

Caracterización de población atendida por la Unidad de Psicotrauma- Hospital Nacional Psiquiátrico en Costa Rica durante 2017-2018*

Characterization of the population attended by the Psychotrauma Unit National Psychiatric Hospital in Costa Rica during 2017-2018

Silvia Carrera Castro, Ivannia Chinchilla Badilla,
Rocío Jiménez Mora y Viviana Gamboa Gámez

Hospital Nacional de Salud Mental Manuel
Antonio Chapuí y Torres, Costa Rica

Resumen

El objetivo del estudio es identificar las características principales (sociodemográficas y clínicas) de la población con historia de trauma psicológico atendida por integrantes de la Unidad de Psicotrauma del Hospital Nacional Psiquiátrico Manuel Antonio Chapuí y Torres en el periodo de Mayo 2017 a Mayo 2018. La investigación es de tipo observacional, descriptivo de corte transversal. La población de estudio constó de 126 registros congregados en una base de datos rutinarias anonimizadas de uso exclusivo de la Unidad de Psicotrauma. Se procesaron los datos con estadística descriptiva en el paquete estadístico del SPSS versión 17. Como hallazgos, destaca que el 27% de las personas identificadas con trauma correspondió a niños y niñas; el 21.4%, a adolescentes; y el 51.6%, a personas adultas. Además, el 64.3% fueron mujeres y el 35.7% varones. La principal provincia de residencia fue San José (84.1%). El 14.3% presentó trauma simple y el 85.7% trauma complejo. Los eventos más significativos fueron maltrato psicológico (50.0%), abuso sexual (21.4%), violencia física (7.9%) y muerte de una persona cercana (7.9%). A nivel diagnóstico, sobresalen los trastornos afectivos (36.5%), trastornos del comportamiento y de las emociones de comienzo habitual en infancia y adolescencia (26.98%) y trastornos neuróticos secundarios a situaciones estresantes y somatomorfos (26.3%). En la población de estudio se encontró que tienen como característica común la presencia de trauma psicológico, aunque este no se refleje en la variedad diagnóstica que se asigna para la atención clínica. Se encontró que en el trauma psicológico, la violencia es el factor más significativo, detectado mayoritariamente en población infanto-juvenil y mujeres.

Palabras clave: trauma complejo, violencia, infanto-juvenil, género, psicopatología.

Silvia Carrera Castro, Ivannia Chinchilla Badilla, Rocío Jiménez Mora y Viviana Gamboa Gámez; especialistas en Psicología Clínica, Hospital Nacional de Salud Mental Manuel Antonio Chapuí y Torres (H.N.P.), Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS), Costa Rica.

*Estudio aprobado por Comité Ético Científico CEC-HNP (Formulario COM-II DG-HNP 0358-2020). Aprobado para publicación por Área de Bioética del CENDEISS (oficio CENDEISS AB-0321-2022).

La correspondencia relacionada con este artículo debe dirigirse a Hospital Nacional de Salud Mental Manuel Antonio Chapuí y Torres (H.N.P.), Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS), Costa Rica. Correo electrónico: smcarrera@ccss.sa.cr

Abstract

This research is aimed to identify the main characteristics (sociodemographics and clinics) of the population with history of psychological trauma registered as outpatients and inpatients by the members of Psychotrauma Unit of National Psychiatric Hospital. This is particularly important, because of the variety of the trauma consequences in the life of the person, and also it will be associated with different symptoms and diagnosis (Van der Kolk, 2005; Carvalho et al., 2014; Castro-Fernández et al., 2015; Siegel, 2016; Diaz et al, 2017; Vitriol et al., 2017; Waikamp y Barcellos, 2018). It is a descriptive, observational transversal type research, based at 126 registers of routine and anonymous data base from May 2017 to May 2018. The variables were: sex, age, place of residence, diagnosis (CIE 10), Simple and Complex Trauma, Type of traumatic event, Main event report (from the patient's point of view). Data was processed by SPSS 17 (using measures of central tendency). The research identified the following characteristics at the population under study: 27% were children (boys and girls), 21,4% adolescents and 51.4% were adults, of which 64.3% were females and 35.7% men. The main province of residence was San José (84.1%) (main coverage area of the External Consultation Area of National Psychiatric Hospital). In relation to type of trauma: 14.3% reported Simple and 85.7% Complex trauma. The more important traumatic events were: psychological maltreatment (50.0%); sexual abuse (21.4%), physical abuse (7.9%) and death of someone (7.9%). The main Diagnosis were: Mood disorders (36.5%), Disorders of onset in childhood and adolescence (26.98%) and Neurotic and stress disorders (26.98%). It is concluded that women, children and adolescents are the main affected population by trauma. If the complex trauma was more reported, probably the population shows many and diverse consequences. Violence is the more important cause of trauma. This population addresses many diagnosis, but violence and trauma would be very important issues for evaluation, therapeutic intervention and community programs of prevention.

Keywords: Psychological Trauma, Violence, Children and Adolescents, Gender Issues, Psychopathology.

La presente investigación nace como iniciativa de las integrantes de la Unidad de Psicotrauma del Hospital Nacional Psiquiátrico Manuel Antonio Chapuí y Torres (H.N.P.), perteneciente al sistema de seguridad social pública de Costa Rica, la Caja Costarricense de Seguro Social (C.C.S.S.). Se propuso la caracterización de población atendida con historia de trauma psicológico, considerando la asociación descrita entre patología clínica y eventos traumáticos en literatura científica actual (Van der Kolk, 2005; Carvalho et al., 2014; Siegel, 2016; Dias et al., 2017; Vitriol et al., 2017; Waikamp & Barcellos, 2018).

Se define el trauma psicológico como la vivencia de experiencias estresantes que sobrepasan las capacidades de afrontamiento de la persona y, potencialmente, pueden afectar diferentes áreas de su funcionamiento (Williams & Poijula, 2015). En este estudio, se propuso ahondar en el conocimiento de características sociodemográficas y clínicas de un grupo de la población atendida en el H.N.P. para identificar el tipo de eventos traumáticos vividos, aquellos más significativos, su complejidad y diagnósticos clínicos frecuentemente asociados (en concordancia ello con la Clasificación Internacional de Enfermedades CIE-10, según establecido por normativa institucional de la C.C.S.S.), durante el periodo de mayo 2017 a mayo 2018. Dicha aproximación adquiere relevancia científica al ser pionera en la comunidad científica costarricense. Los hallazgos derivados buscan favorecer la integración del rol del trauma psicológico en el desarrollo de psicopatología, su visibilización en la práctica clínica y el desarrollo de intervenciones pertinentes.

