

Trauma y depresión

# LA HERIDA (IN)VISIBLE

XXII Seminario Lundbeck

#SeminarioLundbeck24

*Sumarios*



# Índice de contenido

## 1. ¿Qué es el trauma psicológico?

1.1. Definición

1.2. Tipos y características

## 2. Epidemiología

## 3. Consecuencias

3.1. Trastorno de estrés agudo (TEA)

3.2. Trastornos de estrés postraumático (TEPT)

3.3. Depresión

## 4. Factores protectores y de riesgo para el desarrollo de psicopatología tras el trauma

4.1. Factores pretrauma

4.2. Factores peritrauma

4.3. Factores postraumáticos

## 5. Trauma en la población con patología psiquiátrica previa

## 6. Tratamiento del TEPT y la depresión


6.1. Terapia psicológica

6.2. Tratamiento farmacológico


## 7. Impacto laboral del trauma psicológico


## 8. El papel del entorno

## 9. Referencias bibliográficas

 [www.lundbeck.com/es](http://www.lundbeck.com/es)

 [@LundbeckES](https://twitter.com/LundbeckES)

 [Lundbeck España](https://www.linkedin.com/company/lundbeck-espana)

 [@lundbeck\\_spain](https://www.instagram.com/lundbeck_spain)

 [www.rethinkdepression.es](http://www.rethinkdepression.es)

 [@RethinkDepES](https://twitter.com/RethinkDepES)

 [Rethink Depression España](https://www.facebook.com/RethinkDepressionEspana)

[#SeminarioLundbeck24](https://twitter.com/hashtag/SeminarioLundbeck24)

[#TraumaYDepresion](https://twitter.com/hashtag/TraumaYDepresion)

# 1. ¿Qué es el trauma psicológico?

## 1.1. Definición

*Según la Clasificación Internacional de Enfermedades de la Organización Mundial de la Salud (CIE-11) y el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, quinta edición (DSM-5), un evento traumático se define como la exposición a: muerte, amenaza de muerte, lesión grave real o amenaza de lesión, violencia sexual real o amenaza de violencia[1,2]*

- Dicha exposición puede ocurrir **directa o indirectamente** al presenciar el evento, enterarse de que le ocurrió a un ser querido o enfrentarse repetidamente con detalles aversivos de dicho suceso [3]
- Un acontecimiento traumático puede caracterizarse por una sensación extrema de **impotencia**, así como por **la alteración de creencias y expectativas**. El individuo pierde el control sobre la situación y es, en gran medida, víctima de las circunstancias y/o de otras personas [4]

- Al mismo tiempo, se enfrenta a la **destrucción de sus supuestos básicos**. La sensación de invulnerabilidad, las ideas de la benevolencia del mundo y de que se puede confiar en otras personas quedan devastadas. Las certezas obvias de la vida desaparecen. Las imágenes que uno tiene de sí mismo y del entorno ya no se ajustan adecuadamente a la nueva situación [4]
- Los **efectos adversos** del **trauma psicológico** son **duraderos** sobre el funcionamiento y el bienestar mental, físico, social, emocional o espiritual [5]
- El concepto de trauma a menudo se banaliza. **No todos los acontecimientos estresantes** son una **experiencia traumática** y **no todas las personas** que se enfrentan a una **guerra**, un **desastre natural** o el **terrorismo** quedan **traumatizadas** [4]
- Sin embargo, la mayoría de personas expuestas a un acontecimiento traumático experimentan síntomas que pueden considerarse **funcionales y normales** [6], tales como pesadillas, intrusiones o reacciones de sobresalto, entre otros [7]
- Extender demasiado el concepto de trauma puede crear el **riesgo de medicalizar las dificultades habituales** de las personas afectadas e ignorar su autosuficiencia y sus habilidades de adaptación [4]



## 1.2 Tipos y características

*Los eventos traumáticos se pueden dividir en traumas de tipo I y tipo II, y su impacto depende no sólo de la gravedad y duración de los traumas sino también de su autoevaluación por parte de las personas [8]*

- Los **traumas de tipo I** incluyen recuerdos, “presagios” y percepciones erróneas completamente detalladas (como un accidente de circulación) y tiene estas **características** [8]
  1. El tiempo de formación del trauma es corto u ocurre en un momento
  2. El trauma puede ocurrir en diferentes etapas de la niñez y la edad adulta
  3. La duración del trauma es corta, generalmente de unos tres meses
  4. Algunos sanan de forma natural, otros se benefician del tratamiento y otros se transforman en tipo II
- Los **traumas de tipo I** puede provocar un **trastorno de estrés agudo (TEA), trastorno de estrés postraumático (TEPT) y trastornos de adaptación**. De ellos, el TEPT es el más dañino [8]

- Los **traumas de tipo II** son **traumas complejos**, que incluyen negación y embotamiento, autohipnosis, disociación y rabia. Ocurren **repetidamente en la infancia y durante mucho tiempo**, como el abuso y la negligencia física y emocional [8]



- Se caracterizan por un **largo tiempo de formación y un amplio impacto en el cuerpo y la mente**. Pueden ocurrir en diferentes etapas del desarrollo infantil o de la vida adulta [8]
- En general, los traumas de **tipo II** presentan **síntomas complejos y diversos y no se resuelven de forma natural**, con un impacto más grave sobre los individuos [8]
- Entre el **25-30 %** de los traumas de tipo II pueden evolucionar a partir de un trauma de tipo I [9]



## 2. Epidemiología del trauma psicológico

*La exposición a eventos traumáticos es una experiencia común en todo el mundo, tal y como afirman los estudios epidemiológicos. Las Encuestas Mundiales de Salud Mental de adultos llevadas a cabo entre casi 70.000 participantes de 24 países [10] muestran que, en algún momento de su vida, más de dos tercios de la población (70,4 %) ha experimentado, al menos, un tipo de evento traumático, mientras que el 30,5 % ha estado expuesto a cuatro o más*

• Las tasas específicas señalan que [10]:

1. **14 %** ha experimentado **violencia de pareja o sexual**
2. **34,3 %** **accidentes** o lesiones
3. **22,9 %** **violencia física**
4. **13,1 %** eventos relacionados con la **guerra**
5. **34,1 %** la **muerte inesperada o traumática** de un ser querido
6. **35,7 %** experimentaron **traumas** que les sucedieron a **sus seres queridos** (por ejemplo, la enfermedad grave de un niño)

*El número medio de exposiciones a eventos traumáticos durante la vida es de 3,2 [3]*

• **Cinco tipos** representan más de la mitad de todas las exposiciones [3]:

1. Presenciar una muerte o lesión grave
2. La muerte inesperada de un ser querido
3. Ser asaltado
4. Sufrir un accidente de circulación potencialmente mortal
5. Experimentar una enfermedad o lesión potencialmente mortal

• La exposición a acontecimientos traumáticos no ocurre al azar en la población. La **tasa y el tipo de evento** al que están expuestos los individuos **varía** según el **país** de residencia, las **características sociodemográficas** y el **historial de exposición** previa a sucesos traumáticos [3]

• La exposición a eventos traumáticos aumenta el **riesgo de exposición posterior**, aunque la fuerza de la asociación difiere según el tipo de suceso. Así, la exposición a la **violencia interpersonal** tiene las asociaciones más fuertes con **eventos traumáticos posteriores** [3]



- Según una revisión de los **determinantes** de la **exposición a eventos traumáticos** , **hombres y mujeres difieren** en los **tipos de eventos** que experimentan: los **hombres** informan de más lesiones, accidentes y agresiones físicas y las **mujeres**, de más **agresiones sexuales**
- Los **traumas** asociados con la **violencia interpersonal** tienen una **edad media de aparición más temprana (17 años)**, seguidos de la **violencia sexual de pareja (18 años)**, los **traumas** relacionados con la **guerra (20 años)** y traumas que les pasaron a **otras personas (20 años)**. Los accidentes, la muerte inesperada de seres queridos y otros traumas tienen edades medias de aparición posteriores (entre 24 y 31 años)[10]

## 3. Consecuencias del trauma psicológico

*El trauma psicológico se asocia con un riesgo casi tres veces mayor de desarrollar un trastorno mental*

