



Revista Chilena de Neuropsiquiatría

ISSN: 0034-7388

directorio@sonepsyn.cl

Sociedad de Neurología, Psiquiatría y  
Neurocirugía de Chile  
Chile

Vitriol, Verónica; Cancino, Alfredo; Ballesteros, Soledad; Núñez, Carolina; Navarrete,  
Andrea

Depresión y trauma temprano: hacia una caracterización clínica de perfiles de consulta en  
un servicio de salud secundario

Revista Chilena de Neuropsiquiatría, vol. 55, núm. 2, abril-junio, 2017, pp. 123-134

Sociedad de Neurología, Psiquiatría y Neurocirugía de Chile  
Santiago, Chile

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=331552284007>

- Cómo citar el artículo
- Número completo
- Más información del artículo
- Página de la revista en redalyc.org

redalyc.org

Sistema de Información Científica

Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal

Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso abierto

## Depresión y trauma temprano: hacia una caracterización clínica de perfiles de consulta en un servicio de salud secundario

### Depression and early trauma: towards a characterization of clinical profiles of consultation in a secondary mental health service

Verónica Vitriol<sup>1,4,a,b</sup>, Alfredo Cancino<sup>1,3,a</sup>, Soledad Ballesteros<sup>1,4,c</sup>, Carolina Núñez<sup>2,d</sup> y Andrea Navarrete<sup>2,c</sup>

*Patients with depression maltreated during childhood differ from those depressive patients without this background. In patients with early trauma the disease emerges earlier, it is more severe and does not respond to the classical antidepressant therapy. Despite this evidence, research regarding the clinical conceptualization and approach to these patients is still limited. The above becomes relevant in Chile, considering the high prevalence of depression and history of adverse childhood events among Chilean depressive consulting health services. Based on the conceptualization of complex Post traumatic stress disorder (PTSD), the overall objective of this article is to propose a conceptualization to the clinical characteristics presented in depressive patients with early abuse, who consult in a mental health service. We propose that in all these patients it needs to inquire actively about history of early adverse events, patterns of interpersonal difficulties, psychiatric comorbidity with emphasis on PTSD features and presence of dissociative symptoms. According to which of the areas is the most important to understand the reason of consultation and considering the observation of 41 patients treated in the context of the Psychic Trauma Unit in the Curicó Hospital, we postulate the existence of the following profiles: depressive, post-traumatic and dissociative. The main clinical characteristics of each profile are presented with a therapeutic approach.*

**Key words:** Depression, Childhood trauma, Mental Health service.  
Rev Chil Neuro-Psiquiat 2017; 55 (2): 123-134

Recibido: 14/11/2016

Aceptado: 23/05/2017

Los autores no presentan ningún tipo de conflicto de interés.

<sup>1</sup> Universidad de Talca, Chile.

<sup>2</sup> Hospital San Juan de Dios Curicó (Unidad de Depresión y Trauma Psicológico). Curicó, Chile.

<sup>3</sup> Departamento Comunal de Salud. Curicó, Chile.

<sup>4</sup> Consulta privada.

<sup>a</sup> MD.

<sup>b</sup> MSc.

<sup>c</sup> Psicóloga.

<sup>d</sup> T. Social.

## Introducción

Existe suficiente evidencia que relaciona el maltrato infantil con el desarrollo de los trastornos mentales más prevalentes en la vida adulta, tales como depresión<sup>1,2</sup>, trastornos de ansiedad<sup>3</sup>, estrés postraumático (TEPT)<sup>4,5</sup>, abuso de sustancias (TUS)<sup>6,7</sup> y trastornos de la personalidad<sup>8,9</sup>.

Los pacientes con maltrato infantil difieren de los que no lo presentan en que su respectiva enfermedad mental emerge más temprano, se asocia a mayor severidad, mayor cronicidad y peor respuesta a los tratamientos estandarizados para cada trastorno<sup>10,11</sup>.

La complejidad psicopatológica que presentan los sujetos con historia de trauma infantil podría atribuirse a los cambios neurobiológicos cerebrales secundarios a la exposición a estrés severo en un período de gran vulnerabilidad para el desarrollo mental<sup>12,13</sup>. Sobre tal punto, Teicher y otros autores<sup>13</sup>, han postulado la existencia de ecofenotipos, subtipos clínicos y neurobiológicos de carácter epigenético, asociados al trauma temprano, que debiesen ser reconocidos y tratados con un abordaje diferencial en el contexto terapéutico de las respectivas patologías manifiestas<sup>13</sup>.

El TEPT es, por excelencia, la patología más estudiada en relación a los traumas psicológicos, incluyendo el trauma infantil<sup>14</sup>. Sin embargo, la depresión -una enfermedad dos veces más prevalente que el TEPT y que para el año 2020 se espera que sea la segunda causa de discapacidad a nivel mundial<sup>15</sup>- ha sido menos estudiada y conceptualizada a este respecto<sup>16</sup>.

Partiendo de la conceptualización tanto clínica como terapéutica que engloba la nosología del TEPT complejo<sup>17</sup>, el objetivo general de este artículo es *proponer una posible caracterización de los consultantes por depresión con historia de trauma temprano a un servicio de salud secundario*.

## TEPT y trauma infantil: TEPT complejo

Diversos autores han establecido diferencias entre las manifestaciones del TEPT clásico y las características clínicas que presentan los pacientes

sometidos a traumas crónicos y de carácter interpersonal como son el trauma infantil, la violencia doméstica, el genocidio, la tortura, la violencia política, entre otros<sup>18</sup>. En la vida adulta, además de la triada sintomática clásica del TEPT, estos pacientes presentan alteraciones de la regulación emocional, dificultades interpersonales, síntomas disociativos y somatomorfos, y graves distorsiones en los sistemas de creencias<sup>17,19,20</sup>.