Precisiones conceptuales iniciales

El trauma psicológico es comprendido como “el resultado de la exposición a un acontecimiento estresante inevitable que sobrepasa los mecanismos de afrontamiento de la persona” (Janet, s. f., citado en [Salvador, 2009](#)). Trae consecuencias como la imposibilidad de transformar los recuerdos en experiencias narrativas neutras, fragmentación de estos en componentes visuales, somáticos, emocionales, sensoriales, cognitivos y conductuales apartados de la conciencia.

Si bien la historia del estudio de este fenómeno le ha posicionado como un proceso eminentemente psicológico y social, nuevos avances en el ámbito de la neurobiología establecen las implicaciones que, a nivel de la neuropsicofisiología podría tener ([Salvador, 2009](#); [Van der Kolk, 2014](#)). Al respecto, [Salvador \(2009\)](#) señala el hallazgo de desregulaciones bioquímicas durante las experiencias traumáticas y postraumáticas, debido a una hiperactivación de la amígdala ante la percepción de peligro, incluso cuando este ya aconteció. Se detalla que lo anterior conduce a niveles muy elevados de cortisol que inhiben la actividad del hipocampo, implicado en la simbolización de las experiencias y su codificación en una perspectiva espaciotemporal. Siguiendo a dicho autor:

Las memorias traumáticas permanecen registradas en un formato de memoria implícita, somato-sensorial, en las capas subcorticales de nuestro sistema neurológico como recuerdos vívidos, congelados en el tiempo y que se manifiestan en la misma forma que fueron vividos. Estas vivencias que no han sido integradas permanecen activas y siguen influenciando nuestra percepción consciente de la realidad más allá de lo que somos conscientes ([Salvador, 2009, p. 11](#)).

Cabe destacar, tal y como lo señala el DSM-5 ([American Psychiatric Association, 2014](#)), que la expresión del malestar psicológico tras un evento traumático es bastante variable, apareciendo un rango amplio de síntomas que van desde el miedo, la ansiedad, el enojo, la anhedonia y la depresión hasta la disociación, y puede evolucionar, como un factor de riesgo, hacia distintos trastornos mentales. Lo anterior es coherente con lo señalado por [Van der Kolk \(2005\)](#), quien indica que la historia de trauma psicológico se ha relacionado con diversos diagnósticos psiquiátricos, dentro de los que se podría incluir el abuso de sustancias, trastorno límite y antisocial de la personalidad, trastornos alimentarios, disociación, trastornos afectivos, somatomorfos, cardiovasculares, metabólicos, inmunológicos y sexuales, sin excluir la presencia de historia de trauma únicamente a estos.

Se ha tipificado el trauma como simple y complejo. El trauma simple (también conocido como trauma tipo I, según [Terr, s. f.](#), citado en [Chinchilla, 2018](#)). Puede comprenderse como el que se produce por un evento único, repentino y externo, caracterizándose, generalmente, por memorias completas y detalladas de lo ocurrido: sensaciones, emociones y cogniciones, así como reexperimentación y evitación ([Rojas, 2001](#)).

El trauma complejo, por otra parte, se deriva de una exposición reiterada, prolongada y extensa a acontecimientos traumáticos ([Williams & Poijula, 2015](#)). [Judith Herman \(1992, citado en Chinchilla, 2018\)](#) acuñó el término trauma complejo para referirse a las múltiples áreas que afecta el trauma psicológico. Plantea las siguientes: alteraciones en la regulación de las emociones e impulsos (desregulación crónica del afecto, conductas autodestructivas o suicidas, conductas impulsivas); alteraciones en la atención o en la conciencia (manifestaciones disociativas); somatización (dolor crónico, manifestaciones conversivas

y sexuales); alteraciones en la autopercepción (vergüenza y culpa crónicas, experiencia subjetiva de ineficacia, de daño irreversible e incompreensión); alteraciones en la percepción de la persona agresora (idealización, sobreidentificación); alteraciones en las relaciones con otras personas (desconfianza, autovictimización, victimización de otros/as); y alteraciones en los sistemas de significado (modo de verse a sí mismo/a, a los/as otros/as y a la espiritualidad).

Hacia la comprensión de variables implicadas y retos clínico-diagnósticos del trauma psicológico

Aun y cuando todos los sucesos traumáticos resultan estresantes, valga aclarar que no todos los acontecimientos estresantes resultan traumáticos. En ese sentido, se ha encontrado que hay factores que aumentan la posibilidad de generar secuelas traumáticas, así como elementos que favorecen el desarrollo de resiliencia en las personas (Levine, 2012).

Los factores que incrementan dicha vulnerabilidad son: menor edad cronológica con sus consiguientes períodos críticos de desarrollo integral, condiciones personales neurocognitivas o físicas limitantes, pertenencia a un grupo históricamente vulnerado en el ejercicio de sus derechos y en su acceso a la justicia, contextos familiares y socioculturales no protectores o legitimadores de violencia (Talam et al., 2013), así como la experiencia recurrente de estos eventos a lo largo de la vida (Baita, 2015). Aunado a ello, las capacidades personales vinculadas con resiliencia y desarrollo de recursos positivos desempeñarán un papel primordial en el proceso de afrontamiento y posibilidad de crecimiento postraumático (Williams & Poijula, 2015).

Además, diversas investigaciones han concluido que los mecanismos de expresión del trauma difieren de acuerdo con el género (Street & Dardis, 2018). Tanto Olff et al. (2007), como Talam et al. (2013, p. 255) indican que en mujeres se observa “mayor tendencia a sufrir trastornos de la ‘serie internalizante’ (depresión, ansiedad o aislamiento, disociación)”, sintomatología que se presenta de manera más intensa debido a los factores de vulnerabilidad asociados al género; mientras que, en hombres, se manifiestan “problemas de externalización (problemas de conducta)” (Talam et al., 2013, p. 255). Por otra parte, Wamser-Nanney y Cherry (2018) reportan que las niñas han sufrido en mayor medida abuso sexual por parte de una figura cuidadora; en contraste, los varones reportan mayor experimentación de violencia doméstica.

