más complejos, tendencia a cronificarse y mayor riesgo de suicidio

- La exposición a situaciones traumáticas, común entre la población general.
- Más de la mitad de las personas con trastorno de estrés postraumático tiene también depresión
- El abordaje del trauma requiere de una intervención temprana.

Sitges, 24 de mayo de 2024.- El trauma psicológico se asocia con un riesgo casi tres veces mayor de desarrollar un trastorno mental¹, predice un peor pronóstico de la enfermedad mental, provoca síntomas más resistentes, mayor número de hospitalizaciones y de días de ingreso^{2,3}, aumentando el coste para el sistema sanitario^{3,4,5}, como han puesto de manifiesto los expertos reunidos en el XXII Seminario Lundbeck *“Trauma y depresión, la herida (in)visible”*.

Más de dos tercios de la población adulta mundial (70,4 %) ha experimentado, al menos, una experiencia traumática a lo largo de su vida, mientras que el 30,5 % ha estado expuesto a cuatro o más⁶. La muerte inesperada de un ser querido, presenciar una muerte o lesión grave, ser asaltado, sufrir un accidente de circulación potencialmente mortal y experimentar una enfermedad o lesión que ponga en peligro la vida representan más de la mitad de todos los acontecimientos traumáticos vividos⁷. Los hombres informan de más lesiones, accidentes y agresiones físicas, y las mujeres, de más agresiones sexuales⁸.

Como explica la doctora Alicia Valiente, psiquiatra y coordinadora de la Unidad de Investigación del Centro Fórum, Hospital del Mar, *“una situación traumática implica un impacto psicológico. Los principales síntomas que se manifiestan son de intrusión, es decir, imágenes, pensamientos, recuerdos y sensaciones asociadas al evento traumático, que se presentan de manera espontánea y frecuente, y generan malestar psicológico. También hay síntomas de evitación de cualquier situación, pensamiento, lugar, objetos, personas, etc., que puedan recordar a la experiencia traumática. Además, puede haber síntomas de alteración del estado de ánimo, ira, rabia, culpa y una alteración de la reactividad ante estímulos aparentemente neutros”*.

Factores de riesgo y protección para el desarrollo de psicopatología tras el trauma

El trastorno de estrés postraumático (TEPT) no es el resultado inevitable de la exposición a experiencias traumáticas, como lo demuestra el hecho de que un porcentaje relativamente bajo de personas lo desarrolla⁹, *“en torno al 3,6 % de la población”*, aclara el doctor Guillermo Lahera, jefe de sección de Psiquiatría del Hospital Universitario Príncipe de Asturias, quien afirma que *“de ellas, el 23% presenta síntomas graves. Los hombres tienen ligeramente más exposición a experiencias traumáticas que las mujeres, pero las mujeres desarrollan el doble de estrés postraumático que los hombres. Algunas experiencias traumáticas como aquellas relacionadas con la violencia sexual se asocian especialmente al desarrollo de psicopatología”*.

El riesgo para el desarrollo de TEPT varía significativamente según el tipo de trauma¹⁰ y depende de una compleja combinación de factores. *“Algunos son previos al trauma, factores individuales de vulnerabilidad, como padecer algún trastorno mental previo, tener antecedentes familiares, haber sufrido un trauma precoz, desarrollado un vínculo inseguro con las figuras de apego o recibido una baja educación. Sin embargo, son más importantes los factores peritraumáticos, sobre todo, el tipo y la magnitud del trauma experimentado. Por muy resiliente que uno sea, determinadas experiencias sobrepasan la capacidad del ser humano. También influye la reacción inmediata, la presencia o no de síntomas de disociación durante el trauma y factores de riesgo postraumáticos, como la falta de apoyo social y vivencias de soledad e indefensión tras la experiencia traumática”*, pone de relieve el Dr. Lahera.

#SeminarioLundbeck24

Por otro lado, los **factores protectores** incluyen un apoyo social adecuado y el acceso a los recursos necesarios¹¹. Según el Dr. Lahera, *“hay factores de resiliencia individuales y grupales. A nivel individual, ciertos rasgos psicológicos se asocian a mayor resiliencia como la tendencia a experimentar emociones positivas, a la regulación emocional (tolerar la emoción negativa sabiendo que es transitoria y dependiente del contexto), ser capaz de reevaluar las experiencias, el uso del humor, el optimismo, un afrontamiento activo del estrés, la empatía, el altruismo... Pero no hay que olvidar los factores grupales: el apoyo social es fundamental para resistir la adversidad. Recibir o dar ayuda, consejo, ser tratado con empatía, sensibilidad, apoyo, confianza y, a medio plazo, integrar la experiencia traumática en un significado con sentido de pertenencia a un grupo, parece que es un factor protector”*.