La complejidad clínica previamente expuesta ha sido reconocida en los manuales de clasificación vigentes. La quinta versión del Manual Diagnóstico y Estadístico (DSM-V) incorporó la especificación de síntomas disociativos en pacientes con TEPT<sup>21</sup> y la próxima versión de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-11) incluirá la categoría de TEPT complejo<sup>22</sup>. De acuerdo a la evidencia y al consenso de especialistas, los pacientes con TEPT complejo de la CIE-11 o con síntomas disociativos del DSM-V requieren de un tratamiento diferenciado respecto del TEPT clásico<sup>23</sup>.

En el año 2012, la *International Society for Traumatic Stress Studies* (ISTSS), confeccionó una guía de tratamiento orientando al abordaje de pacientes con TEPT complejo<sup>24</sup>. Dicha guía establece que el objetivo del tratamiento no sólo es mejorar los síntomas psiquiátricos, sino dotar a los pacientes de herramientas que les permitan regular las emociones, restituir la integración mental, manejar las dificultades interpersonales y contribuir a su adaptación psicosocial. Lo anterior se fundamenta en la evidencia que, de no abordarse estos aspectos, la sintomatología del TEPT se perpetúa<sup>24,25</sup>.

De acuerdo a lo propuesto por Teicher<sup>13</sup>, en pacientes con TEPT, se reconoce nosológicamente un subtipo distinto al del TEPT clásico con una propuesta de abordaje diferencial. En esta línea de pensamiento, nos preguntamos si lo anterior es extrapolable a los pacientes con depresión y antecedentes de trauma biográfico de carácter interpersonal como lo es el trauma infantil.

## Depresión y trauma infantil: ¿subtipo depresivo complejo?

A nivel mundial, existe suficiente evidencia respecto a la asociación entre eventos adversos de

la infancia (EAI) y cuadros depresivos en la vida adulta. A este respecto, una de las evidencias más consistentes surge del Adverse Childhood Experiences Study (ACES). Este estudio, realizado en una extensa cohorte de pacientes adultos en EE. UU., demostró una relación directa entre mayor número de eventos adversos de la infancia y mayor riesgo de depresión, suicidalidad y uso de antidepresivos<sup>1,26,27</sup>.

La evidencia señala que los pacientes con depresión y trauma temprano presentan una edad de aparición más temprana de la enfermedad, mayor cronicidad y recurrencia, mayor comorbilidad con cuadros ansiosos y abuso de sustancias, mayor frecuencia de síntomas psicóticos, mayor dificultad interpersonal, alta suicidalidad y pobre respuesta a los tratamientos farmacológicos<sup>28,29,30,31,32,33,34</sup>.

Es decir, tal como ocurre en los pacientes con TEPT, los pacientes con depresión maltratados en su infancia presentan un cuadro clínico más complejo y severo que los pacientes con depresión sin estos antecedentes. Más aún, presentan la clínica descrita en los pacientes depresivos severos, crónicos y refractarios a tratamiento<sup>35</sup>. Sin embargo, a diferencia de lo propuesto para el TEPT, el reconocimiento de estos antecedentes y sus consecuencias en pacientes con depresión no está incorporado en los manuales de clasificación y, por lo mismo, las guías clínicas vigentes aún no consideran indicaciones respecto de su manejo<sup>35</sup>.

En Chile, tanto el reconocimiento como el abordaje de la depresión adquieren relevancia, considerando que un 17,2% de la población chilena refiere síntomas depresivos en el último año<sup>36,37</sup>. Desde el año 2006, esta enfermedad está incluida en las Garantías Explícitas en Salud (GES) y para su resolución el MINSAL ha editado sucesivas guías clínicas<sup>35</sup>. Si bien la última versión reconoce la importancia de los traumas tempranos como factor de riesgo para el desarrollo de esta enfermedad, no incluye recomendaciones para su abordaje<sup>35</sup>.

En la VII región, acorde a lo descrito en la literatura, nuestro equipo ha evidenciado una alta prevalencia de antecedentes traumáticos en la población que consulta por depresión en los servicios de salud<sup>16,38</sup>. Es así como, en diversos re-

portes, hemos señalado que alrededor de un 80% de los consultantes por depresión en la Región del Maule presentan historia de al menos un evento adverso infantil (EAI) y entre un 30-40% historia de abuso sexual<sup>16,38,39</sup>. En el Servicio de Psiquiatría del Hospital de Curicó constatamos la asociación entre EAI con mayor severidad depresiva, mayor comorbilidad con TEPT, mayores dificultades interpersonales, mayor deterioro del rol social y mayor suicidalidad<sup>40,41</sup>. Considerando esta evidencia, en el Hospital de Curicó hemos venido trabajando no sólo en la detección de EAI en pacientes con depresión, sino también en el reconocimiento y sistematización de sus características clínicas y abordaje<sup>42,43</sup>.

En el año 2009, diseñamos una primera estrategia de intervención en mujeres derivadas por depresión severa con antecedentes de trauma temprano a nivel secundario, en su mayoría derivadas por cuadros depresivos severos desencadenados por dificultades interpersonales actuales<sup>42</sup>. La estrategia diseñada para tratarlas incorporaba al tratamiento estandarizado para la depresión severa un trabajo de equipo multiprofesional, una indagación activa de los EAI en la entrevista clínica inicial, un reconocimiento de las dificultades interpersonales presentes y un foco de intervención que comprende el motivo de consulta actual como la repetición de un patrón biográfico víctima-victimario. Esta estrategia, que demostró ser más efectiva que el tratamiento habitual en la mejoría de los síntomas depresivos y en la relación interpersonal, no demostró una mayor efectividad respecto a la mejoría de los síntomas del TEPT<sup>42</sup>.