Por otra parte, es posible acotar la existencia de extensa literatura respecto a la vinculación entre trauma infantil y una amplia variedad de síndromes psicopatológicos a lo largo de las etapas del desarrollo humano (Talam et al., 2013; Carvalho et al., 2014; Calderón, 2017; Waikamp & Barcellos, 2018). A modo de ejemplo, se ha apuntado el inicio temprano de cuadros depresivos de tipo complejo en la adultez, probablemente precedidos por un trastorno ansioso (Vitriol et al., 2017), la relación entre trauma en la niñez y desregulación emocional adulta (Carvalho et al., 2014), el abuso emocional en la infancia como predictor de revictimización y de mayor gravedad de TEPT adulto (Dias et al., 2017), así como la relación entre trauma crónico en la infancia y el desarrollo de adicciones tales como la dependencia al alcohol (Hingray et al., 2018).

En síntesis, destacan variadas asociaciones entre experiencias tempranas de trauma con la aparición de psicopatología, tal como trastornos del estado de ánimo, ansiedad, trastornos alimentarios, trastornos de la personalidad de tipo límite e inclusive antisocial, trastornos de conducta, desregulación emocional,

conductas autodestructivas, trastornos fóbicos, trastornos del sueño, trastornos disociativos, abuso de drogas y psicosis, entre otros (Ordoñez-Cambor et al., 2014, citado en Calderón, 2017). En conclusión, tal como mencionan Talarn et al. (2013, p. 256), los “trastornos mentales de los adultos poseen unos determinantes infantiles” a pesar de que existe un subregistro a nivel estadístico.

Metodología

El presente estudio se propuso responder a la interrogante de: ¿cuáles son las características principales de la población atendida con historia de trauma psicológico en la consulta individual por las integrantes de la Unidad de Psicotrauma, en el periodo de mayo 2017 a mayo 2018 en el Hospital Nacional Psiquiátrico Manuel Antonio Chapuí y Torres. Para tales fines, los objetivos específicos fueron: describir las características sociodemográficas de la población de estudio; identificar sus características clínicas (categorías diagnósticas asignadas para describir sus motivos de atención psicológico-psiquiátrica); y explorar posibles asociaciones entre las características sociodemográficas y clínicas identificadas.

Se planteó un diseño cuantitativo-descriptivo, observacional de corte transversal, para lo cual, con asesoría del Centro de Gestión Informática del H.N.P., se desarrolló una plantilla de registro en Excel que garantizara la confidencialidad de la información por recabar, de uso exclusivo del equipo de investigación. Se utilizó una base de datos anonimizada cuyas variables de estudio fueron sexo, edad, provincia de procedencia, diagnóstico (según codificación CIE-10), tipo de trauma identificado (simple o complejo), tipo de evento traumático y evento traumático más significativo actual. Se recolectaron 126 registros de personas seleccionados a partir de la identificación de historia de trauma psicológico en la biografía, desde menores de edad a adultos, de ambos sexos. Los datos procedieron de Servicios en los que se encontraban destacadas las investigadoras, a saber, el Servicio de Consulta Externa (población adulta, así como niños, niñas y adolescentes residentes en la Gran Área Metropolitana) y el Pabellón 1 de Hombres Sur (población masculina también residente en la GAM).

La base de datos resultante fue procesada mediante el paquete estadístico SPSS (versión 17), con miras al desarrollo de estimaciones de estadística descriptiva, específicamente medidas de tendencia central, para el caso de cada variable de estudio. La investigación contó con exoneración del consentimiento informado, en tanto al basarse en registros rutinarios de tipo retrospectivo, anonimizados, no conllevó ningún potencial de daño físico, emocional, social o legal, garantizándose la confidencialidad y privacidad de la información recabada. El proyecto de investigación contó con la aprobación del Comité Ético Científico del H.N.P.

Resultados

Características sociodemográficas de la población estudiada

Del total de datos sistematizados, un 27% correspondió a niños y niñas; un 21.4%, a adolescentes; y el 51.6%, a personas adultas. De esta manera, un 48.4% de la población estudiada se conformó por personas menores de edad y un 51.58% estuvo constituido por personas adultas; no se consigna en esta investigación la participación de personas adultas mayores, tal y como se ilustra en la Tabla 1.

Específicamente, al desglosar aún más dicha información, se aprecia que el rango etario con mayor registro de atención en esta investigación fue el adulto (51.6% con edades entre 19 a 61 años), seguido

S. CARRERA, I. CHINCHILLA, R. JIMENEZ Y V. GAMBOA

por personas menores de edad (27% con edades entre 7 a 12 años) y personas adolescentes (21.4% con edades entre 13 a 17 años). En lo que se refiere al sexo de la población identificada con trauma psicológico, el 64.3% (81 personas) correspondió a mujeres, en contraste con 45 varones, que constituyó el 35.7% de la población atendida. La distribución específica de las personas participantes según su edad y sexo se presenta en la Tabla 2.

Tabla 1.
Grupos etarios en población estudiada

Grupo etario	Frecuencia	Porcentaje	Edad promedio	Rango de edades
Niño/a	34	27.0	9.82	7-12 años
Adolescente	27	21.4	14.96	13-17 años
Adulto/a	65	51.6	36.34	19-61 años

Tabla 2.
Distribución de las personas participantes según la edad y el sexo

Sexo	Frecuencia	Porcentaje
Mujeres		
Niñas	18	22.2%
Adolescentes	21	25.9%
Adultas	42	51.9%
Total	81	100
Hombres		
Niños	16	35.6%
Adolescentes	6	13.3%
Adultos	23	51.1%
Total	45	100%

Respecto a la relación entre sexo y edad, es posible observar que la mayor parte de la población de mujeres se concentró en el grupo etario correspondiente a personas adolescentes y adultas (77.8%), del cual la mayor contribución numérica estuvo dada por el grupo de mujeres adultas (51.9%). En cuanto a la población masculina, se evidencia que los niños y los hombres adultos alcanzan el 86.7% de la totalidad de varones con reporte de trauma psicológico, siendo la población adolescente aquella en la que se identificó menor referencia de trauma psicológico.

En lo que concierne a la provincia de residencia de la población estudiada en el momento de la recolección de la información, se tiene que el área de mayor concentración de datos fue San José con 84.1% (106 personas), le siguió Heredia con 8.7% (11 personas), en tercer lugar, Alajuela, con 5.6% (7 personas) y, por último, Cartago con el 1.6% (2 personas). No se registraron atenciones de

personas provenientes de las provincias de Limón, Puntarenas y Guanacaste. Ello se explica por el área de atracción de los servicios del H.N.P., en los cuales las investigadoras se encontraban destacadas: Consulta Externa (Pavas, Santa Ana, Mora, Escazú y Puriscal) y Pabellón 1 de Hombres (atiende varones adultos del Suroeste de la Gran Área Metropolitana).