Trauma, trastorno de estrés postraumático y depresión

La **depresión es la comorbilidad más común** en el TEPT¹². Según un metaanálisis, el **52 %** de las personas con trastorno de estrés postraumático tiene depresión comórbida¹³.

Según la Dra. Valiente, *“el TEPT, el trastorno más habitual y conocido asociado al trauma, se caracteriza por unos síntomas que se solapan con algunos presentes en el trastorno depresivo. Ya de por sí, desarrollar un trastorno asociado al trauma suele implicar una alteración del estado de ánimo que, si se mantiene en el tiempo y no se trata correctamente, puede generar un mayor riesgo de depresión posterior. De hecho, hay cada vez más evidencia de que estar expuesto a situaciones traumáticas, sobre todo durante la infancia, aumenta por tres el riesgo de desarrollar un trastorno de salud mental, como la depresión. Además, en muchas ocasiones, aquellas personas que consultan en salud mental han vivido experiencias traumáticas sin tratar adecuadamente, y eso ha generado un malestar emocional mantenido en el tiempo que ha favorecido el desarrollo de un trastorno depresivo”*.

La **depresión relacionada con el trauma** presenta una **sintomatología más compleja**¹⁴, alto **riesgo de suicidio**, tendencia a la **cronicidad** y **peor respuesta al tratamiento** antidepressivo^{15,16,17,18}, con propensión a las recaídas⁹.

Para **María Frenzi Rabito, doctora en psicología, profesora en UDIMA, y especialista en el abordaje psicológico del trauma**, *“la asociación de las experiencias traumáticas en el desarrollo y mantenimiento de depresión ha sido ampliamente documentado. Además, se ha observado que muchas personas con depresión cumplen criterios diagnósticos para el TEPT. Sin embargo, las guías de práctica clínica para el tratamiento de la depresión a lo largo de la vida a menudo no incluyen una intervención psicológica centrada en el trauma, a pesar de reconocer que diversos tipos de trauma pueden influir en los síntomas depresivos. Esto indica que el trauma psicológico sigue siendo pasado por alto tanto en la evaluación como en el tratamiento”*.

La importancia del tratamiento temprano

“Abordar psicológicamente el trauma es fundamental para resolver los síntomas asociados”, explica la Dra. Rabito. ¿Cuándo hacerlo? En su opinión, “lo antes posible. Una intervención temprana en trauma puede ayudar a regular el sistema, minimizar el impacto y prevenir consecuencias más graves”.

Se cree que **iniciar una terapia psicológica** dentro de las primeras seis horas tras la vivencia traumática es crucial para impedir la interrupción de la consolidación de la memoria que se produce durante ese periodo¹⁹.

La **psicoterapia es el tratamiento de elección** para el trastorno de estrés postraumático²⁰. *“La Organización Mundial de la Salud recomienda la terapia cognitivo conductual centrada en el trauma (TCC-CT) grupal o individual y EMDR (Eyes Movement Desensitization and Reprocessing, por sus siglas en inglés) para el abordaje del TEPT, tanto en la población infantojuvenil como en la adulta”*, puntualiza.

Se sugiere, también, que la **psicoterapia** debería introducirse en la **etapa temprana** del tratamiento de la **depresión relacionada con el trauma**²¹.

Para la Dra. Valiente, *“el pilar más importante a la hora de tratar el TEPT con depresión comórbida es un tratamiento global y combinado, tanto psicoterapéutico como farmacológico, siguiendo las indicaciones de las guías clínicas para abordar tanto los síntomas depresivos como el trastorno asociado al trauma”*.

#SeminarioLundbeck24

El trauma psicológico lo inunda todo

El impacto del trauma se deja sentir en **todas las esferas** de la vida. Para la Dra. Rabito, *“a nivel personal, el trauma impacta directamente en la percepción de seguridad: hay una pérdida de confianza en uno mismo y en los demás. El futuro se percibe como incontrolable y pueden aparecer problemas de conducta como una respuesta al estrés y a la incapacidad para manejar situaciones emocionales de manera efectiva. También son frecuentes amnesias, somatizaciones, conductas adictivas y autoagresivas, y la presencia de disociación”*.

Para esta especialista, *“en el plano social y familiar, el trauma puede alterar la interacción y el bienestar de una persona en su comunidad y hogar, mientras que, en la esfera funcional y laboral, puede impactar en la capacidad para desempeñarse eficazmente en el trabajo y otras áreas de la vida, al presentarse problemas de concentración, en la toma de decisiones y el manejo de situaciones estresantes”*.