El transcurso del tiempo y la organización de un programa especializado en el Hospital de Curicó para pacientes con Depresión y Trauma Temprano, que a partir de 2016 logró consolidar un trabajo estructurado, ingresando 42 pacientes, ha dado cuenta de las mayores complejidades diagnósticas y terapéuticas en esta área. Lo anterior ha impulsado al equipo clínico a diseñar orientaciones más específicas respecto a estrategias diagnósticas comprensivas, identificación de ejes dominantes y propuesta de intervenciones que expondremos a continuación.

## **Propuesta de aproximación a pacientes con depresión compleja asociada a trauma temprano en un servicio de salud secundario**

Es importante destacar que la siguiente propuesta surge en el contexto de un servicio de salud secundario, para tratar pacientes con depresión que son derivados desde la atención primaria (APS) por cuadros depresivos severos con intento de suicidio actual y/o refractariedad, y/o psicosis.

Siguiendo el modelo formulado para el TEPT complejo, que plantea no sólo el reconocimiento del diagnóstico clásico sino la evaluación de otras áreas comprometidas, proponemos que, en las primeras consultas de todo paciente con depresión severa referido a nivel de especialidad, superando la entrevista clásica para depresión, sean activamente indagados y evaluados los siguientes elementos:

### ***Presencia de antecedentes traumáticos biográficos adversos***

Planteamos la pesquisa activa y explícita de estos antecedentes, considerando lo ya previamente expuesto respecto a los EAI: son un factor de riesgo para la depresión<sup>1,40,41,43,44</sup> de alta frecuencia en la población depresiva chilena<sup>16,38</sup> y ciertos EAI -como el abuso sexual- no siempre son referidos espontáneamente<sup>45</sup>.

Las biografías traumáticas no son indagadas cuando los sujetos consultan por problemas de salud<sup>46</sup>. La pesquisa activa y rutinaria de los EAI permite que el motivo de consulta actual, que habitualmente se centra en el aquí y el ahora, no favorezca la negación o disociación del pasado traumático. Sugerimos en este sentido aplicar un screening de experiencias traumáticas tempranas, como la escala de Marshall, utilizada en nuestros estudios<sup>42,45</sup>, o indagar los ítems contemplados en el ACES<sup>26,27</sup>.

La exploración de los EAI en la entrevista inicial pudiese constituir para algunos pacientes la oportunidad de poder referir, por primera y única vez, a un interlocutor válido aquellas vivencias traumáticas silenciadas por vergüenza o temor a ser rechazados<sup>46</sup>. Por lo tanto, postulamos además que

la exploración activa de los EAI no sólo permite a los pacientes identificar mejor sus dificultades actuales y su motivo de consulta, sino para alguno de ellos constituir en sí una intervención terapéutica.

### ***Diagnóstico de comorbilidades psiquiátricas del espectro ansioso***

Existe evidencia que los EAI se asocian a mayor comorbilidad de cuadros ansiosos en los pacientes depresivos<sup>2,16,47,48</sup> y que la falta de reconocimiento de la comorbilidad ansiosa en pacientes con depresión se asocia a peor pronóstico<sup>49,50</sup>. En virtud de estas evidencias, el DSM-V incluyó como un especificador la presencia de ansiedad en el cuadro depresivo<sup>51</sup>. En el año 2006, en el Servicio del Hospital de Curicó, encontramos que un 49% de mujeres con depresión severa presentaba al mismo tiempo clínica de TEPT<sup>41</sup>. Además, en un estudio conducido en 2015, en pacientes depresivos ingresados en la atención primaria de la VII región<sup>52</sup>, pesquisamos importantes prevalencias de: Trastorno de pánico (29,3%), Trastorno de ansiedad generalizada (25,5%), Fobia social (16,8%) y TEPT (14%). Todas estas patologías se asociaron al menos a un EAI, destacando la Fobia Social y el TEPT<sup>52</sup>. En esta misma muestra la mayor comorbilidad psiquiátrica fue el factor que, independientemente de otros factores, explicó la mayor severidad de los síntomas depresivos al momento de la primera consulta<sup>53</sup>.

Es importante señalar que las patologías ansiosas, específicamente la fobia social y el TEPT, son habitualmente sub-diagnosticadas en quienes consultan en los servicios de salud<sup>49,50,54</sup>, por lo que se sugiere su indagación activa ya que requieren de tratamientos específicos<sup>55</sup>.

### ***Diagnóstico de síntomas disociativos y/o trastornos disociativos***

Se sabe que la disociación es el principal mecanismo de defensa que surge frente a las experiencias traumáticas<sup>56</sup>. Sin embargo, este mecanismo puede tornarse desadaptativo y/o formalizarse como un trastorno propiamente tal<sup>56</sup>.

La presencia de síntomas disociativos es central en el diagnóstico del TEPT complejo<sup>57</sup> y está

incluido en un especificador del DSM-V respecto al TEPT<sup>57</sup>. De acuerdo a nuestro conocimiento, en pacientes con depresión severa no existen mayores estudios respecto a su prevalencia, hecho atribuible al sub-diagnóstico<sup>59</sup>. Sin embargo, existe alguna evidencia de que estos síntomas son frecuentes en pacientes con depresión severa y síntomas psicóticos<sup>60,61</sup>.

### **Presencia de algún patrón relacional disfuncional como secuela de la situación traumática (p. ej. patrón víctima-victimario)**

En el ámbito infantil, el modelo eco sistémico propuesto por Barudy reconoce el rol de la restauración de redes interpersonales en niños que presentan trastornos emocionales secundarios a relaciones violentas y/o traumáticas<sup>62</sup>.