Características clínicas de la población estudiada

En lo que respecta al tipo de trauma psicológico identificado en la población atendida por las integrantes de la Unidad de Psicotrauma, se detectó que el 14.3% (18 personas) habían experimentado trauma simple, mientras que un 85.7% (108 personas) aportaron información clínica sugerente de la experimentación de trauma complejo. Al analizar la distribución de trauma simple y trauma complejo según grupo etario, fue posible apreciar los datos que se muestran en la Tabla 3.

En la población con reporte de trauma simple, un 16.7% correspondió a personas menores de 12 años; un 11.1% a adolescentes; mientras que el 72.2% restante se encontró concentrado en la población de personas adultas. Por otra parte, en la población identificada con historial de trauma complejo, los datos muestran que el 28.7% se registró en la población de menores de 12 años, un 23.1% en personas adolescentes y, finalmente, un 48.1% restante en la población adulta. En este caso, se observa que en todos los grupos de edad que conformaron la población de estudio, se detectó mayoritariamente trauma complejo.

Evento traumático más significativo de acuerdo con el grupo de edad

Al considerar diversos eventos de potencial traumático con base en EGEP-5 Evaluación Global de Estrés Postraumático (Crespo et al., 2017) e intentar determinar cuál de ellos era referido por las personas atendidas en calidad de evento más significativo, sobresalen resultados llamativos de acuerdo con grupos de edad, como se muestra en la Tabla 4. Como hallazgo más sobresaliente, se revela que los eventos mayormente reportados con impacto traumático significativo se enmarcan en el espectro de las manifestaciones de violencia: acoso o maltrato psicológico, abuso sexual y violencia física; el acoso o maltrato psicológico fue el mayormente identificado (50% de la población total), seguido por abuso o ataque sexual (21.4% del total).

Si se suman las experiencias vinculadas con acontecimientos estresantes varios y fallecimiento de seres queridos, el porcentaje es de 15.8% del total. Aunque no se refleje en la Tabla 4, es importante mencionar que en ningún grupo etario se evidenciaron traumas debidos a desastres naturales y actos terroristas o tortura. Asimismo, se presentó casi nula incidencia de eventos de accidentes en medios de transporte (1.6%), detención o cautividad (0.8%), enfermedad o intervenciones médicas (0.8%), exposición a zonas de combate u otros accidentes (0.8%).

Categorías diagnósticas reportadas según grupo etario

Tomando como base la Clasificación Estadísticas Internacionales de las Enfermedades (CIE-10 [World Health Organization, 2000]), específicamente en las secciones correspondientes a Trastornos Mentales y del Comportamiento (F) y a Factores que influyen en el estado de salud y contacto con servicios de salud (Z), fue posible identificar algunas condiciones clínicas. Concretamente, el rango de diagnósticos correspondiente a Trastornos del humor afectivos (F30-39) fue el más prevalente en la población estudiada (36.5%), congregando a 13 niños-niñas, 10 adolescentes y 23 personas adultas.

S. CARRERA, I. CHINCHILLA, R. JIMENEZ Y V. GAMBOA

Tabla 3.
Grupos etarios por tipo de trauma

Grupos etarios	Reporte de trauma simple (%)	Reporte de trauma complejo (%)	Total (%)
Niños/as	3(16.7%)	31(28.7%)	34(27%)
Adolescentes	2(11.1%)	25(23.1%)	27(21.4%)
Adultos/as	13(72.2%)	52(48.1%)	65(51.6%)
Total	18(100%)	108(100%)	126(100%)

Tabla 4.
Evento traumático más significativo con mayor frecuencia y mayor porcentaje según grupo etario

Evento traumático más significativo	Niños/a	Adolescente	Adultos/a	Total
Violencia, abuso o ataque sexual	3(8.8%)	5(18.5%)	19(29.2%)	27(21.4%)
Acoso o maltrato psicológico	26(76.5%)	16(59.3%)	21(32.3%)	63(50%)
Violencia física	3(8.8%)	4(14.8%)	3(4.6%)	10(7.9%)
Muerte de una persona cercana o de un ser querido	1(2.9%)	0(0%)	8(12.3%)	9(7.1%)
Cualquier otro acontecimiento o experiencia estresante	0(0%)	1(3.7%)	10(15.4%)	11(8.7%)

En segundo lugar, las condiciones clínicas compatibles con Trastornos del comportamiento y de las emociones de comienzo habitual en la infancia y la adolescencia (F90-98) fueron identificadas en un 26.98% de la población total (13 niños-niñas y 21 personas adultas), constituyendo el segundo grupo diagnóstico más prevalente. Finalmente, el ámbito de Trastornos Neuróticos, secundarios a situaciones estresantes y somatomorfos (F40-F49) fue descrito como presente en un 23.01% de la población atendida (4 niños-niñas, 14 personas adolescentes y 11 personas adultas).

Otros grupos de diagnósticos vinculados con trastornos debido a lesiones cerebrales o enfermedades somáticas (1.58%), consumo de sustancias psicotropas (0.79%), trastornos del desarrollo psicológico (0.79%), problemas relacionados con la acentuación de rasgos de personalidad (0.79%), historia personal de lesión autoinfligida intencionalmente (0.79%), esquizofrenia, trastornos de ideas delirantes y trastornos de la personalidad (2.38%), fueron menormente reflejados en la población de estudio (en porcentajes inferiores al 10% del total por categoría), tal y como se ilustra en la Tabla 5.