- Existe una **asociación** entre el **trauma psicológico** producido en cualquier momento y cualquier **trastorno mental**, así como entre el **trauma infantil** y cualquier **trastorno mental** [12]
- Con respecto a tipos de trauma específicos, la **mayor evidencia** relaciona el **abuso físico**, seguido del **sexual**, con una **variedad de trastornos mentales** [12]
- Todos los **traumas interpersonales** dan lugar a **tasas más altas** de **diagnóstico de salud mental** que los traumas ambientales y tienen **correlatos significativos** que incluyen dificultad para recuperarse o modular la angustia, aislamiento del conflicto, deterioro de la capacidad para formar o beneficiarse de una red social e interpretación de los esfuerzos de apoyo de otros como hostiles [13]
- La exposición a **traumas en la infancia**, como la violencia física y emocional y el abuso sexual, altera las etapas normales del desarrollo infantil y afecta continuamente la **salud mental en la edad adulta** [14]
- El **trauma infantil** tiene **efectos graves y duraderos** en la **salud mental y somática** a lo largo de la vida. Aproximadamente **un tercio** de todos los **trastornos psiquiátricos** que aparecen en la **edad adulta** están relacionados con el **trauma infantil** [15] , con efectos de por vida sobre la morbilidad y la mortalidad [16] [17]
- Si bien la **exposición al trauma** es un requisito previo para el trastorno de estrés postraumático (TEPT) [18] , también se asocia con **otros trastornos mentales, como la depresión**, la ansiedad, el uso de sustancias y la psicosis[19,20,21,22,23] y, a menudo, se observa que estos trastornos son **comórbidos** en pacientes postraumáticos [8]



*El trauma psicológico predice un peor pronóstico del trastorno mental, provocando síntomas más resistentes, mayor número de hospitalizaciones y más días de ingreso [19,24] , aumentado el coste para el sistema sanitario [24,25,26]*

## **3.1. Trastornos de estrés agudo**

- El **trastorno de estrés agudo (TEA)** suele ocurrir minutos u horas después de un evento traumático grave [8]
- Las posibles **reacciones después de un trauma pueden variar** ampliamente entre individuos e incluyen **dificultades para dormir, síntomas somáticos**, como alteraciones de la energía y el apetito, **y síntomas emocionales**, por ejemplo, aumento de la excitación ansiosa, irritabilidad, arrebatos de ira, estado de ánimo triste o desesperación [8]
- Los **síntomas** del TEA son **transitorios** y generalmente se alivian en unos días o semanas [8]
- Su diagnóstico suele realizarse **entre tres días y un mes después** del trauma. Es un buen predictor del trastorno de estrés postraumático [27]

## **3.2. Trastorno de estrés postraumático**

- El **trastorno de estrés postraumático** se define no sólo por su presunta causa (exposición al trauma) sino también por grupos de **síntomas específicos** que lo caracterizan [8]

*Los individuos con TEPT responden con intensos recuerdos intrusivos, conductas de evitación, responsabilidad emocional (particularmente arrebatos de irritabilidad) e hiperexcitación ante el peligro o la amenaza. Estos síntomas causan angustia significativa y deterioro en el funcionamiento diario [8]*

- El **DSM-5** establece que los **síntomas** deben estar presentes durante **un mes después del evento traumático** para que se diagnostique **TEPT** [1]
- Su **inicio** suele ocurrir entre **un mes o varios años después** de la exposición a los eventos traumáticos [8]



- Aproximadamente **la mitad de los casos de TEPT remite en seis meses** y la probabilidad de remisión no varía dramáticamente entre los tipos de trauma [28]
- La **duración media de los síntomas de TEPT** es de aproximadamente **seis años** (72,3 meses) en **todos los traumas**, pero **varía** mucho según el **tipo de trauma**, desde un máximo de más de 13 años para los traumas que implican experiencia de combate en la guerra hasta un mínimo de aproximadamente un año para los traumas relacionados con la exposición a un desastre natural [10]

***Sin embargo, el TEPT no es el resultado inevitable de la exposición al trauma, ya que un porcentaje relativamente pequeño de las personas expuestas a acontecimientos traumáticos lo desarrollan [8]***

- El **riesgo de trastorno de estrés postraumático** después de la exposición a un trauma es del **4 %**, pero varía significativamente según el **tipo de trauma** [29]
- La **prevalencia del TEPT a lo largo de la vida** se sitúa en el **8,3%** [30]
- Las tasas de **prevalencia de TEPT** en la **población general** en **Europa** parecen ser menores que en los Estados Unidos (prevalencia de por vida del 7,8 %) [31, 32]
- Sin embargo, existe mucha **variabilidad** en estas tasas dentro de **regiones europeas** específicas, por ejemplo, Italia: 2,4 %; **España: 2,2 %**; Francia: 3,9%; Suecia: 5,6% [33]
- En **poblaciones de alto riesgo**, la **prevalencia** del trastorno de estrés postraumático se estima en un **15,4 %** [34]
  - La **violación, otras agresiones sexuales** y el **acoso** representan traumas relativamente poco comunes con **alto riesgo de TEPT**, mientras que la **muerte inesperada de un ser querido** es un trauma **muy común** con **bajo riesgo de TEPT** [10]
  - Al controlar el tipo de trauma, **el riesgo condicional de TEPT** se asocia significativamente con la **edad**, siendo el **riesgo más alto** durante la **niñez** y la **adolescencia**, y a partir de los **65 años** [10]
  - Las **mujeres** tienen significativamente **más probabilidades** de desarrollar **TEPT** que los hombres expuestos a los mismos traumas [35,36]
  - La literatura sugiere que las **personas con antecedentes de exposición previa a un trauma** tienen **más probabilidades** que otras de desarrollar **TEPT** después de la exposición a traumas posteriores [37,38]



- **Las asociaciones más fuertes** son para un tipo de **violencia física**, por ejemplo, **abuso físico en la infancia**, que predice otros tipos de violencia física posterior, como ser asaltado y violencia sexual en la pareja [10]

***El trastorno de estrés postraumático y la depresión a menudo son comórbidos. Según un metaanálisis, el 52 % de las personas con trastorno de estrés postraumático tenía trastorno depresivo mayor comórbido [39]***

- El **trastorno de estrés postraumático puede provocar un trastorno afectivo [40]**, aumentando significativamente el riesgo de la primera aparición de depresión [41]
- El trastorno de estrés postraumático conlleva un **alto riesgo de cronicidad** y un **riesgo seis veces mayor de tendencias suicidas** [42,43]
- **La evidencia** indica que existe una **asociación** entre el **trastorno de estrés postraumático y las tendencias suicidas con varios factores, como la depresión concurrente y la condición psiquiátrica pretraumática**, que posiblemente median esta relación [44]

## ***3.2. Depresión***

***La depresión es la comorbilidad más común en el TEPT y podría ser el trastorno más común después de un trauma[45].***

- Diversos estudios han demostrado que el **61 %** de las personas con un **primer episodio de depresión** y el **51 % con depresión recurrente** experimentaron **traumas infantiles o traumas recientes**, como experiencias infantiles adversas [42], acontecimientos vitales recientes [43] y factores estresantes ocupacionales [46]
- La **depresión** puede ser una **progresión secundaria al trastorno de estrés postraumático** [8]
- La **depresión relacionada con el trauma** es una depresión **reactiva** con una patología poco clara [8]

***La depresión relacionada con el trauma se asocia con un alto riesgo de suicidio y es crónica, con propensión a las recaídas [8]***

- La **depresión, la ansiedad, el abuso de sustancias y el dolor crónico** median parcialmente las relaciones entre las **experiencias adversas en la infancia y los intentos de suicidio** [47]

- La **depresión por sí sola** representa casi el **30 %** de la asociación entre el **abuso sexual infantil y los intentos de suicidio** [47]
- Aunque la **heredabilidad genética** es uno de los factores de riesgo para el desarrollo de **TEPT o trastorno depresivo mayor en la población con traumas**, el factor genético puede ser menos importante a medida que aumenta la exposición al trauma, es decir, es probable que **altos niveles de trauma** conduzcan al trastorno de estrés postraumático y al trastorno depresivo mayor [48]
- El **impacto del trauma en el estado mental** de un individuo está determinado principalmente por la **intensidad**, la **duración** y la **edad** a la que se produce el trauma [8]
- Si el trauma es demasiado intenso o prolongado, los individuos manifestarán inadaptación o depresión relacionada con el trauma (depresión reactiva). Por lo tanto, **múltiples eventos traumáticos pueden tener efectos perjudiciales acumulativos sobre la salud mental** de las víctimas [49], manifestando **síntomas depresivos** como emociones negativas, culpa, vergüenza, culpabilidad, retraimiento o aislamiento social
- También pueden volverse **irritables, agresivos, violentos y presentar conductas autolesivas o suicidas**, o tener síntomas disociativos persistentes y alucinaciones auditivas y visuales similares a las que ocurren en la psicosis [50,51]