La evidencia respecto a daño a largo plazo en las relaciones interpersonales en sujetos adultos con historia de EAI es sustantiva<sup>16,63,64</sup>. De hecho, la afectación de esta área es central para el diagnóstico de TEPT complejo<sup>22</sup>.

Existe un tratamiento validado para pacientes con TEPT complejo y antecedentes de abuso sexual, cuya primera fase tiene como objetivo la adquisición de habilidades en el manejo de las relaciones interpersonales adultas<sup>65</sup>.

Desde el punto de vista de la depresión, la focalización en el área interpersonal formulada por Klerman constituye una de las psicoterapias validadas para tratar la depresión<sup>66</sup>.

Como ya se señaló, en el año 2006, nuestro equipo validó una estrategia terapéutica que precisamente focaliza en la no repetición de un patrón interpersonal disfuncional comprensible a partir de la historia de EAI<sup>42</sup>.

### **Propuesta de posibles perfiles diagnósticos en pacientes con depresión compleja y trauma temprano**

A partir de lo expuesto y del trabajo clínico sistemático que a la fecha hemos realizado con 42 pacientes ingresadas en la Unidad de Trauma del

Hospital de Curicó, postulamos la existencia de distintos perfiles de consulta, de acuerdo al predominio de algunos de los elementos previamente mencionados:

- Perfil predominantemente depresivo.
- Perfil predominantemente postraumático.
- Perfil predominantemente disociativo.

#### ***Perfil predominantemente depresivo***

Clínicamente, son pacientes con cuadros depresivos crónicos y recurrentes, de inicio precoz, del tipo de la distimia. Existe comorbilidad con cuadros ansiosos pero esta comorbilidad no constituye el núcleo central del motivo de consulta. El diagnóstico de la comorbilidad y los antecedentes traumáticos no emergen en forma espontánea.

Lo central en estas pacientes es la presencia de conflictos interpersonales asociados a un patrón 'víctima-victimario'. Este patrón puede ser comprendido como la internalización de relaciones vinculares de maltrato o desvalorización vividos en la infancia, que se reeditan en los vínculos actuales, como una escena de teatro donde los personajes van cambiando, pero el guión es siempre el mismo.

Muchos de los episodios depresivos son desencadenados por duelos (principalmente por fallecimiento de los padres), exhibiendo grandes dificultades para elaborarlos. Emergen conflictos asociados a la culpa-rabia y ambivalencia en las relaciones interpersonales.

El conflicto y el motivo de consulta está en el aquí y ahora, con énfasis en las dificultades interpersonales actuales, que se pueden comprender a partir de la historia infantil.

#### ***Caso clínico***

Paciente de 50 años, con un cuadro depresivo severo de seis meses de evolución, desencadenado por separación de pareja. Historia de años de abuso psicológico y económico por parte del cónyuge. Decide separarse cuando percibe que el abuso económico se desplaza hacia su hijo de 20 años. Entre sus antecedentes destaca haber sido testigo de violencia doméstica entre los padres durante la infancia y una crianza muy conservadora. Consulta en crisis, con ideación suicida desencadenada porque

su exmarido insiste en volver al hogar. Es atendida en crisis por la psicóloga y la asistente social del equipo de trauma, quienes la acogen, contienen y le reformulan cómo ella parece sentirse culpable de no querer asumir la historia de su propia madre. A partir de esta intervención, la paciente reflexiona respecto a su historia, disminuyendo los sentimientos de culpa por la separación conyugal que decidió para no seguir aceptando el propio abuso y el maltrato a su hijo por parte del cónyuge.

En nuestra muestra 28 pacientes correspondían a este perfil.

### ***Perfil predominantemente postraumático***

Lo central es la presencia de la triada clásica del TEPT (re-experimentación, evitación e hiperarousal). Se pueden gatillar intentos de suicidio a partir de la angustia y las imágenes intrusivas tormentosas. No necesariamente se presentan dificultades interpersonales, ni un patrón de victimización crónico.

Habitualmente, el motivo de consulta se desencadena a partir de la exposición a un evento traumático actual. Este evento, que puede ser la situación traumática que motiva la consulta, también puede reeditar imágenes de experiencias de abuso infantil, principalmente sexual. A su vez, la clínica del TEPT puede desencadenarse a partir de situaciones que recuerdan el evento traumático original (por ejemplo: el ambiente físico, el encuentro sexual, el reencuentro con una figura abusadora o la percepción de olores u otras sensaciones similares).

Hemos observado que, luego de pocas sesiones en las que las pacientes exponen la situación traumática actual o pasada, ya no desean seguir hablando del tema y logran compensarse a partir de la realización de alguna actividad laboral y/o del establecimiento de un vínculo que les infunda protección. Sin duda, esta situación requiere ser investigada.

### ***Caso clínico***

Auxiliar de enfermería, muy bien catalogada en su trabajo. Antecedentes de un episodio depresivo moderado, tratado con éxito hace años. Vive sola. Consulta en crisis, precipitada por un

asalto que sufre en su domicilio, sin consecuencias directas hacia su persona. A partir de este episodio, aparecen pesadillas, falta progresiva de ánimo, anhedonia y cansancio, junto a síntomas de hiperactivación y conducta evitativa que no le permiten salir de su casa. En la entrevista inicial, señala -por primera vez en su vida- que fue víctima de abuso sexual reiterado durante su infancia. Sufre pesadillas que incluyen escenas del abuso infantil y presenta imágenes intrusivas, por lo cual decide proporcionar espontáneamente este antecedente en la consulta actual.

De las 42 pacientes observadas en 8 predominaba este perfil.

### ***Perfil predominantemente disociativo***

Estos son los pacientes que revisten mayor gravedad y son derivados por intento de suicidio de alta letalidad, en el contexto de fenómenos psicóticos catatímicos de base depresiva. Esta relación ha sido descrita en la literatura<sup>67,68</sup>. De hecho, se sabe que las experiencias discrepantes no integradas, como el abuso sexual, pueden manifestarse bajo la forma de alucinaciones<sup>67</sup>.