CARACTERIZACIÓN DE POBLACIÓN ATENDIDA POR LA UNIDAD DE PSICOTRAUMA-HNP

Tabla 5.
Categorías diagnósticas por grupo etario

Categorías diagnósticas	Grupos etarios			Total	%
	Niño/a	Adolescente	Adulto/a		
F06 Otros trastornos mentales debido a lesión o disfunción cerebral o enfermedades somáticas	0	1	1	2	1.58%
F10-19 Trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de sustancias	0	0	1	1	0.79%
F20-29 Esquizofrenia, trastorno esquizotípico y trastornos de ideas delirantes	0	1	2	3	2.38%
F30-39 Trastornos del humor / afectivos	13	10	23	46	36.5%
F40-49 Trastornos neuróticos secundarios a situaciones estresantes y somatomorfos	4	14	11	29	23.01%
F60-69 Trastornos de la personalidad y del comportamiento adulto	0	0	8	8	6.34%
F80-89 Trastornos del desarrollo psicológico	0	0	1	1	0.79%
F90-98 Trastornos del comportamiento y de las emociones de comienzo habitual en infancia y adolescencia	13	0	21	34	26.98%
Z73.1 Problemas relacionados con la acentuación de rasgos de personalidad	0	1	0	1	0.79%
Z91.5 Historia personal de lesión autoinflingida intencionalmente	1	0	0	1	0.79%
Total	34	27	65	126	100%

Discusión

Grupo etario y trauma

En esta investigación se revela una mayor identificación de sintomatología asociada con trauma psicológico en personas menores de edad. Dicho hallazgo puede ser explicado con base en la investigación de Cramer (2015), quien indica menor complejidad en las defensas psicológicas de esta población en comparación con personas adultas. En esta misma línea, se ha documentado que las personas adultas tienden a intelectualizar, no develando con claridad la presencia de trauma (Diehl et al., 2014).

Género y trauma

Los resultados obtenidos indican una mayor representación de mujeres que de hombres en la población estudiada, lo que deriva en un mayor registro de trauma psicológico en mujeres. En primera instancia, tal diferencia por género convoca la reflexión en torno a los motivos que subyacen a una mayor asistencia de población femenina a la atención en salud mental en la Consulta Externa del H.N.P. Esto puede guardar relación con el ejercicio de roles de género tradicionales que conducen a los varones a invisibilizar y negar muchos de sus síntomas y problemas emocionales, sustrayéndose de la posibilidad de recibir apoyo psicoterapéutico para ello, en contraste con una mayor validación sociocultural de la expresividad y búsqueda de redes de apoyo externas por parte de población femenina (Street & Dardis, 2018; Talarn et al., 2013; Vázquez, 2013).

Asimismo, como parte de las consecuencias de la socialización patriarcal, también debe considerarse un mayor ejercicio de múltiples formas de violencia hacia la mujer, con consiguiente acumulación de exposición a trauma psicológico y mayor riesgo de desarrollo de condiciones compatibles con trauma complejo (Vázquez, 2013; Vitriol et al., 2017; Street & Dardis, 2018), lo cual podría verse reflejado en el resultado reseñado.

Tipo de trauma: simple y complejo

Uno de los principales hallazgos de este estudio es la mayor identificación de trauma complejo que de trauma simple en la población atendida. Dado que dicho tipo de trauma es el que mayores secuelas y más áreas de afectación psicológica conlleva, es posible comprender que la población con dicho reporte enfrenta serias implicaciones en ámbitos tales como la percepción de sí mismo, relaciones interpersonales, expresión de las emociones, confianza en las demás personas, tendencia al catastrofismo, pérdida de la esperanza y del sentido del futuro, así como sensaciones intensas de vacío, entre otras documentadas por Hermann (1992).

Más aún, si el trauma complejo ocurrió en edades más tempranas del desarrollo y ha estado asociado con figuras de apego, esto puede acarrear, a futuro, serios problemas de confianza, idealización, devaluación y contradicción en la forma de relacionarse (Mosquera & González, 2018), además de algunos conflictos relacionados con la integración (disociación) la memoria, la atención y la impulsividad (Spinazzola et al., 2005; Van del Kolk, 2014).

Tipos de eventos traumáticos más significativos

Tal y como se indicó en líneas anteriores, esta investigación permitió visualizar manifestaciones de violencia psicológica, sexual y física como aquellas que la población de estudio mayormente asoció como eventos traumáticos más significativos, datos congruentes con amplia literatura en el ámbito de la psicotraumatología, la cual también acentúa el impacto que ello conlleva para las personas sobrevivientes.

En relación con el amplio reporte de violencia psicológica sufrida, cabe citar hallazgos sugerentes de que las experiencias vividas en la niñez asociadas con abuso emocional, negligencia, abuso sexual, violencia doméstica y abuso físico son las más vinculadas con la experiencia de depresión, perfilándose específicamente el abuso emocional como aquel con mayor peso en la intensificación de sufrimiento psicológico tras cuadros depresivos en la vida adulta (Mandelli et al., 2015). Se comprende, así, que el

CARACTERIZACIÓN DE POBLACIÓN ATENDIDA POR LA UNIDAD DE PSICOTRAUMA-HNP

maltrato psicológico en la infancia es traumático y requiere ser integrado como parte de la formulación de caso en trastornos tan prevalentes como la depresión, tal y como se evidenció en la población estudiada.

En segundo lugar, en eventos en los que media abuso o violencia sexual, se reconoce, en la presente investigación, un elevado reporte en adolescentes y personas adultas de un evento ocurrido en la infancia. El subregistro puede estar asociado a temor a la evaluación física, estigma social o deseo de privacidad, todo lo cual impide la atención oportuna de un problema ya reconocido como de salud pública por sus múltiples y extensas repercusiones (Kirsten & Berkeley, 2020). Valga agregar a ello la variedad de señales y síntomas que varían según la edad y pueden ser indicativas de su presencia, un alto riesgo de revictimización, así como la ocurrencia del abuso sexual intrafamiliar como parte de una gama mayor de manifestaciones de violencia reiteradas, tanto físicas como emocionales y por negligencia (Walker et al., 2019). Este dato adquiere especial relevancia en tanto permite vislumbrar que no consiste en una expresión aislada ni desligada de otras situaciones altamente vulnerantes para la integridad de un ser humano en desarrollo.

En su análisis, también debe considerarse que el abuso sexual ocurre en la mayoría de los casos antes de la adolescencia, es más frecuente en las niñas y, generalmente, es ejercido por un familiar cercano o un conocido de confianza de la familia (Kirsten & Berkeley, 2020). Más aún, el grado de impacto que puede generar depende del momento temprano de la vida en que ocurre, lo prolongado que fue (Baita, 2015), así como de la vulneración previa de esa persona menor de edad en su ámbito relacional.

Finalmente, no deben obviarse hallazgos indicativos de perturbaciones neurobiológicas, del desarrollo y psiquiátricas asociadas, documentándose alteraciones volumétricas, neuroquímicas, estructurales así como neurocognitivas que pueden explicar condiciones como bajo rendimiento cognitivo, alteraciones en la memoria, entre otras (Amresh et al., 2017). No obstante, como se indicó en líneas previas, cuanto más tempranos y crónicos sean los eventos perturbadores, entre ellos el abuso sexual infantil, mayor será la afectación neuroanatómica y neuroquímica del cerebro en desarrollo (Baita, 2015).