***Los efectos a largo plazo de los acontecimientos traumáticos en los individuos son, principalmente, síntomas depresivos [8]***



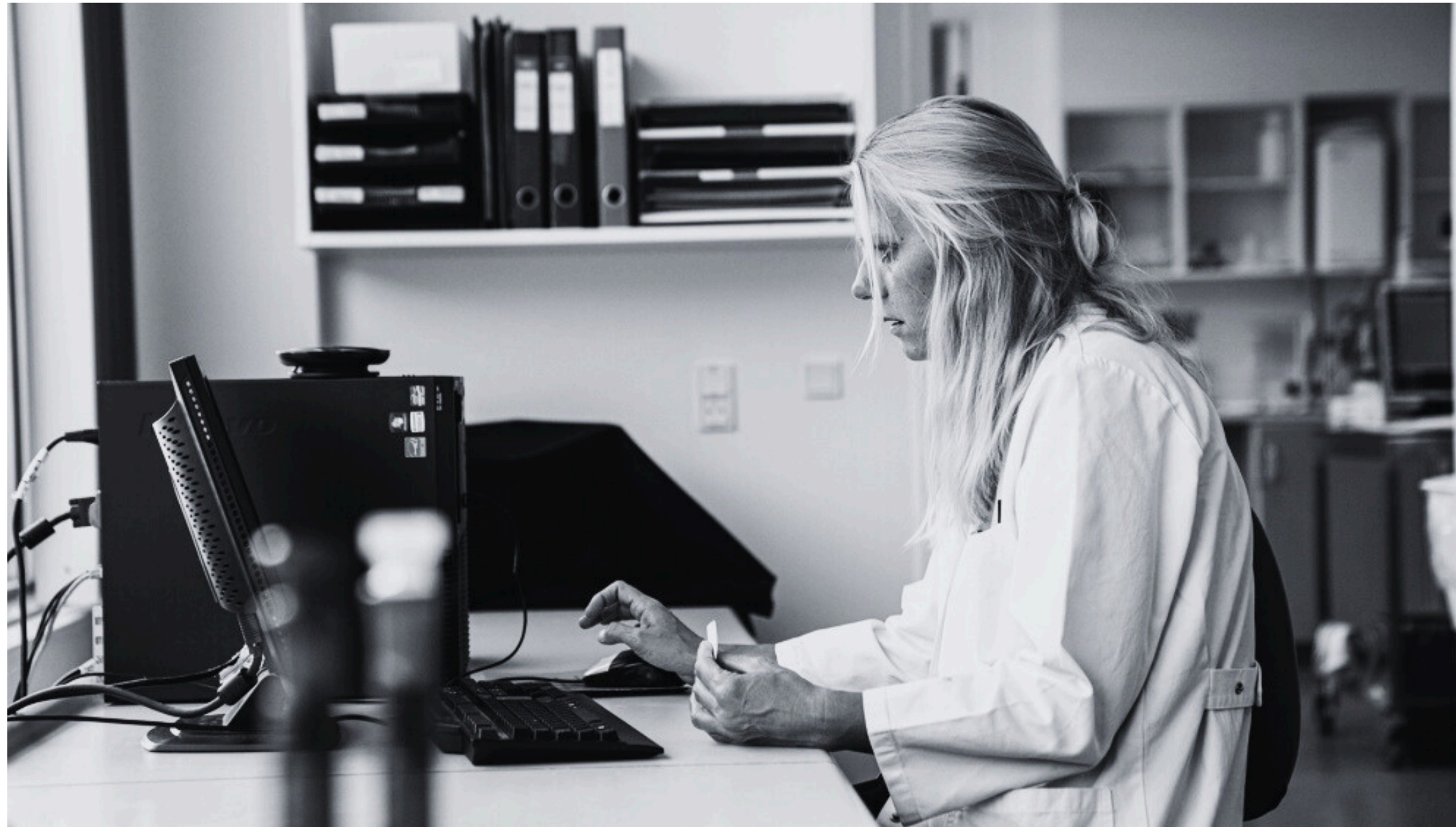
- En los casos de **depresión relacionada con un trauma**, la **sintomatología** es más **compleja**, la tasa de **suicidio es mayor** [47], el cuadro clínico es más propenso a ser **crónico** y la **respuesta al tratamiento antidepressivo es peor** [42,52,53,54]. Por lo tanto, se especula que la depresión relacionada con un trauma puede tener mecanismos **biológicos diferentes** que la depresión clásica [55,56]

***El trauma infantil es común en personas con depresión y se sabe que es un factor de riesgo significativo para la depresión en la edad adulta [57,58 59]***

- La exposición al **trauma infantil** se ha asociado con un **riesgo tres o cuatro veces mayor de depresión y ansiedad** [20]
- **El trauma infantil** es también un **factor de riesgo** importante para la **ideación suicida** y la **mayor gravedad de la depresión refractaria** [47,60 ,61]



- **Los adultos** que experimentaron **traumas infantiles** tienen niveles más altos de percepción del **estrés, ansiedad y depresión** [62,63]
- **El trauma infantil o un evento traumático reciente** es un importante **factor precipitante y perpetuador de la depresión** en adolescentes y pacientes de edad avanzada [64,65]
- Aunque **la depresión es dos veces más prevalente** que el **trastorno de estrés postraumático**, la literatura existente sobre el trauma evalúa desproporcionadamente las presentaciones y los resultados del trastorno de estrés postraumático en lugar de la enfermedad y la influencia del tratamiento en la depresión [66]





# 4. Factores protectores y de riesgo para el desarrollo de psicopatología tras el trauma

*Los factores de riesgo para el desarrollo de psicopatología después de la exposición a un trauma se dividen en tres categorías: factores pretrauma, peritrauma y postrauma [67]:*

1. Los **factores previos al trauma** incluyen edad, género, raza/etnia, educación, psicopatología previa y factores neurobiológicos [67]
2. Entre los **factores peritrauma** están la duración/gravedad de la experiencia traumática y la percepción del trauma [67]
3. Los **factores postraumáticos** engloban el acceso a los recursos necesarios, el apoyo social, los patrones cognitivos específicos y la actividad física [67]

## 4.1. Factores pretrauma

### *Género*

- Las **mujeres** desarrollan TEPT aproximadamente con el **doble de frecuencia** que los **hombres** [68,69,70]
- La **tasa de prevalencia a lo largo de la vida** del trastorno de estrés postraumático para las **mujeres** es del **8,5 %** y del **3,4 %** para los **hombres** [71].
- Las **mujeres** con **trastorno de estrés postraumático** experimentan **síntomas durante más tiempo** que los **hombres** [72] y tienen mayor **probabilidad** de una **peor calidad de vida** [73]

### *Edad*

- El trastorno de estrés postraumático puede afectar a **personas de cualquier edad**. Sin embargo, existen algunas discrepancias en cuanto a qué grupos de edad tienen la prevalencia más baja [67]
- La **prevalencia más alta** del trastorno de estrés postraumático **a lo largo de la vida** se produce en el grupo de **45 a 59 años (9,2 %)** y la prevalencia **más baja (2,5 %)** en el grupo de **más de 60 años** [74]



### *Educación/Cociente Intelectual*

- La **educación** está fuertemente correlacionada con el **cociente intelectual**, y se ha demostrado que el cociente intelectual está inversamente correlacionado con el riesgo de trastorno de estrés postraumático y otros trastornos psiquiátricos [75]
- En un estudio prospectivo de 17 años, los investigadores concluyen que, en general, **un cociente intelectual alto protege** a las personas expuestas al trauma de desarrollar trastorno de estrés postraumático [67]

### *Raza y etnia*

- La raza y el origen étnico pueden ser factores de riesgo de trastorno de estrés postraumático, aunque la **evidencia es inconsistente** [76]

### *Orientación sexual*

***Las minorías sexuales tienen un riesgo de 1,6 a 3,9 veces mayor de sufrir trastorno de estrés postraumático en comparación con un grupo de referencia heterosexual [77]***

- Varios estudios han encontrado **elevada prevalencia de maltrato infantil y TEPT en la edad adulta en minorías de orientación sexual** [78,79]
- Una encuesta entre **adolescentes gais, lesbianas y bisexuales (GLB)** sugiere que el estigma y la victimización comienzan temprano, y que las agresiones físicas y sexuales ocurren ya entre los 8 y 9 años de edad. **Uno de cada 11 adolescentes GLB** padece trastorno de estrés postraumático, hasta 20 veces más que otros niños y adolescentes [80]