Suelen ser pacientes con múltiples traumas sufridos desde la infancia y, junto a los síntomas depresivos, presentan una constelación clínica compatible con trastorno de despersonalización, o amnesia disociativa, o trastorno disociativo no clasificado<sup>58</sup>.

No siempre exhiben la triada clásica del TEPT. Además de la inhibición, predominan la fragmentación, la regresión a estados infantiles y los síntomas psicóticos. Adicionalmente, hemos detectado algún grado de déficit cognitivo. Los estados disociativos son claramente precipitados por el enfrentamiento de un estresor actual que no siempre reviste un carácter traumático.

Los antecedentes traumáticos en estas pacientes son entregados en la mayoría de los casos por el acompañante y en muchas ocasiones la sola mención de estos antecedentes aumenta la fragmentación y disociación.

En muchos casos, como primera instancia, estos pacientes requieren de hospitalización y tratamiento en régimen de hospital diurno.

### *Caso clínico*

Mujer casada, con hijos, sin consultas previas de salud mental, inicia cuadro depresivo luego de la muerte de su madre, hace dos años. Es traída a Urgencia por intento de suicidio severo (intenta arrojarse a la línea del tren) asociado a voces que le dicen que 'su vida no vale nada y tiene que matarse'. Durante la entrevista inicial, se presenta inhibida, no establece contacto, parece una niña asustada que está a la defensiva. Luego de dos o tres entrevistas, el cónyuge señala que estos síntomas comenzaron cuando volvieron a vivir al lugar donde ella había sido criada, donde en múltiples ocasiones había sido abusada por el hermano, hecho que la paciente le reveló recientemente. Se inicia tratamiento con fármacos, logrando mejoría de los síntomas depresivos y remisión de los síntomas psicóticos. Sin embargo, aún se presentan esporádicamente episodios de regresión infantil y amnesia disociativa.

### **Discusión final**

Como hemos expuesto, el trauma infantil en pacientes depresivos se manifiesta a través de una clínica compleja que requiere de una aproximación, no sólo desde el paradigma de la depresión, sino desde la teoría del trauma.

A las indicaciones farmacológicas y psicoterapéuticas impartidas en la guía clínica vigente, nuestro grupo está intentado sumar hipótesis que permitan orientar el trabajo clínico acerca de cuándo, cómo y qué aspectos abordar de las secuelas traumáticas en pacientes con depresión, considerando sus particularidades individuales. Pretendemos así favorecer la recuperación y evitar en lo posible la retraumatización<sup>69</sup>. Desde esta perspectiva, planteamos que una mejor caracteriza-

ción inicial de los pacientes, de acuerdo a distintos perfiles, constituye un primer paso para orientar estrategias de tratamiento que pudiesen ser investigadas y validadas.

Así, por ejemplo, una línea a investigar es cómo recoger y abordar los recuerdos traumáticos. Pareciera que, en el perfil depresivo, el recuerdo de las experiencias traumáticas infantiles permitiría orientar el trabajo hacia la necesaria comprensión de las dificultades interpersonales presentes. En cambio, en el perfil postraumático, considerando la evidencia respecto a tratamientos validados para el TEPT, sería central abordar la memoria traumática infantil<sup>54</sup> ya sea mediante reprocesamiento y desensibilización por movimientos oculares (EMDR), psicoterapia cognitivo conductual y/o psicoterapia narrativa, instancias que promueven la integración del evento traumático en una historia autobiográfica viable y autoconvalidante<sup>54</sup>. Por último, el perfil disociativo es el que requiere de mayores estudios, ya que, considerando la gravedad de los eventos y sus consecuencias, se corre el riesgo de re-traumatización iatrogénica.

Finalmente, consideramos que lo previamente expuesto, constituye una posible primera aproximación hacia la comprensión y el abordaje de un problema complejo que presentan un número importante de pacientes graves que están consultando en el contexto GES por depresión en los servicios secundarios de salud pública chilenos y que tienen historia de trauma infantil. Probablemente en los pacientes con perfil postraumático y disociativo la depresión sea una comorbilidad secundaria, sin embargo, en nuestro contexto es la puerta de entrada a la atención GES.

Sin duda, la propuesta planteada requiere de validación empírica, en distintas muestras y con diversas metodologías cuantitativas y cualitativas.



## Resumen

*Existe suficiente evidencia que constata que los antecedentes de maltrato infantil se asocian al desarrollo de un subtipo depresivo en la vida adulta, de mayor severidad, cronicidad y peor respuesta a la terapia antidepresiva clásica. La conceptualización respecto a la clínica y al abordaje que requiere este subtipo ha sido poco sistematizada. En Chile, lo anterior adquiere relevancia dada la alta prevalencia de antecedentes de maltrato infantil en consultantes por depresión en los servicios de salud. Partiendo de la conceptualización que engloba la nosología de Estrés post-traumático (TEPT) complejo, el objetivo general de este artículo es proponer una posible caracterización de pacientes con depresión y trauma temprano en un servicio de salud secundario. Se plantea para el reconocimiento de esta clínica diferenciada, en el nivel secundario, que en la primera consulta en todos los pacientes depresivos, se indaguen activamente las siguientes variables: historia de eventos adversos tempranos, patrón de dificultades interpersonales, comorbilidad psiquiátrica con énfasis en la pesquisa activa de la clínica de cuadros ansiosos específicamente TEPT y presencia de síntomas o trastornos disociativos. Según cuál de las variables clínicas previamente expuestas, permite comprender mejor el motivo de consulta actual, y de acuerdo a la observación de 42 pacientes en la Unidad de Trauma del Hospital de Curicó postulamos la existencia de los siguientes perfiles de consulta en estos pacientes: depresivo, postraumático y disociativo. Se plantean las características clínicas centrales que pudiese caracterizar a cada uno de estos perfiles y el probable abordaje terapéutico*