En la revisión de otras formas de violencia identificadas en las historias de vida de las personas atendidas, tales como la agresión física, existe también consenso en su contextualización como una de varias manifestaciones de violencia que no se presenta de forma aislada, sino entrelazada con violencia psicológica y sexual (Hovdestad et al., 2015; UNICEF, 2017). Hasta este punto de la discusión, se han referido las diversas manifestaciones de violencia interpersonal como el principal escenario en el cual se enmarca la mayoría de los eventos traumáticos significativos reportados por la población estudiada, es decir, el mayor potencial de impacto traumatogénico está dado por las relaciones humanas. Bajo este entendido, también resulta necesario dirigir la atención hacia las características de los contextos socioculturales en los cuales se nutren, potencian o lesionan dichas interacciones, dado que lo individual es inseparable de lo relacional.

Categorías diagnósticas y trauma psicológico

La mayor identificación de grupos diagnósticos vinculados con trastornos del humor, trastornos del comportamiento y de las emociones de comienzo habitual en infancia y adolescencia, así como trastornos neuróticos secundarios a situaciones estresantes y somatomorfos, sugiere que tales conglomerados

nosológicos guardan una estrecha relación con trauma psicológico y sus manifestaciones. Ello es coincidente con la literatura científica reseñada previamente en este artículo, la cual esclarece que la exposición a trauma psicológico es un factor de riesgo para el desarrollo de algunos tipos de psicopatología, tales como trastornos del estado del ánimo, ansiedad, trastornos disociativos, trastornos de personalidad, psicosis, entre otros (Carvalho et al., 2014; Calderón, 2017; Vitriol et al., 2017; Waikamp & Barcellos, 2018; Hingray et al., 2018). Tal hallazgo es también congruente con la revisión conceptual de esta investigación, que reseña eventos adversos en la infancia, entre ellos, el maltrato infantil como uno de los principales factores asociados con el desarrollo de cuadros depresivos a lo largo del ciclo vital, así como con mayor severidad, cronicidad y riesgo autolítico potencial (Mandelli et al., 2015; Ballesteros et al., 2007; Vitriol et al. 2017).

Con respecto a los trastornos bipolares, se encontraron dos casos en esta investigación. Por ello, adquiere relevancia señalar relaciones previamente documentadas entre trauma infantil y bipolaridad, específicamente en cuanto a un inicio más temprano, cicladores más rápidos, mayor riesgo de suicidio, incremento de la presentación de más episodios y el uso de sustancias (Aas et al., 2016).

El segundo grupo diagnóstico con mayor registro en este estudio correspondiente a trastornos del comportamiento y de las emociones de comienzo habitual en infancia y adolescencia (CIE 10); incluyó condiciones tales como trastorno oposicionista desafiante, trastorno de conducta, trastorno por déficit de atención y mutismo selectivo. En el análisis de tal información, conviene citar a Saunders y Adams (2015), en su planteamiento de que la exposición a múltiples tipos de victimización y trauma es más común en la infancia y adolescencia.

Continuando con los diagnósticos identificados en población menor de edad, específicamente en lo que concierne a síntomas afectivos presentes, ha sido previamente reseñada una alta correlación entre historia de trauma psicológico y síntomas depresivos en niños, niñas y adolescentes, así como conductas autolesivas (Peh et al. 2017). En concordancia con ello, esta investigación documenta que un total del 37.7% de las personas menores de edad registradas en la investigación mostraba sintomatología ubicada dentro de los trastornos del humor de tipo afectivo.

En esta misma línea, el que el mayor número de personas adolescentes atendidas, que presentaba historia de maltrato psicológico y violencia, también puntuara con trastornos neuróticos secundarios a situaciones estresantes y somatomorfos (29.5%), trastornos del humor y el estado de ánimo (37.7%), así como un 21.31% de niños calificara con trastornos del comportamiento y emociones de comienzo habitual en la infancia y adolescencia, convoca la atención hacia variables intervinientes desde el ámbito de la violencia interpersonal.

Al respecto, resulta oportuno citar que los métodos disciplinarios de tipo agresivo y con violencia psicológica tienen una influencia en el desarrollo de síntomas depresivos y ansiosos, así como la presencia de síntomas somatomorfos, de agresividad y alteraciones en los procesos atencionales (Yananda et al., 2020). Más aún, siguiendo a McLaughlin et al. (2020), puede entenderse que, al ser el trauma un mecanismo de enlace en el desarrollo de diferentes tipos de psicopatología, resulta necesario articular un modelo transdiagnóstico de los mecanismo del desarrollo, a partir del cual explicar la relación significativa que existe entre psicopatología y trauma, de manera que sea también posible evidenciar factores protectores que promueven la resiliencia en las personas menores de edad.

CARACTERIZACIÓN DE POBLACIÓN ATENDIDA POR LA UNIDAD DE PSICOTRAUMA-HNP

Por último, al tercer grupo diagnóstico con mayor prevalencia documentado en este estudio (trastornos neuróticos secundarios a situaciones estresantes y somatomorfos correspondiente al 23.6% de la población atendida) cabe apuntarlo como aquel que engloba síntomas varios que pueden, o no, limitarse a alguna situación ambiental en particular, tales como angustia, depresión o fobias y cuyo inicio se da tras la exposición a eventos de alta carga tensional para la persona (Organización Mundial de la Salud, 1992). Congregan cuadros variados: trastornos de pánico, trastorno de ansiedad generalizada, trastorno mixto ansioso-depresivo, otros trastornos de ansiedad, trastorno obsesivo-compulsivo, trastorno disociativo, de somatización, somatomorfo, hipocondría, trastornos de estrés y de adaptación (reacción de estrés aguda, trastorno de estrés post-traumático, reacción depresiva o mixta ansiosa). Concretamente, en la presente investigación se encontró que la mayoría de los diagnósticos en esta categoría estaban relacionados con trastorno de ansiedad generalizada, trastorno de pánico, trastorno de estrés postrauma, reacción de estrés agudo con síntomas disociativos, trastorno de adaptación, trastorno somatomorfo, trastorno depresivo-ansioso y fobia social. Destaca, así, que la ansiedad, en calidad de reacción a alguna señal de peligro y, por lo tanto, vinculada con trauma psicológico, se posiciona como el principal síntoma, común a este tipo de trastornos.