La **respuesta del entorno** frente al trauma psicológico puede ser determinante en el proceso de recuperación de quien lo padece. *“Una de las cosas que más necesita una persona con TEPT es ser escuchada, sin sentirse juzgada. Además, familiares y allegados tienen un papel crucial en la detección de señales de alerta y en la elaboración de un plan de acción para momentos de crisis”*, asegura.

La huella del trauma psicológico en la infancia contada en primera persona

SCR, una mujer que ha sufrido trauma psicológico durante la infancia, lo define como *“un desencadenante de falta de autoestima, sentimiento de abandono y falta de protección y escucha”*.

Ese trauma derivó, además, en **estrés crónico, ansiedad y depresión**, hasta llegar a un reciente diagnóstico de trastorno bipolar. *“Durante la adolescencia fui consciente de que algo no iba bien, y todo empeoró con la maternidad”*, explica. Durante todo este proceso, *“he vivido mucho dolor, inseguridad, insatisfacción, frustración, rabia, descontento y abandono personal, incluyendo consumo de sustancias”*.

Gestionar esta situación ha sido difícil, explica SCR, pero *“he contado con el apoyo terapéutico necesario, de psiquiatría y psicología, donde he podido ir reconduciendo emociones y pensamientos, lo que me ha ayudado mucho”*.

Desgraciadamente, son muchas las personas que han pasado por situaciones similares. *“Darse cuenta de ello es el primer paso y, después, ponerse en manos de especialistas y confiar en ellos, porque no nos van a juzgar sino a ayudar con el tratamiento adecuado”*.

Materiales de prensa del XXII Seminario Lundbeck, disponibles aquí:



Para más información:

Gabinete de Prensa Lundbeck - Carmen Carrasco - 609 823 039 //// Almudena Grande - 622 244 024
https://www.lundbeck.com/es/press/Seminario_Lundbeck

¹ Hogg B, Gardoki-Souto I, Valiente-Gómez A, Rosa AR, Fortea L, Radua J, Amann BL, Moreno-Alcázar A. Psychological trauma as a transdiagnostic risk factor for mental disorder: an umbrella meta-analysis. Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci. 2023 Mar;273(2):397-410. doi: 10.1007/s00406-022-01495-5. Epub 2022 Oct 8. PMID: 36208317

² Green JG, McLaughlin KA, Berglund PA et al (2010) Childhood adversities and adult psychiatric disorders in the national comorbidity survey replication I: associations with first onset of DSM-IV disorders. Arch Gen Psychiatry 67:113–123. <https://doi.org/10.1001/archgenpsychiatry.2009.186>