**Palabras clave:** Depresión; Trauma infantil; Servicio de salud secundario.

## Referencias bibliográficas

1. Chapman D, Whitfield C, Felitti V, Dube S, Edwards V, Anda R. Adverse childhood experiences and the risk of depressive disorders in adulthood. *J Affect Disord* 2004; 82 (2): 217-25.
2. Spinhoven P, Elzinga B, Hovens J, Roelofs K, Zitman F, Oppen P, *et al.* The specificity of childhood adversities and negative life events across the life span to anxiety and depressive disorders. *J Affect Disord* 2010; 126: 103-12.
3. Cogle J, Timpano K, Sachs-Erikson N, Keough M, Riccardi C. Examining the unique relationships between anxiety disorders and childhood physical and sexual abuse in the National Comorbidity Survey-Replication. *Psychiatry Res* 2010; 170 (1-2): 150-5.
4. Bishop M, Rosenstein D, Bakelaar S, Seedat S. An analysis of early developmental trauma in social anxiety disorder and posttraumatic stress disorder. *Ann Gen Psychiatry* 2014; 13: 13-6.
5. Pérez Benítez C, Vicente B, Zlotnick C, Kohn R, Johnson J, Valdivia S, *et al.* Estudio epidemiológico de sucesos traumáticos, trastorno de estrés post-traumático y otros trastornos psiquiátricos en una muestra representativa de Chile. *Salud mental* 2009; 32 (2): 145-53.
6. Kendler K, Bulik C, Silberg J, Hettema J, Myers J, Prescott C. Childhood sexual abuse and adult psychiatric and substance use disorders in women: an epidemiological and cotwin control analysis. *Arch Gen Psychiatry*, 2000; 57 (10): 953-9. [PubMed: 11015813].
7. Dube S, Felitti V, Dong M, Chapman D, Giles W, Anda R. Childhood abuse, neglect, and household dysfunction and the risk of illicit drug use: the adverse childhood experiences study. *Pediatrics* 2003; 111 (3): 564-72. [PubMed: 12612237].

8. Herman J, Perry J, van der Kolk B. Childhood trauma in borderline Personality disorder. *Am J Psychiatry* 1989; 146 (4): 490-5. [PubMed: 2929750].
9. Zanarini M, Williams A, Lewis R, Reich R, Vera S, Marino M, *et al.* Reported pathological childhood experiences associated with the development of borderline personality disorder. *Am J Psychiatry* 1997; 154 (8): 1101-6. [PubMed: 92473].
10. 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 (2): 141-51.
11. Álvarez M, Roura P, Osés A, Foguet Q, Sola J, Arrufat F. Prevalence and clinical impact of childhood trauma in patients with severe mental disorders. *J. Nerv Ment Dis* 2011; 199 (3): 156-61. [PubMed: 21346485].
12. Heim C, Nemeroff C. The role of childhood trauma in the neurobiology of mood and anxiety disorders: preclinical and clinical studies. *Biol Psychiatry* 2001; 49 (12): 1023-39.
13. Teicher M, Samson J. Childhood maltreatment and psychopathology: A case for ecophenotypic variants as clinically and neurobiologically distinct subtypes. *Am J Psychiatry* 2013; 170 (10): 1114-33.
14. Javidi H, Yadollahie M. The post-traumatic stress disorder. *Int J Occup Environ Med* 2012; 3 (1): 2-9.
15. WHO. Depression. Fact sheet N° 369. October 2012 //www.who.int/mediacentre/factsheets/fs369/es/index.html
16. Vitriol V, Cancino A, Weil K, Salgado C, Asenjo M, Potthoff S. Depression and psychological trauma: an overview integrating current research and specific evidence of studies in the treatment of depression in public mental health services in Chile. *Depress Res Treat* 2014; 1-10, doi. org/10.1155/2014/608671.
17. Cloitre M, Stolbach B, Herman J, van der Kolk B, Pynoos R, Wang J, *et al.* A developmental approach to complex PTSD: childhood and adult cumulative trauma as predictors of symptom complexity. *J Trauma Stress* 2009; 22 (5): 399-408. doi: 10.1002/jts.20444. Epub 2009 Sep 30.
18. Karatzias T, Shevlin M, Fyvie C, Hyland P, Efthymiadou E, Wilson D, *et al.* Evidence of distinct profiles of posttraumatic stress disorder (PTSD) and complex posttraumatic stress disorder (CPTSD) based on the new ICD-11 Trauma Questionnaire (ICD-TQ). *J Affect Dis* 2016; 28: 181-7.
19. Hermann Complex PTSD. A syndrome in survivors of prolonged and repeated trauma *J of Trauma Stress* 1992; (5): 377-91.
20. Pelcovitz D, van der Kolk B, Roth S, Mandel F, Kaplan S, Resick P. Development of a criteria set and a structured interview for Disorders of Extreme Stress (SIDES) *J Trauma Stress* 1997; 10: 3 doi:10.1023/A:1024800212070
21. Dorahy M, van der Hart O. DSM-5's posttraumatic stress disorder with dissociative symptoms: challenges and future directions. *J Trauma Dissociation* 2015; 16 (1): 7-28. doi: 10.1080/15299732.2014.908806.
22. Hyland P, Shevlin M, Elklit A, Murphy J, Vallières F, Garvert D, *et al.* An assessment of the construct validity of the ICD-11: Proposal for complex posttraumatic stress disorder. *Psychol Trauma* 2016; 7 [Epubahead of print].
23. Cloitre M, Courtois C, Charuvastra A, Carapezza R, Stolbach B, Green B. Treatment of complex PTSD: Results of the ISTSS expert clinician survey on best practices. *J Trauma Stress* 2011; 24 (6): 615-27.
24. Cloitre M, Courtois C, Ford J, Green B, Alexander P, Briere J, *et al.* The ISTSS expert consensus guide lines for complex PTSD in Adults. 2012 Disponible en: www.istss.org/treating-trauma/istss-complex-ptsd-treatment-guidelines.aspx (Consultado el 24 de octubre de 2016).
25. Betancourt T, Brennan R, Rubin-Smith J, Fitzmaurice G, Gilman S. Sierra Leone's former Child soldiers: a longitudinal study of risk, protective factors, and mental health. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2010; 49 (6): 606-15.
26. Felitti V, Anda R, Nordenberg D, Williamson D, Spitz A, Edwards V, *et al.* Relationship of childhood abuse and household dysfunction to many of the leading causes of death in adults. The Adverse Childhood Experiences (ACE) Study. *Am J Prev Med* 1998; 14 (4): 24558 [PubMed: 9635069].
27. Dube S, Anda R, Felitti V, Chapman D, William-