Conclusión

En el estudio sobre caracterización de la población atendida por la Unidad de Psicotrauma en el período de mayo 2017 a mayo 2018 en el Hospital Nacional Psiquiátrico, un 48.4% de la población estudiada se encontró conformada por personas menores de edad y un 51.58% correspondió a personas adultas. En cuanto al género de las personas que se registraron, se observa que el 64.3% (81 personas) de la población identificada con trauma psicológico corresponde a mujeres. En el caso de los hombres, se evidencia un total del 35.7% de la población estudiada.

Se concluye que la mayor parte de la población de mujeres se concentró en el grupo etario correspondiente a personas adolescentes y adultas (77.8%). Respecto al grupo de varones, se identificó que la mayor parte de la población de varones se concentró en grupos etarios de niños y adultos, siendo la población adolescente masculina en la que se identificó menor reporte de trauma psicológico en esta investigación (13.3% de adolescentes).

En cuanto a la provincia de residencia de la población estudiada en el momento de la recolección de la información, se obtienen los siguientes datos: San José con 84.1% (106 personas); le sigue Heredia, con 8.7% (11 personas); en tercer lugar, Alajuela, con 5.6% (7 personas); y Cartago, con 1.6% (2 casos). No se registraron atenciones de personas provenientes de las provincias de Limón, Puntarenas y Guanacaste.

Respecto a las experiencias de trauma simple y complejo, se observó, en la población atendida, que el 14.3% (18 personas) ha experimentado trauma simple, mientras que un 85.7% (108 personas) aportó información clínica sugerente de la experimentación de trauma complejo. Por consiguiente, la mayor parte de personas atendidas presentó trauma complejo.

Al analizar los datos de trauma simple y complejo por grupo de edad, se identifica que, en la población con trauma simple, un 16.7% correspondió a menores de 12 años; un 11.1%, a adolescentes; mientras el 72.2% restante se encontró aglutinado en el grupo de personas adultas. De esta manera, se

evidencia que la presencia de trauma simple fue sugerida con mayor frecuencia en la historia de vida de personas adultas que en la información biográfica asociada con personas menores de edad. En el caso de la población en la que se identificó trauma complejo, los datos muestran que el 28.7% se registró en la población de menores de 12 años; un 23.1% en personas adolescentes y, finalmente, un 48.1% restante en la población adulta. Se observa que en la distribución del tipo de trauma por grupo etario: los niños, niñas y adolescentes brindan mayormente datos sugestivos de trauma complejo y las personas adultas aportan más información sugerente de trauma simple. Se perfila, así, un impacto extendido en múltiples áreas de funcionamiento de las personas afectadas, compatible con la comprensión del trauma psicológico como un problema serio de salud pública.

En calidad de tipos de eventos más significativos causantes de trauma en la población estudiada, se identificó: acoso o maltrato psicológico, que representó el 50%; violencia, abuso o ataque sexual, que correspondió al 21.4%; violencia física, que representó al 7.9%; y muerte de una persona cercana, referida por el 7.1%. Lo anterior es congruente con lo reportado en literatura científica en referencia a los principales factores asociados con trauma y sus consecuencias. Las principales categorías diagnósticas identificadas en la población de estudio fueron trastornos del humor afectivos (36.5%), trastornos del comportamiento y de las emociones de comienzo habitual en infancia y adolescencia (26.98%) y trastornos neuróticos secundarios a situaciones estresantes y somatomorfos (23.6%). Como se puede observar, es una variedad de diagnósticos que parece estar asociada con experiencias de trauma. Dado que el trauma tiene múltiples secuelas en diferentes áreas de funcionamiento de la persona, es un factor de riesgo para el desarrollo de cierto tipo de psicopatología o puede ser maldiagnosticado.

En el caso de los trastornos afectivos, la depresión fue el más reportado, lo cual es congruente con las investigaciones que asocian maltrato psicológico infantil (principal evento reportado en esta investigación) con depresión en la vida adulta. Además, en el caso de los trastornos del comportamiento y de las emociones de comienzo habitual en infancia y adolescencia, en esta investigación se encontraron asociados trastornos de conducta oposicionista desafiante y déficit atencional. En el caso de los trastornos neuróticos secundarios a situaciones estresantes y somatomorfos, cuyo principal componente es la ansiedad y pueden tener un origen más psicológico, los principales trastornos asociados fueron trastorno de ansiedad generalizada, fobia, trastorno de pánico, trastorno de estrés postrauma, trastorno de adaptación y estrés agudo. Se evidencia que la complejidad del trauma psicológico no se puede limitar a un único diagnóstico, como el de trastorno de estrés postrauma, sino que su extensión se refleja en diagnósticos varios, relacionados con múltiples áreas de funcionamiento afectadas, tales como concepto de sí mismo, la confianza y la seguridad intra e interpersonal, las alteraciones en el ámbito relacional (dificultades en el apego, la ambivalencia, la idealización y devaluación, la dependencia emocional), la regulación afectiva, aspectos relacionados con los procesos de integración, de memoria, atención, percepción del futuro, la esperanza, el sentido de sí mismo y de la vida. De acuerdo a esto se incluyen algunas recomendaciones a partir del estudio:

1. Realizar protocolos de atención donde sea posible detectar y brindar atención a las personas menores de edad en situaciones de trauma y violencia, así como diagnósticos de trastornos de conducta, déficit atencional y trastorno oposicionista.

CARACTERIZACIÓN DE POBLACIÓN ATENDIDA POR LA UNIDAD DE PSICOTRAUMA-HNP

2. Realizar protocolos de atención en depresión que brinden una visión más integral, incluyendo el trauma psicológico como uno de los componentes más importantes a tratar, en especial con adultos.
3. Realizar protocolos de atención cuando se atienden personas con trastornos de ansiedad generalizada, fobias, estrés agudo o crónico que detecten y aborden el trauma psicológico.
4. Posicionar la necesidad en el personal de salud de mantenerse en capacitación continua en trauma y violencia.
5. Continuar desarrollando programas de prevención de la violencia a nivel comunitario.

Conflicto de intereses

Las autoras declaran no tener conflictos de interés.

Agradecimientos

Agradecemos la colaboración brindada por las psicólogas Karina Jiménez García y Marjorie Moreno Salas durante el proceso de investigación.

Contribuciones de las autoras

Silvia Carrera Castro, Ivannia Chinchilla Badilla, Rocío Jiménez Mora y Viviana Gamboa Gámez contribuyeron de igual manera en la formulación del anteproyecto de investigación, la recolección de información, el procesamiento y análisis de la información, la redacción del informe final, la redacción del artículo para publicación y la revisión de los cambios requeridos.