### *Psicopatología previa*

***La psicopatología antes del trauma también se ha implicado como un riesgo para desarrollar TEPT [67]***

- Del mismo modo, **los niños muy ansiosos** o con un **estado de ánimo depresivo** también tenían un **mayor riesgo de trastorno de estrés postraumático a los 15 años cuando se expusieron a eventos traumáticos** en comparación con sus compañeros que no tenían estos síntomas psicológicos [67]

### *Exposición previa al trauma*

- La exposición previa a un trauma está implicada en el **trastorno de estrés postraumático** [67]
- El **abuso infantil** es un **factor de riesgo de trastorno de estrés postraumático** [67]
- Las **mujeres** que sufrieron **abuso físico durante la infancia** tuvieron un **mayor riesgo** de sufrir trastorno de estrés postraumático durante su vida [81]
- Estudios más recientes han demostrado que no es la experiencia traumática previa, sino el **desarrollo de síntomas de TEPT en respuesta a un trauma previo lo que aumenta el riesgo de TEPT después de un trauma posterior** [37,82]

### *Historia psiquiátrica familiar*

- La **evidencia** que respalda la asociación entre los antecedentes psiquiátricos familiares y el trastorno de estrés postraumático es **inconsistente** [67]

### *Factores neurobiológicos*

- Las **diferencias individuales** en la **reactividad** de la **amígdala relacionada con amenazas** predicen la **vulnerabilidad psicológica al estrés vital** que ocurre entre **uno y cuatro años después** [83]
- Se identifican **factores de riesgo de depresión y trastornos de ansiedad** en relación con una **mayor reactividad de la amígdala ante una amenaza** [84,85,86]
- **Estudios genéticos** recientes demuestran que los **familiares de pacientes con TEPT** tienen un **mayor riesgo de padecer el trastorno** que los familiares de controles igualmente expuestos a traumas que no desarrollaron TEPT [76]

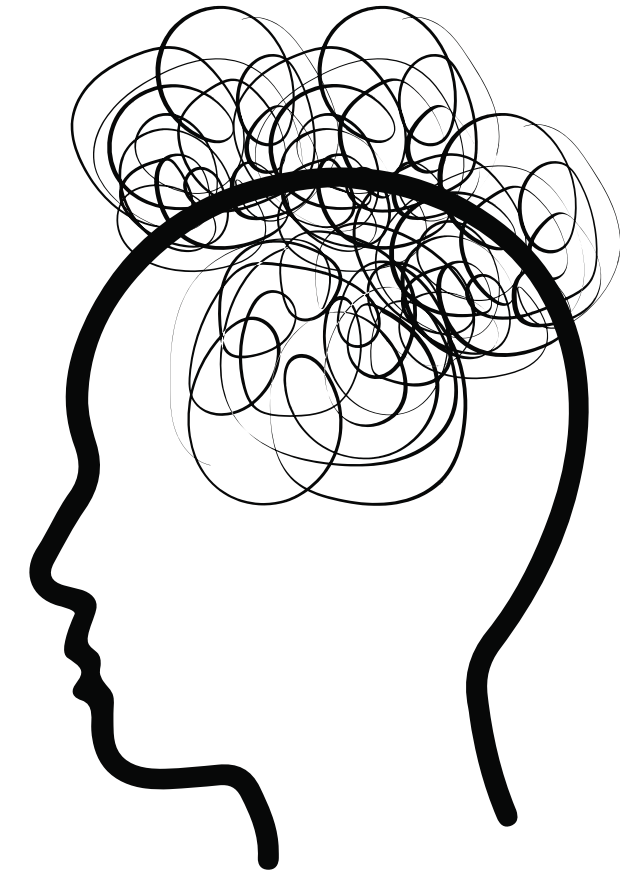
## 4.2. Factores peritraumáticos

### *Tipo y gravedad del trauma*

- Los factores peritraumáticos pueden incluir la percepción del trauma y cómo lo experimenta el individuo a nivel cognitivo, así como a nivel biológico en términos de la respuesta del cuerpo al estrés [87,88]

***El tipo y la gravedad del trauma son importantes para determinar el riesgo de desarrollar TEPT [67]***

- El **mayor riesgo de TEPT** se asocia con **lesiones físicas o agresión sexual** [76]
- La **percepción del trauma como una verdadera amenaza a la propia vida** y sufrir **pérdidas importantes** como resultado del trauma se asocian también con un **mayor riesgo** [81,89]
- La capacidad de **desconectarse de la experiencia traumática** y **percibirla como terminada** puede ser un factor importante que influye en las respuestas adaptativas al trauma frente al desarrollo de TEPT [67]





## 4.3. Factores postraumáticos

### *Acceso a los recursos necesarios*

- Los **primeros auxilios psicológicos** [90] son un enfoque basado en la evidencia para **ayudar a las personas** inmediatamente después de un evento traumático a **reducir la angustia inicial** y fomentar el **funcionamiento adaptativo a corto y largo plazo**
- **Se basan en la idea de abordar necesidades pragmáticas** [67]: ¿qué necesita el individuo inmediatamente después del trauma?, ¿cómo se puede normalizar su experiencia en lugar de patologizarla? y ¿cómo se le puede alentar a afrontar la situación de forma eficaz?
- **Su ausencia** podría considerarse **factor de riesgo** para el desarrollo de **TEPT** [67]

### *Apoyo social*

- Mantener una **red de apoyo social** facilita la **fuerza emocional** [67]

***La falta de apoyo social por parte del cónyuge, amigos y familia tras un evento traumático, y el estrés vital continuo aumentan el riesgo de desarrollar trastorno de estrés postraumático [81,91]***

### *Cognición postraumática*

- **La flexibilidad cognitiva** se refiere a la capacidad de una persona para **reevaluar la percepción** y la **experiencia traumática** [67]
- **Las experiencias traumáticas pueden reevaluarse, ajustando la percepción y el significado del evento** [67]. Por ejemplo, una persona que se enfrenta a un acontecimiento traumático que implica una agresión por parte de un hombre puede aferrarse a la creencia de que todos los hombres son peligrosos. Esto conduce al desarrollo de varios **síntomas de TEPT, como hiperexcitación, hipervigilancia y evitación** [67]
- Estar abierto a la idea de **aceptación y asimilación** del evento traumático en la narrativa de la vida puede conducir a la **recuperación** [92]. Para ello, hay **intervenciones psicosociales y métodos para promover la resiliencia después de un trauma**

### *Actividad física*

- La **actividad física** es un factor importante que puede promover la **resiliencia**, al inducir beneficios psicológicos y fisiológicos positivos [93]
- Un estilo de vida físicamente activo **está inversamente relacionado** con el **estrés, los problemas de salud física** y el desarrollo de **enfermedades crónicas** como el **trastorno de estrés postraumático, la depresión y el abuso de sustancias** [94,95]
- **Son necesarios más estudios** para examinar la relación entre el **ejercicio físico y el trastorno de estrés postraumático**, ya que actualmente hay **datos limitados**

### *Valores y comportamientos altruistas*

- Aunque los **estudios** sobre **altruismo y trastorno de estrés postraumático son limitados**, el altruismo se ha asociado fuertemente con la **resiliencia** en niños y adultos [96,97]
- Mantener **creencias positivas** puede **prevenir** el desarrollo de la **desesperanza** ayudando al individuo a adoptar una **forma de pensar más adaptativa** cuando se enfrenta a **eventos traumáticos** [67]
- **Se necesitan más estudios empíricos** de estas ideas en muestras de población expuesta al trauma [67]

*Por tanto, el riesgo de desarrollar TEPT después de la exposición a un evento traumático depende de una combinación compleja de factores, que incluyen género, edad, origen étnico, factores sociodemográficos, problemas de conducta infantil, exposición previa a un evento traumático y antecedentes familiares de trastornos psicológicos [67]*

- Por el contrario, los **factores protectores** para el trastorno de estrés postraumático incluyen **apoyo social adecuado, capacidades cognitivas y acceso a los recursos necesarios**, lo que puede ayudar a promover una salud mental positiva y, por lo tanto, reducir el riesgo de trastorno de estrés postraumático [67]. **Aumentar el conocimiento** sobre estos **factores** puede ayudar a promover la **resiliencia y disminuir la psicopatología después de un trauma** [67]





# 5. Trauma en la población con patología psiquiátrica previa

*En comparación con la población general, las personas con enfermedades psiquiátricas graves tienen una probabilidad sustancialmente mayor de exposición al trauma, siendo la norma los traumas múltiples, mayor probabilidad de desarrollar TEPT, y consecuencias más graves si el trauma no se trata [98]*