- son D, Giles W. Childhood abuse, household dysfunction, and the risk of attempted suicide throughout the lifespan: findings from the Adverse Childhood Experiences Study 2001; JAMA 2001; 286 (24): 3089-96. [PubMed: 1175467426].
28. Widom C, DuMont K, Czaja S. A prospective investigation of major depressive disorder and comorbidity in abused and neglected children grown up. Arch Gen Psychiat 2007; 64 (1): 49-56 [PubMed: 17199054].
29. Hovens J, Giltay E, Wiersma J, Spinhoven P, Penninx B, Zitman F. Impact of childhood life events and trauma on the course of depressive and anxiety disorders. Acta Psychiatr Scand 2012; 126 (3): 198-207. [PubMed: 22268708].
30. Lamers F, van Oppen P, Comijs H, Smit J, Spinhoven P, van Balkom A, *et al.* Comorbidity patterns of anxiety and depressive disorders in a large cohort study: the Netherlands Study of Depression and Anxiety (NESDA). J Clin Psychiatry 2011; 72 (3): 341-8.
31. Ballesteros S, Vitriol V, Florenzano R, Calderón A, Vacarezza A. Mujeres con depression severa: relación entre trauma infantil y gravedad de síntomas clínicos. Rev Chil Neuro-Psiquiatr 2007; 45 (4): 288-95.
32. Gladstone G, Parker G, Mitchell P, Malhi G, Wilhelm K, Austin M. Implications of childhood trauma for depressed women: an analysis of pathways from childhood sexual abuse to deliberate self-harm and revictimization. Am J Psychiatry 2004; 161 (8): 1417-25.
33. Tunnard C, Rane L, Wooderson S, Markopoulou K, Poon L, Fekadu A, *et al.* The impact of childhood adversity on suicidality and clinical course in treatment-resistant depression. J Affect Disord 2014; 152-154: 122-30.
34. Johnstone J, Luty M, Carter J, Mulder R, Framp-ton C, Joyce P. Childhood neglect and abuse as predictors of antidepressant response in adult depression. Depress Anxiety 2009; 26 (8): 711-7.
35. Wiersma JE, Hovens JG, van Oppen P, Giltay EJ, van Schaik DJ, Beekman AT, *et al.* The importance of childhood trauma and childhood life events for chronicity of depression in adults. J Clin Psychiatry 2009; 7: 983-9.
36. MINSAL. Clinical guide for the treatment of people with depression. Ministry of Health. Chile Government. 2013.
37. Salvo L. Magnitude, impact and recommended management strategies for depression, with reference to Chile. Rev Med Chile 2014; 142 (9): 1157-64.
38. Ministerio de Salud de Chile. Resultados Encuesta Nacional de Salud [ENS] 2009-2010. Santiago: MINSAL, 2011.
39. Cancino A, Asenjo M, Jofré X. Estudio de antecedentes traumáticos infantiles en personas ingresadas al programa de depresión en el CES Curicó-Centro durante el año 2006. Rev FACE-ESGS 2007; 3, 7.
40. Vitriol V, Gomberoff M, Basualto M, Ballesteros S. Relationship between post-traumatic stress disorder, child sexual abuse and sexual re-victimization. Rev Med Chile 134 2006; (10): 1302-5.
41. Vitriol G, Ballesteros S, Florenzano R, Calderón A, Vacarezza A, Schwartz D. Relación entre trauma infantil y comorbilidad depresión con trastorno por estrés postraumático. Trastor Ánimo 2008; 4 (2): 101-8.
42. Vitriol V, Ballesteros S, Florenzano R, Weil K, Benadof D. Evaluation of an outpatient intervention for women with severe depression and a history of childhood trauma. Psychiatr Serv 2009; 60: 636-942.
43. Vitriol V, Cancino A, Ballesteros S. Mujeres con depresión severa y trauma relacional temprano: una propuesta operacionalizada de atención en la red pública de salud. Rev GPU 2010; 6 (4): 501-10.
44. Kendler J, Kuhn J, Prescott C. Childhood sexual abuse, stressful life events and risk for major depression in women. Psychol Med 2004; 34 (8): 1475-82.
45. Weil K, Florenzano R, Vitriol V, Cruz C, Carvajal C, Fullerton C. Child battering and adult-psychopathology: an empiric study. Rev Med Chile 2004; 132: 1499-504.
46. Sigurdardottir S, Halldorsdottir S. Repressed and silent suffering: consequences of childhood sexual abuse for women's health and well-being. Scand J of Caring Sci 2013; 27 (2): 422-32.