#SeminarioLundbeck24

- ³ Mauritz MW, Goossens PJJ, Draijer N, van Achterberg T (2013) Prevalence of interpersonal trauma exposure and trauma-related disorders in severe mental illness. *Eur J Psychotraumatol*. <https://doi.org/10.3402/ejpt.v4i0.19985>
- ⁴ Cuijpers P, Smit F, Unger F et al (2011) The disease burden of childhood adversities in adults: a population-based study. *Child Abuse Negl* 35:937–945. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2011.06.005>
- ⁵ Bellis MA, Hughes K, Ford K et al (2019) Life course health consequences and associated annual costs of adverse childhood experiences across Europe and North America: a systematic review and meta-analysis. *Lancet Public Heal* 4:e517–e528. [https://doi.org/10.1016/S2468-2667\(19\)30145-8](https://doi.org/10.1016/S2468-2667(19)30145-8)
- ⁶ Kessler RC, Aguilar-Gaxiola S, Alonso J, Benjet C, Bromet EJ, Cardoso G, et al. Trauma and PTSD in the WHO World Mental Health Surveys. *Eur J Psychotraumatol* (2017) 8(5):1353383. doi: 10.1080/20008198.2017.135338
- ⁷ Benjet C, Bromet E, Karam EG, Kessler RC, McLaughlin KA, Ruscio AM, Shahly V, Stein DJ, Petukhova M, Hill E, Alonso J, Atwoli L, Bunting B, Bruffaerts R, Caldas-de-Almeida JM, de Girolamo G, Florescu S, Gureje O, Huang Y, Lepine JP, Kawakami N, Kovess-Masfety V, Medina-Mora ME, Navarro-Mateu F, Piazza M, Posada-Villa J, Scott KM, Shalev A, Slade T, ten Have M, Torres Y, Viana MC, Zarkov Z, Koenen KC. The epidemiology of traumatic event exposure worldwide: results from the World Mental Health Survey Consortium. *Psychol Med*. 2016 Jan;46(2):327-43. doi: 10.1017/S0033291715001981. Epub 2015 Oct 29. PMID: 26511595; PMCID: PMC4869975
- ⁸ Hatch SL, Dohrenwend BP. Distribution of traumatic and other stressful life events by race/ethnicity, gender, SES and age: a review of the research. *American Journal of Community Psychology*. 2007; 40:313–332. [PubMed: 17906927]
- ⁹ Wang SK, Feng M, Fang Y, Lv L, Sun GL, Yang SL, Guo P, Cheng SF, Qian MC, Chen HX. Psychological trauma, posttraumatic stress disorder and trauma-related depression: A mini-review. *World J Psychiatry* 2023; 13(6): 331-339. URL: <https://www.wjnet.com/2220-3206/full/v13/i6/331.htm>. DOI: <https://dx.doi.org/10.5498/wjp.v13.i6.331>
- ¹⁰ Association of DSM-IV posttraumatic stress disorder with traumatic experience type and history in the World Health Organization World Mental Health Surveys. *JAMA Psychiatry*, 74(3), 270–281. doi:10.1001/jamapsychiatry.2016.3783
- ¹¹ Sayed S, Iacoviello BM, Charney DS. Risk factors for the development of psychopathology following trauma. *Curr Psychiatry Rep*. 2015 Aug;17(8):612. doi: 10.1007/s11920-015-0612-y. Erratum in: *Curr Psychiatry Rep*. 2015 Oct;17(10):80. PMID: 26206108
- ¹² Adshad G, Ferris S. Treatment of victims of trauma. *Adv Psychiatric Treatment* 2007; 13:358–368
- ¹³ Rytwinski NK, Scur MD, Feeny NC, Youngstrom EA. The co-occurrence of major depressive disorder among individuals with posttraumatic stress disorder: a meta-analysis. *J Trauma Stress* 2013; 26: 299-309 [PMID: 23696449 DOI:10.1002/jts.21814]
- ¹⁴ Fuller-Thomson E, Baird SL, Dhrodia R, Brennenstuhl S. The association between adverse childhood experiences (ACEs) and suicide attempts in a population-based study. *Child Care Health Dev*. 2016 Sep;42(5):725-34. doi: 10.1111/cch.12351. Epub 2016 Jun 9. PMID: 27280449
- ¹⁵ Hovens JG, Giltay EJ, Spinhoven P, van Hemert AM, Penninx BW. Impact of childhood life events and childhood trauma on the onset and recurrence of depressive and anxiety disorders. *J Clin Psychiatry* 2015; 76: 931-938 [PMID: 25699690 DOI: 10.4088/JCP.14m09135]
- ¹⁶ Hazel NA, Hammen C, Brennan PA, Najman J. Early childhood adversity and adolescent depression: the mediating role of continued stress. *Psychol Med* 2008; 38: 581-589 [PMID: 18261247 DOI: 10.1017/S0033291708002857]
- ¹⁷ Nemeroff CB, Heim CM, Thase ME, Klein DN, Rush AJ, Schatzberg AF, Ninan PT, McCullough JP Jr, Weiss PM, Dunner DL, Rothbaum BO, Kornstein S, Keitner G, Keller MB. Differential responses to psychotherapy vs pharmacotherapy in patients with chronic forms of major depression and childhood trauma. *Proc Natl Acad Sci U S A* 2003; 100: 14293-14296 [PMID: 14615578 DOI: 10.1073/pnas.2336126100]
- ¹⁸ Williams LM, Debattista C, Duchemin AM, Schatzberg AF, Nemeroff CB. Childhood trauma predicts antidepressant response in adults with major depression: data from the randomized international study to predict optimized treatment for depression. *Transl Psychiatry* 2016; 6: e799 [PMID: 27138798 DOI: 10.1038/tp.2016.61]
- ¹⁹ Astill Wright L, Sijbrandij M, Sinnerton R, Lewis C, Roberts NP, Bisson JI. Pharmacological prevention and early treatment of post-traumatic stress disorder and acute stress disorder: a systematic review and meta-analysis. *Transl Psychiatry*. 2019 Dec 9;9(1):334. doi: 10.1038/s41398-019-0673-5. PMID: 31819037; PMCID: PMC6901463
- ²⁰ Merians AN, Spiller T, Harpaz-Rotem I, Krystal JH, Pietrzak RH. Post-traumatic Stress Disorder. *Med Clin North Am* 2023; 107: 85-99 [PMID: 36402502 DOI: 10.1016/j.mcna.2022.04.003]
- ²¹ Menke A, Nitschke F, Hellmuth A, Helmel J, Wurst C, Stonawski S, Blicke M, Weiß C, Weber H, Hommers L, Domschke K, Deckert J. Stress impairs response to antidepressants via HPA axis and immune system activation. *Brain Behav Immun* 2021; 93: 132-140 [PMID: 33422640 DOI: 10.1016/j.bbi.2020.12.033]