- Un estudio realizado en la red pública de salud mental de Madrid concluye que el **84,2 %** de la población atendida ha informado de, al menos, **un evento traumático**; el **38,4 %** cumple los criterios de **TEPT "probable"**, aunque ninguno tenía un diagnóstico de TEPT en su historia clínica [98]
- Aquellos con **probable trastorno de estrés postraumático** son predominantemente **hombres**, tienen alrededor de **40 años**, han recibido **servicios de salud mental** durante un promedio de **16 años** y han padecido **5,64 tipos de eventos traumáticos** a lo largo de la vida [98]
- El evento traumático más frecuente y angustioso es la **muerte repentina e inesperada de un ser querido** [98]
- Un metaanálisis de la **prevalencia del trauma interpersonal** y las tasas de **trastorno de estrés postraumático** en personas con **enfermedades psiquiátricas graves** [24], que incluye datos de estudios realizados en muchas regiones europeas, desvela **altas tasas de prevalencia de abuso físico (47 %) y sexual (37 %)**, y un promedio del **30 %** tiene un **diagnóstico probable de trastorno de estrés postraumático**

- **Las consecuencias del TEPT no tratado** en la población de personas con trastornos psiquiátricos graves incluyen una **mayor gravedad de los síntomas y un deterioro del funcionamiento**, así como **menor adherencia al tratamiento, peor alianza de trabajo con el equipo de tratamiento y hospitalizaciones más frecuentes** [99,100,101,102,103]
- El **abuso sexual** tanto de niños como de adultos, **la violencia doméstica y "otros eventos que amenazan la vida"** se correlacionaron significativamente con la **gravedad de los síntomas de TEPT** [98]
- Las personas con **patologías psiquiátricas graves en España** tienen **tasas de prevalencia de TEPT** comparables a las de aquellos con condiciones similares en Estados Unidos a pesar de la menor prevalencia en la población general [98]

# 6. Tratamiento del TEPT y la depresión

## 6.1. Terapia psicológica

*Se cree que iniciar una terapia dentro de las primeras seis horas posteriores al trauma es crucial para impedir la interrupción de la consolidación de la memoria que se produce durante ese periodo [104]*

- Se necesitan **terapias para prevenir que las reacciones tempranas de estrés traumático** se conviertan en trastorno de estrés postraumático crónico, especialmente en personas de alto riesgo [104]
- Las **intervenciones psicológicas** son **eficaces** para tratar el **trastorno de estrés postraumático**, la **ansiedad y depresión**, y **mejoran la calidad del sueño** en personas con antecedentes de eventos traumáticos [105]

*Las intervenciones psicológicas centradas en el trauma son superiores a las intervenciones no centradas en el trauma.*

- **La psicoterapia** es el **tratamiento de elección** para el **trastorno de estrés postraumático**, incluida la terapia cognitivo-conductual (TCC), la exposición prolongada y la desensibilización y reprocesamiento por medio de movimientos oculares (EMDR) [106]

- La **terapia cognitivo-conductual centrada en el trauma (TCC-CT)** es un modelo de tratamiento basado en la **evidencia**, diseñado para ayudar a los pacientes y sus familias a superar los síntomas resultantes de la exposición a una experiencia traumática [107]. Tras numerosas investigaciones que lo respaldan, actualmente se considera una intervención bien establecida para tratar el **estrés postraumático y los síntomas asociados** [108,109,110]
- Por otro lado, la **psicoterapia de desensibilización y reprocesamiento del movimiento ocular (EMDR)** [111,112], es uno de los modelos psicoterapéuticos transdiagnóstico de elección en las **directrices internacionales** que abordan las secuelas de experiencias de vida traumáticas
- Diferentes **asociaciones clínicas internacionales reconocen este enfoque psicoterapéutico -EMDR-** para afrontar el trauma, las experiencias vitales adversas y los factores estresantes psicológicos. **La Organización Mundial de la Salud** lo incluye entre los tratamientos recomendados para el estrés postraumático



- En general, las **terapias centradas en el trauma** han demostrado ser **eficaces** en el tratamiento del trastorno de estrés postraumático en adultos que han sufrido **abuso sexual durante la infancia** [114]
  - Las **intervenciones psicológicas** son **efectivas** para reducir los **síntomas depresivos** [105]
1. La **terapia cognitivo conductual centrada en el trauma** se asocia con los efectos del tratamiento más consistentes y significativos [105]
  2. La terapia **EMDR** se asocia de manera similar con efectos de tratamiento significativos para **reducir los síntomas depresivos** [105]
  3. El **Mindfulness** o **atención plena** es una intervención no basada en el trauma que ha demostrado ser moderadamente efectiva para reducir los síntomas depresivos [105]

*Se sugiere que la psicoterapia debería introducirse en la etapa temprana del tratamiento de la depresión relacionada con el trauma [115]*

## 6.2. Tratamiento farmacológico

- A pesar de la **alta prevalencia de antecedentes de trauma psicológico en pacientes con depresión**, pocos estudios han investigado la eficacia de los tratamientos farmacológicos en esta subpoblación [43]
- Hay alguna evidencia de la **potencial eficacia de la hidrocortisona** en la prevención del trastorno de estrés postraumático en adultos, por lo que podría considerarse como una intervención preventiva para personas con enfermedades o lesiones físicas graves, poco después de un evento traumático, siempre que no existan contraindicaciones para su prescripción [104]
- Según el ensayo iSPOT-D, **el abuso sufrido antes de los siete años de edad predice peores resultados después de 8 semanas de tratamiento antidepressivo en adultos**. Además de la eficacia antidepressiva atenuada del tratamiento farmacológico entre las personas que reportan trauma, el **riesgo de recurrencia** de depresión es mayor en esta subpoblación [42,54]

# 7. Impacto laboral del trauma psicológico

- Una consecuencia importante de los **trastornos mentales**, en general, y de los **trastornos relacionados con el estrés**, en particular, son las limitaciones de la capacidad, como el **deterioro relacionado con el trabajo** [116]
- Con respecto al **trastorno de estrés postraumático**, varios estudios han revelado que el **deterioro y la discapacidad relacionados con el trabajo** son **consecuencias comunes** [117,118]
- El trastorno de estrés postraumático se refleja en tasas más altas de **bajas por enfermedad, dificultad para la reincorporación al trabajo y rendimiento laboral reducido**, y se ha demostrado que la **gravedad de los síntomas del trastorno de estrés postraumático se correlaciona negativamente con el deterioro relacionado con el trabajo** [118]

*El trastorno de estrés postraumático provoca una pérdida sustancial de capital humano desde una perspectiva social, tanto en forma de absentismo [119] como de disminución de productividad, es decir, presentismo [120]*





# 8. El papel del entorno

*El entorno social puede estimular la recuperación después de un trauma*

- Se ha descubierto que la percepción de apoyo social es un factor influyente en los efectos de los acontecimientos traumáticos tanto en el individuo como en la comunidad [4]
- Los estudios han demostrado que el **trauma colectivo** causado por desastres naturales puede generar **emociones colectivas** acompañadas de **comportamientos prosociales**, reduciendo así los **efectos adversos** de los eventos traumáticos en los individuos [121]