47. Marshall R, Schneier F, Lin S, Vermes D, Liebowitz M. Childhood trauma and dissociative symptoms in panic disorder. *Am J Psychiatry* 2000; 157 (3): 451-3.
48. Laugharne J, Lillee A, Janca A. Role of psychological trauma in the cause and treatment of anxiety and depressive disorders. *Curr Opin Psychiatry* 2009; 23: 25-9.
49. Hirschfeld R. The comorbidity of major depression and anxiety disorders: Recognition and management in primary cares. *Prim Care Companion J Clin Psychiatr* 2002; 3 (6): 244-54.
50. Howland R, Rush A, Wisniewski S, Trivedi M, Warden D, Fava M, *et al.* Concurrent anxiety and substance use disorders among outpatients with major depression: Clinical features and effect on treatment outcome. *Drug and Alcohol Dependence* 2009; 99: 248-60.
51. Gaspersz R, Lamers F, Kent J, Beekman A, Smit J, van Hemert A, *et al.* Longitudinal predictive validity of the DSM-5 anxious distress specifier for Clinical outcomes in a large cohort of patients with major depressive disorder. *J Clin Psychiatry* 2016; Mar 29. [Epubahead of print].
52. Vitriol V, Cancino A, Leiva M, Ballesteros S, Serrano C, Salgado C, *et al.* Childhood trauma and psychiatric comorbidities in patients with depressive disorder in primary care in Chile. *J Trauma Diss* 2016; disponible en: [www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/15299732.2016.1212449](http://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/15299732.2016.1212449)
53. Vitriol V, Cancino A, Ballesteros S, Potthoff S, Serrano S. Factors associated with greater severity of depression in Chilean primary care. *Accepted in Prim Care Companion CNS Disord* 2017 (3); 16m2015.
54. Brady K, Killeen T, Brewerton T, Lucerini S. Comorbidity of psychiatric disorders and posttraumatic stress disorder. *J Clin Psychiatry* 2000; 61 Suppl 7: 22-32. Review.
55. Schnyder U, Ehlers A, Elbert T, Foa E, Gersons B, Resick P, *et al.* Psychotherapies for PTSD: what do they have in common? *Eur J Psychotraumatol* 2015; 6: 28186. doi: 10.3402/ejpt.v6.28186.
56. van der Kolk B, Pelcovitz D, Roth S, Mandel F, McFarlane A, Herman J. Dissociation, somatization, and affect dysregulation: the complexity of adaptation to trauma. *Am J Psychiatry* 1996; 153: (7); 83-93.
57. Van Dijke A, Ford J, Frank E, van de Hart O. Association of childhood trauma and dissociation with complex posttraumatic stress disorder in adulthood. *J Trauma Dissociation* 2015; 16 (4): 428-41.
58. Spiegel D, Loewenstein R, Lewis-Fernández R, Sar V, Simeon D, Vermetten E, *et al.* Dissociative disorders in DSM-5. *Depress Anxiety*. 2011; 28 (9): 824-52. doi: 10.1002/da.20874.
59. Nakdimen K. Dissociative disorder under diagnosed due to undescriptive criteria? *Am J Psychiatry* 2006; 163 (9): 16.
60. Pilton M, Varese F, Berry K, Bucci S. The relationship between dissociation and voices: A systematic literature review and meta-analysis *Clin Psychol* 2015; 40: 138-15.
61. Montant J, Adida M, Belzeaux R, Cermolacce M, Pringuey D, Da Fonseca D, *et al.* Dissociative disorders and affective disorders. *Encephale* 2014; 40: 3: 57-62. doi: 10.1016/S0013-7006(14)70133-2.
62. Barudy J. El dolor invisible en la infancia. Una lectura ecosistémica del maltrato infantil. España: Paidós, 1998.
63. Dietrich A. Childhood maltreatment and revictimization: the role of affect dysregulation, interpersonal relatedness difficulties and posttraumatic stress disorder. *J Trauma Dissociation* 2007; 8 (4): 25-51.
64. Fraser A, Howard L, Dean K, Moran P, Khalifeh H. Childhood maltreatment and adult domestic violence victimization among people with severe mental illness. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2016; 51: 961-70.
65. Cloitre M, Stovall-Mc Clough K, Noonan K, Zorbas P, Cherry S, Jackson C, *et al.* Treatment for PTSD related to childhood abuse: a randomized controlled trial. *Am J Psychiatry* 2010; 167 (8): 915-24. doi: 10.1176/appi.ajp.2010.09081247. Epub 2010 Jul 1.
66. Weissman M. Interpersonal psychotherapy: current status. *Keio J Med* 1997; 46 (3): 105-10.
67. Gaudiano B, Zimmerman M. The relationship between childhood trauma history and the psychotic subtype of major depression. *Acta Psychiatr*

- Scand. 2010; 121 (6): 462-70. doi: 10.1111/j.1600-0447.2009.01477.
68. Hardy A, Emsley R, Freeman D, Bebbington P, Garety P, Kuipers E, *et al.* Psychological Mechanisms Mediating Effects Between Trauma and Psychotic Symptoms: The Role of Affect Regulation, Intrusive Trauma Memory, Beliefs, and Depression. *Schizophr Bull.* 2016 Jul; 42 Suppl 1: S34-43. doi: 10.1093/schbul/sbv175.
69. Rosenberg S, Mueser K, Friedman M, Gorman P, Drake R, Vidaver R, *et al.* Developing effective treatments for posttraumatic disorders among people with severe mental illness. *Psychiatr Serv* 2001; 52 (11): 1453-61.

---

Correspondencia:  
Verónica Vitriol  
E-mail: vvitriol@utalca.cl  
verovitriol@gmail.com