# 9. Referencias Bibliográficas

- [1]APA. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. Fifth Edition. Washington: American Psychiatric Association (2013)
- [2]WHO. International Classification of Diseases 11th Revision. Geneva: World Health Organization (2018)
- [3]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
- [4]Kleber RJ. Trauma and Public Mental Health: A Focused Review. *Front Psychiatry*. 2019 Jun 25;10:451. doi: 10.3389/fpsy.2019.00451. PMID: 31293461; PMCID: PMC6603306
- [5]Hospital del Mar Medical Research Institute (IMIM), Barcelona, Spain
- [6]Frijda NH. *The Emotions*. Cambridge: Cambridge University Press (1982)
- [7]Kleber RJ, Brom D. collaboration with Defares, P.B. In: *Coping with trauma: Theory, prevention and treatment*. Abingdon, UK: Taylor & Francis (2003)
- [8]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.wjgnet.com/2220-3206/full/v13/i6/331.htm>. DOI: <https://dx.doi.org/10.5498/wjp.v13.i6.331>
- [9]Yehuda R, Resnick H, Kahana B, Giller EL. Long-lasting hormonal alterations to extreme stress in humans: normative or maladaptive? *Psychosom Med* 1993; 55: 287-297 [PMID: 8346336 DOI: 10.1097/00006842-199305000-00006]
- [10]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
- [11]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]
- [12]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
- [13]Charuvastra, A., & Cloitre, M. (2008). Social bonds and posttraumatic stress disorder. *Annual Review of Psychology*, 59, 301–328. doi:10.1146/annurev.psych.58.110405.085650
- [14] Park C, Park IH, Yoo T, Kim H, Ryu S, Lee JY, Kim JM, Kim SW. Association between Childhood Trauma and Suicidal Behavior in the General Population. *Chonnam Med J*. 2021 May;57(2):126-131. doi: 10.4068/cmj.2021.57.2.126. Epub 2021 May 24. PMID: 34123740; PMCID: PMC8167439
- [15] Sedlak, A.J., Ellis, R.T., 2014. Trends in child abuse reporting. In: Korbin, J.E., Krugman, R.D. (Eds.), *Handbook of child maltreatment*. Springer, Dordrecht, Netherlands, pp. 3–26
- [16] Gilbert, R., Widom, C.S., Browne, K., Fergusson, D., Webb, E., Janson, S., 2009. Burden and consequences of child maltreatment in high-income countries. *Lancet* 373 (9657), 68–81. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(08\)61706-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(08)61706-7)
- [17] Chen, E., Turiano, N.A., Mroczek, D.K., Miller, G.E., 2016. Association of reports of childhood abuse and all-cause mortality rates in women. *JAMA Psychiatry* 73 (9), 920–927. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2016.1786>.
- [18] Friedman MJ, Resick PA, Bryant RA et al (2011) Classification of trauma and stressor-related disorders in DSM-5. *Depress Anxiety* 28:737–749. <https://doi.org/10.1002/da.20845>
- [19] 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 DSMIV disorders. *Arch Gen Psychiatry* 67:113–123. <https://doi.org/10.1001/archgenpsychiatry.2009.186>
- [20] Hughes K, Bellis MA, Hardcastle KA et al (2017) The effect of multiple adverse childhood experiences on health: a systematic review and meta-analysis. *Lancet Public Heal* 2:e356–e366. [https://doi.org/10.1016/S2468-2667\(17\)30118-4](https://doi.org/10.1016/S2468-2667(17)30118-4)
- [21] McGrath JJ, Saha S, Lim CCW et al (2017) Trauma and psychotic experiences: transnational data from the world mental health survey. *Br J Psychiatry* 211:373–380. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.117.205955>
- [22] McLaughlin KA, Green JG, Gruber MJ et al (2012) Childhood adversities and first onset of psychiatric disorders in a national sample of US adolescents. *Arch Gen Psychiatry* 69:1151–1160. <https://doi.org/10.1001/archgenpsychiatry.2011.2277>
- [23] Copeland WE, Shanahan L, Hinesley J et al (2018) Association of childhood trauma exposure with adult psychiatric disorders and functional outcomes. *JAMA Netw Open*. <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2018.4493>
- [24] 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>
- [25] Cuijpers P, Smit F, Unger F et al (2011) The disease burden of childhood adversities in adults: a population-based study. *Child Abus Negl* 35:937–945. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2011.06.005>
- [26] 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)
- [27] Bryant, R. Acute stress disorder as a predictor of posttraumatic stress disorder: a systematic review. *J. Clin. Psychiatry* 72, 233–239 (2011)
- [28]Morina N., Wicherts J. M., Lobbrecht J., & Priebe S. (2014). Remission from post-traumatic stress disorder in adults: A systematic review and meta-analysis of long-term outcome studies. *Clinical Psychology Review*, 34(3), 249–255. doi: 10.1016/j.cpr.2014.03.002
- [29]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
- [30]Herman JL. Complex PTSD: A syndrome in survivors of prolonged and repeated trauma. *J Trauma Stress* 1992; 5: 377-391 [DOI: 10.1007/BF00977235]
- [31] Olaya, B., Alonso, J., Atwoli, L., Kessler, R. C., Vilagut, G., & Haro, J. M. (2015). Association between traumatic events and post-traumatic stress disorder: Results from the ESEMeD-Spain study. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, 24, 172–183. <http://dx.doi.org/10.1017/S2045796014000092>
- [32] Demyttenaere, K., Bruffaerts, R., Posada-Villa, J., Gasquet, I., Kovess, V., Lepine, J. P., . . . the WHO World Mental Health Survey Consortium. (2004). Prevalence, severity, and unmet need for treatment of mental disorders in the World Health Organization World Mental Health Surveys. *Journal of the American Medical Association*, 291, 2581–2590. <http://dx.doi.org/10.1001/jama.291.21.2581>
- [33] Husky, M. M., Lépine, J.-P., Gasquet, I., & Kovess-Masfety, V. (2015). Exposure to traumatic events and posttraumatic stress disorder in France: Results from the WMH Survey. *Journal of Traumatic Stress*, 28, 275–282. <http://dx.doi.org/10.1002/jts.22020>
- [34] Steel, Z. et al. Association of torture and other potentially traumatic events with mental health outcomes among populations exposed to mass conflict and displacement: a systematic review and meta-analysis. *JAMA* 302, 537–549 (2009)
- [35] Olf M., Langeland W., Draijer N., & Gersons B. P. (2007). Gender differences in posttraumatic stress disorder. *Psychological Bulletin*,133(2), 183–204. doi:10.1037/0033-2909.133.2.183



- [36]Tolin D. F., & Foa E. B. (2006). Sex differences in trauma and posttraumatic stress disorder: A quantitative review of 25 years of research. *Psychological Bulletin*, 132(6), 959–992. doi:10.1037/0033-2909.132.6.959
- [37]Breslau N., Peterson E. L., & Schultz L. R. (2008). A second look at prior trauma and the posttraumatic stress disorder effects of subsequent trauma: A prospective epidemiological study. *Archives of General Psychiatry*, 65(4), 431–437. doi: 10.1001/archpsyc.65.4.431
- [38]Caramanica K., Brackbill R. M., Stellman S. D., & Farfel M. R. (2015). Posttraumatic stress disorder after Hurricane Sandy among persons exposed to the 9/11 disaster. *International Journal of Emergency Mental Health*, 17(1), 356–362. Retrieved from <https://www.omicsonline.com/open-access/posttraumatic-stress-disorder-after-hurricane-sandy-among-persons-exposed-to-the-disaster-1522-4821-17-173.pdf>
- [39]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]
- [40]Ducrocq F, Vaiva G, Cottencin O, Molenda S, Bailly D. Post-traumatic stress, post-traumatic depression and major depressive episode: literature. *Encephale* 2001; 27: 159-168 [PMID: 11407268]
- [41]Breslau N, Davis GC, Peterson EL, Schultz L. Psychiatric sequelae of posttraumatic stress disorder in women. *Arch Gen Psychiatry* 1997; 54: 81-87 [PMID: 9006404 DOI: 10.1001/archpsyc.1997.01830130087016]
- [42]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]
- [43]Christensen MC, Florea I, Loft H, McIntyre RS. Efficacy of vortioxetine in patients with major depressive disorder reporting childhood or recent trauma. *J Affect Disord* 2020; 263: 258-266 [PMID: 31818787 DOI: 10.1016/j.jad.2019.11.074]
- [44]Krysinska K, Lester D. Post-traumatic stress disorder and suicide risk: a systematic review. *Arch Suicide Res.* 2010;14(1):1-23. doi: 10.1080/13811110903478997. PMID: 20112140
- [45]Adshead G, Ferris S. Treatment of victims of trauma. *Adv Psychiatric Treatment* 2007; 13:358–368
- [46]Petereit-Haack G, Bolm-Audorff U, Romero Starke K, Seidler A. Occupational Risk for Post-Traumatic Stress Disorder and Trauma-Related Depression: A Systematic Review with Meta-Analysis. *Int J Environ Res Public Health* 2020; 17 [PMID: 33327657 DOI: 10.3390/ijerph17249369]
- [47]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
- [48]Lipsky RK, Garrett ME, Dennis MF; VA Mid-Atlantic MIRECC Workgroup, Hauser MA, Beckham JC, Ashley-Koch AE, Kimbrel NA. Impact of traumatic life events and polygenic risk scores for major depression and posttraumatic stress disorder on Iraq/Afghanistan Veterans. *J Psychiatr Res* 2023; 158: 15-19 [PMID: 36542982 DOI: 10.1016/j.jpsychires.2022.12.014]
- [49]Agyapong B, Shalaby R, Eboreime E, Obuobi-Donkor G, Owusu E, Adu MK, Mao W, Oluwasina F, Agyapong VIO. Cumulative trauma from multiple natural disasters increases mental health burden on residents of Fort McMurray. *Eur J Psychotraumatol* 2022; 13: 2059999 [PMID: 35599978 DOI: 10.1080/20008198.2022.2059999]
- [50]Longden E, Madill A, Waterman MG. Dissociation, trauma, and the role of lived experience: toward a new conceptualization of voice hearing. *Psychol Bull* 2012; 138: 28-76 [PMID: 22082488 DOI: 10.1037/a0025995]
- [51]Ross J, Armour C, Kerig PK, Kidwell MC, Kilshaw RE. A network analysis of posttraumatic stress disorder and dissociation in trauma-exposed adolescents. *J Anxiety Disord* 2020; 72: 102222 [PMID: 32272318 DOI:10.1016/j.janxdis.2020.102222]
- [52]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]
- [53]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]
- [54]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]
- [55]Østergaard L, Jørgensen MB, Knudsen GM. Low on energy? An energy supply-demand perspective on stress and depression. *Neurosci Biobehav Rev* 2018; 94: 248-270 [PMID: 30145282 DOI: 10.1016/j.neubiorev.2018.08.007]
- [56]Yang XJ, Zhao BC, Li J, Shi C, Song YQ, Gao XZ, Jiang HL, Yu QY, Liang XC, Feng SX, Li X, Sun Y, Li YH, Wang YP, Bao T, Zhang ZJ. Serum NLRP3 Inflammasome and BDNF: Potential Biomarkers Differentiating Reactive and Endogenous Depression. *Front Psychiatry* 2022; 13: 814828 [PMID: 35295780 DOI: 10.3389/fpsy.2022.814828]
- [57]Dube, S.R., Anda, R.F., Whitfield, C.L., et al., 2005. Long-term consequences of childhood sexual abuse by gender of victim. *Am. J. Prev. Med.* 28 (5), 430–438.
- [58]Dube, S.R., Felitti, V.J., Dong, M., et al., 2003. The impact of adverse childhood experiences on health problems: evidence from four birth cohorts dating back to 1900. *Prev. Med.* 37 (3), 268–277.
- [59]Kendler, K.S., Kessler, R.C., Walters, E.E., et al., 1995. Stressful life events, genetic liability, and onset of an episode of major depression in women. *Am. J. Psychiatry* 152(6), 833–842.
- [60]Nanni V, Uher R, Danese A. Childhood maltreatment predicts unfavorable course of illness and treatment outcome in depression: a meta-analysis. *Am J Psychiatry* 2012; 169: 141-151 [PMID: 22420036 DOI: 10.1176/appi.ajp.2011.11020335]
- [61]Yrondi A, Aouizerate B, Bennabi D, Richieri R, D'Amato T, Bellivier F, Bougerol T, Horn M, Camus V, Courtet P, Doumy O, Genty JB, Holtzmann J, Lancon C, Leboyer M, Llorca PM, Maruani J, Moirand R, Molière F, Samalin L, Schmitt L, Stephan F, Turecki G, Vaiva G, Walter M, Petrucci J; FondaMental Advanced Centers of Expertise in Resistant Depression (FACE-DR) Collaborators, Haffen E, El-Hage W. Childhood maltreatment and clinical severity of treatment-resistant depression in a French cohort of outpatients (FACE-DR): One-year follow-up. *Depress Anxiety* 2020; 37: 365-374 [PMID: 31999402 DOI: 10.1002/da.22997]
- [62]Putnam FW. Ten-year research update review: child sexual abuse. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2003;42:269-78
- [63]Scott KM, McLaughlin KA, Smith DA, Ellis PM. Childhood maltreatment and DSM-IV adult mental disorders: comparison of prospective and retrospective findings. *Br J Psychiatry* 2012;200:469-75
- [64]Nobels A, Lemmens G, Thibau L, Beaulieu M, Vandeviver C, Keygnaert I. "Time Does Not Heal All Wounds": Sexual Victimization Is Associated with Depression, Anxiety, and PTSD in Old Age. *Int J Environ Res Public Health* 2022; 19 [PMID: 35270496 DOI: 10.3390/ijerph19052803]
- [65]Jaffee SR, Moffitt TE, Caspi A, Fombonne E, Poulton R, Martin J. Differences in early childhood risk factors for juvenile onset and adult-onset depression. *Arch Gen Psychiatry* 2002; 59: 215-222 [PMID: 11879158 DOI:10.1001/archpsyc.59.3.215]
- [66]Grosse, L., Ambrée, O., Jörgens, S., et al., 2016. Cytokine levels in major depression are related to childhood trauma but not to recent stressors. *Psychoneuroendocrinology* 73, 24–31
- [67]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
- [68]Dorte C, Ask E. Sex Differences in PTSD. INTECH Open Access Publisher, 2012
- [69]Tolin DF, Foa EB. Sex differences in trauma and posttraumatic stress disorder: a quantitative review of 25 years of research. *Psychol Bull.* 2006;132(6):959
- [70]McGrath JJ et al. Psychotic experiences in the general population: a cross-national analysis based on 31261 respondents from 18 countries. *JAMA Psychiatry.* 2015. doi:10.1001/jamapsychiatry.2015.0575
- [71]Allasio D, Fischer H. Torture vs child abuse: what's the difference? *Clin Pediatr (Phila)* 1998; 37: 269-271 [PMID:9564579 DOI: 10.1177/000992289803700410]
- [72]Chilcoat HD, Breslau N. Investigations of causal pathways between PTSD and drug use disorders. *Addict Behav.* 1998;23(6):827–40
- [73]Holbrook TL, Hoyt DB. The impact of major trauma: quality-of-life outcomes are worse in women than in men, independent of mechanism and injury severity. *J Trauma Acute Care Surg.* 2004;56(2):284–90
- [74]Kessler RC et al. Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Arch Gen Psychiatry.* 2005;62(6):593–602
- [75]BattyGD, Mortensen EL, Osler M. Childhood IQ in relation to later psychiatric disorder evidence from a Danish birth cohort study. *Br J Psychiatry.* 2005;187(2):180–1

- [76]Institute of Medicine. Treatment for posttraumatic stress disorder in military and veteran populations: initial assessment. 2012
- [77]Roberts AL et al. Elevated risk of posttraumatic stress in sexual minority youths: mediation by childhood abuse and gender nonconformity. *Am J Public Health*. 2012;102(8):1587–93
- [78] Wilson HW, Widom CS. Does physical abuse, sexual abuse, or neglect in childhood increase the likelihood of same-sex sexual relationships and cohabitation? A prospective 30-year follow-up. *Arch Sex Behav*. 2010;39:63–74
- [79]Corliss HL, Cochran SD, Mays VM. Reports of parental maltreatment during childhood in a United States population-based survey of homosexual, bisexual, and heterosexual adults. *Child Abuse Negl*. 2002;26(11):1165–78
- [80]Posttraumatic Stress Disorder. Chapter 11: Social, cultural, and other diversity issues in the traumatic stress field. 2015. Elsevier. DOI:<http://dx.doi.org/10.1016/B978-0-12-801288-8.00011-X>
- [81]Ozer EJ, et al. Predictors of posttraumatic stress disorder and symptoms in adults: a meta-analysis. *Psychol Bull*. 2003;52–73
- [82]Breslau N, Peterson EL. Assaultive violence and the risk of posttraumatic stress disorder following a subsequent trauma. *Behav Res Ther*. 2010;48(10):1063–6
- [83]Swartz JR et al. A neural biomarker of psychological vulnerability to future life stress. *Neuron*. 2015;85(3):505–11
- [84]Bogdan R, Hyde LW, Hariri AR. A neurogenetics approach to understanding individual differences in brain, behaviour, and risk for psychopathology. *Mol Psychiatry*. 2013;18(3):288–99
- [85]Nikolova YS et al. Beyond genotype: serotonin transporter epigenetic modification predicts human brain function. *Nat Neurosci*. 2014;17(9):1153–5
- [86]White MG et al. FKBP5 and emotional neglect interact to predict individual differences in amygdala reactivity. *Genes Brain Behav*. 2012;11(7):869–78
- [87]Carlier IVE, Lamberts RD, Gersons BPR. Risk factors for posttraumatic stress symptomatology in police officers: a prospective analysis. *J Nerv Ment Dis*. 1997;185(8):498–506
- [88]Marmar CR et al. Peritraumatic dissociation and posttraumatic stress in male Vietnam theater veterans. *Am J Psychiatr*. 1994;151(6):902–7
- [89]Holbrook TL et al. Perceived threat to life predicts posttraumatic stress disorder after major trauma: risk factors and functional outcome. *J Trauma Acute Care Surg*. 2001;51(2):287–93
- [90] Bisson JI, Lewis C. Systematic review of psychological first aid. Commissioned by the World Health Organization. 2009
- [91] Brewin CR, Andrews B, Valentine JD. Meta-analysis of risk factors for posttraumatic stress disorder in trauma-exposed adults. *J Consult Clin Psychol*. 2000;68(5):748
- [92] Hayes SC et al. Experiential avoidance and behavioral disorders: a functional dimensional approach to diagnosis and treatment. *J Consult Clin Psychol*. 1996;64(6):1152
- [93] Silverman MN, Deuster PA. Biological mechanisms underlying the role of physical fitness in health and resilience. *Interface Focus*. 2014;4(5), 20140040
- [94] Deuster PA, Silverman MN. Physical fitness: a pathway to health and resilience. *US Army Med Dep J*. 2013;24–35
- [95] Gerber M et al. Adolescents' exercise and physical activity are associated with mental toughness. *Ment Health Physc Act*. 2012;5(1):35–42
- [96] Leontopoulou S. An exploratory study of altruism in Greek children: relations with empathy, resilience and classroom climate. *Psychology*. 2010;1(05):377
- [97] Southwick SM, Vythilingam M, Charney DS. The psychobiology of depression and resilience to stress: implications for prevention and treatment\*. *Annu Rev Clin Psychol*. 2005;1:255–91
- [98] Gottlieb JD, Poyato N, Valiente C, Perdígón A, Vázquez C. Trauma and posttraumatic stress disorder in Spanish public mental health system clients with severe psychiatric conditions: Clinical and demographic correlates. *Psychiatr Rehabil J*. 2018 Sep;41(3):234-242. doi: 10.1037/prj0000318. PMID: 30160509
- [99] Lecomte, T., Spidel, A., Leclerc, C., MacEwan, G. W., Greaves, C., & Bentall, R. P. (2008). Predictors and profiles of treatment non-adherence and engagement in services problems in early psychosis. *Schizophrenia Bulletin*, 102, 295–302. <http://dx.doi.org/10.1016/j.schres.2008.01.024>
- [100] Minsky, S. K., Lu, W., Silverstein, S. M., Gara, M., Gottlieb, J. D., & Mueser, K. T. (2015). Service use and self-reported symptoms among persons with positive PTSD screens and serious mental illness. *Psychiatric Services*, 66, 845– 850. <http://dx.doi.org/10.1176/appi.ps.201400192>
- [101] Mueser, K. T., Rosenberg, S. D., Goodman, L. A., & Trumbetta, S. L. (2002). Trauma, PTSD, and the course of severe mental illness: An interactive model. *Schizophrenia Research*, 53, 123–143. [http://dx.doi.org/10.1016/S0920-9964\(01\)00173-6](http://dx.doi.org/10.1016/S0920-9964(01)00173-6)
- [102] Mueser, K. T., Salyers, M. P., Rosenberg, S. D., Goodman, L. A., Essock, S. M., Osher, F. C., . . . the 5 Site Health and Risk Study Research Committee. (2004). Interpersonal trauma and posttraumatic stress disorder in patients with severe mental illness: Demographic, clinical, and health correlates. *Schizophrenia Bulletin*, 30, 45–57. <http://dx.doi.org/10.1093/oxfordjournals.schbul.a007067>
- [103] Switzer, G. E., Dew, M. A., Thompson, K., Goycoolea, J. M., Derricott, T., & Mullins, S. D. (1999). Posttraumatic stress disorder and service utilization among urban mental health center clients. *Journal of Traumatic Stress*, 12, 25-39. <http://dx.doi.org/10.1023/A:1024738114428>
- [104] 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
- [105] Coventry PA, Meader N, Melton H, Temple M, Dale H, Wright K, Cloitre M, Karatzias T, Bisson J, Roberts NP, Brown JVE, Barbui C, Churchill R, Lovell K, McMillan D, Gilbody S. Psychological and pharmacological interventions for posttraumatic stress disorder and comorbid mental health problems following complex traumatic events: Systematic review and component network meta-analysis. *PLoS Med*. 2020 Aug 19;17(8):e1003262. doi: 10.1371/journal.pmed.1003262. PMID: 32813696; PMCID: PMC7446790
- [106] 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]
- [107] Mannarino, A.P.; Cohen, J.A.; Deblinger, E.; Runyon, M.K.; Steer, R.A. Trauma-Focused Cognitive-Behavioral Therapy for Children: Sustained Impact of Treatment 6 and 12 Months Later. *Child Maltreat*. 2012, 17, 231–241. <http://doi.org/10.1177/1077559512451787>
- [108] Cary, C.E.; McMillen, J.C. The data behind the dissemination: A systematic review of trauma-focused cognitive behavioral therapy for use with children and youth. *Child Youth Serv. Rev*. 2012, 34, 748–757. <http://doi.org/10.1016/j.childyouth.2012.01.003>
- [109] Keeshin, B.R.; Strawn, J.R. Psychological and Pharmacologic Treatment of Youth with Posttraumatic Stress Disorder: An Evidence-based Review. *Child Adolesc. Psychiatr. Clin. N. Am*. 2014, 23, 399–411. <http://doi.org/10.1016/j.chc.2013.12.002>
- [110] Leenarts, L.E.W.; Diehle, J.; Doreleijers, T.A.H.; Jansma, E.P.; Lindauer, R.J.L. Evidence-based treatments for children with trauma-related psychopathology as a result of childhood maltreatment: A systematic review. *Eur. Child Adolesc. Psychiatry* 2013, 22, 269–283. <http://doi.org/10.1007/s00787-012-0367-5>
- [111] Shapiro, F. Efficacy of the eye movement desensitization procedure in the treatment of traumatic memories. *J. Trauma Stress* 1989, 2, 199–223. <http://doi.org/10.1002/jts.2490020207>
- [112] Shapiro, F. *Eye Movement Desensitization and Reprocessing: Basic Principles, Protocols and Procedures*, 2nd ed.; Guilford Press: New York, NY, USA, 2001
- [113] WHO. Guidelines for the Managements of Conditions Specifically Rellated to Stress; WHO: Ginebra, Switzerland, 2013
- [114] Ehring, T.; Welboren, R.; Morina, N.; Wicherts, J.M.; Freitag, J.; Emmelkamp, P.M.G. Meta-analysis of psychological treatments for posttraumatic stress disorder in adult survivors of childhood abuse. *Clin. Psychol. Rev*. 2014, 34, 645–657. <http://doi.org/10.1016/j.cpr.2014.10.004>



- [115] Menke A, Nitschke F, Hellmuth A, Helm J, Wurst C, Stonawski S, Blickle 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]
- [116] Brenner L, Köllner V, Bachem R. Symptom burden and work-related impairment among patients with PTSD and complex PTSD. *Eur J Psychotraumatol*. 2019 Nov 27;10(1):1694766. doi: 10.1080/20008198.2019.1694766. PMID: 31807235; PMCID: PMC6882441
- [117] Breslau, N., Lucia, V. C., & Davis, G. C. (2004). Partial PTSD versus full PTSD: An empirical investigation of associated impairment. *Psychological Medicine*, 34(7), 1205–1214
- [118] Wald, J., & Taylor, S. (2009). Work impairment and disability in posttraumatic stress disorder: A review and recommendations for psychological injury research and practice. *Psychological Injury and Law*, 2(3), 254–262
- [119] Ionso J., Petukhova M., Vilagut G., Chatterji S., Heeringa S., Ustun T. B., ... Kessler R. C. (2011). Days out of role due to common physical and mental conditions: Results from the WHO World Mental Health surveys. *Molecular Psychiatry*, 16(12), 1234–16. doi: 10.1038/mp.2010.101 [PMCID: PMC3223313] [PubMed: 20938433] [CrossRef:10.1038/mp.2010.101]
- [120] Ormel J., Petukhova M., Chatterji S., Aguilar-Gaxiola S., Alonso J., Angermeyer M. C., ... Kessler R. C. (2008). Disability and treatment of specific mental and physical disorders across the world. *British Journal of Psychiatry*, 192(5), 368-375. doi: 10.1192/bjp.bp.107.039107
- [121] Gold SN. Collective trauma: Terrain that challenges conventional wisdom on mental health. *PsycCritiques* 2014; 59 [DOI:10.1037/a0036545]