Referencias

- Aas, M., Chantal, H., Andreassen, O., Bellivier, F., Melle, I., & Etain, B. (2016). The role of childhood trauma in bipolar disorders. *International Journal of Bipolar Disorders*, 4(2), 1-10. <https://doi.org/10.1186/s40345-015-0042-0>
- American Psychiatric Association. (2014). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-5)* (5ª edición). Editorial Panamericana.
- Amresh, K., Sagar, B., Sushma, S., & Avinash, A. (2017). Child sexual abuse and the development of psychiatric disorder: a neurobiological trajectory of pathogenesis. *Industrial Psychiatry Journal*, 26(1), 4-12. https://doi.org/10.4103/ipj.ipj_38_15
- Baita, S. (2015). *Rompecabezas. Una guía introductoria al trauma y la disociación en la infancia*.
- Ballesteros, S., Vitriol, V., Florenzano, R., Vacarezza, A., & Calderón, A. (2007). Mujeres con depresión severa: relación entre trauma infantil y gravedad de síntomas clínicos. *Revista chilena neuro-psiquiátrica*, 45(4), 288-295. <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-92272007000400004>
- Calderón, M. (2017). *Revisión Sistemática en torno a las intervenciones psicológicas con personas que presentan psicosis y han experimentado trauma en algún momento de sus vidas*. [Tesis de especialidad, Universidad de Costa Rica]. Repositorio Institucional, Universidad de Costa Rica. <http://repositorio.sibdi.ucr.ac.cr:8080/jspui/handle/123456789/6168>

- Carvalho, S., Beblo, T., Schlosser, N., Terfehr, K., Otte, C., Löwe, B., Wolf, O. T., Spitzer, C., & Driessen, M. (2014). The impact of self-reported childhood trauma on emotion regulation in borderline personality disorder and major depression. *Journal of trauma and dissociation*, *15*(4), 384-401. <http://dx.doi.org/10.1080/15299732.2013.863262>
- Castro-Fernández, M., Perona-Garcelan, S., Calderón, C., & Rodríguez-Testal, J. (2015). Relación entre trauma, disociación y síntomas psicóticos positivos. *Acción Psicológica*, *12*(2), 95-108. <https://dx.doi.org/10.5944/ap.12.2.15824>
- Chinchilla, I. (2018). *Trauma Psicológico*. [Presentación Power Point]. <https://www.cendeiss.sa.cr/wp/wp-content/uploads/2018/05/D1.-Tema-1-Trauma-Generalidades-Jornadas-Abril2018.pdf>
- Cramer, P. (2015). Defense Mechanism: 40 years of Empirical Research. *Journal of personality Assessment*, *92*(2), 114-122. <https://dx.doi.org/10.1080/00223891.2014.947997>
- Crespo, M., Gómez, M., & Soberón, C. (2017). *Evaluación Global de Estrés Postraumático (EGEP-5)*. Hogrefe
- Dias, A., Sales, L., Mooren, T., Mota-Cardoso, R., & Kleber, R. (2017). Child maltreatment, revictimization and Post-Traumatic Stress Disorder among adults in a community sample. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, *17*(2), 97-106. <https://dx.doi.org/10.1016/j.ijchp.2017.03.003>
- Diehl, M., Chui, H., Hay, E., Lumley, M., Gruhn, D., & Labouvie-Vief, G. (2014). Change in coping and Defenses Mechanisms across Adulthood: Longitudinal Findings in a European-American sample. *National Institutes of Health*, *50*(2), 634-648. <https://dx.doi.org/10.1037/a0033619>
- Hermann, J. (1992). *Trauma and Recovery. The Aftermath of Violence from Domestic Abuse to Political Terror*. Basic Books.
- Hingray, C., Donné, C., Martini, H., Cohn, A., El Hage, W., Schwan, R., & Paille, F. (2018). Description of type of trauma in alcohol-dependent women. *European Journal of Trauma and Dissociation*, *2*(3), 153-156 <https://doi.org/10.1016/j.ejtd.2018.01.001>
- Hovdestad, W., Campeau, A., Potter, D., & Tonmyr, L. (2015). A systematic review of childhood maltreatment assessments in population-representative surveys since 1990. *PLoS One*, *10*(5), e0123366. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0123366>
- Kirsten, B., & Berkeley, B. (2020). *Evaluation of sexual abuse in children and adolescents*. <https://acortar.link/t41vkl>
- Levine, P. (2012). *Sanar el trauma. Un programa pionero para restaurar la sabiduría de tu cuerpo*. Neo Pearson Ediciones.
- Mandelli, L., Petrelli, C., & Serfetti, A. (2015). The role of specific early trauma in adult depression: a meta-analysis of published literature. *Childhood trauma and adult depression. European Psychiatry*, *30*(6), 665-680. <https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2015.04.007>
- McLaughlin, K., Colich, N., Rodman, A., & Weissman, D. (2020). Mechanisms linking childhood trauma exposure and psychopathology: a transdiagnostic model of risk and resilience. *BMC Medicine*, *18*(1), 96. <https://doi.org/gg9rpj>
- Mosquera, D., & González, A. (2018). *Trastorno límite de personalidad y EMDR*. Pléyades.

CARACTERIZACIÓN DE POBLACIÓN ATENDIDA POR LA UNIDAD DE PSICOTRAUMA-HNP

- Olf, M., Langeland, W., Draijer, N., & Gersons, B. P. R. (2007). Gender differences in posttraumatic stress disorder. *Psychological Bulletin*, 133(2), 183-204. <https://doi.org/c962zc>
- Organización Mundial de la Salud. (1992). *Trastornos Mentales y del Comportamiento. Décima Revisión de la Clasificación Internacional de las Enfermedades. Descripciones Clínicas y pautas para el diagnóstico CIE-10*. Masson.
- Peh, C., Shahwan, S., Fauziana, R., Mahes, M., Sambasivam, R., Zhang, Y., How Ong, S., Chong, S., & Subramaniam, M. (2017). Emotion dysregulation as a mechanism linking child maltreatment exposure and self-harm behaviors in adolescents. *Child abuse and neglect*, 67, 383-390. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2017.03.013>
- Rojas, A. (2001). *Después de romper el silencio. Psicoterapia con sobrevivientes de abuso infantil*. Editorial de la Universidad de Costa Rica.
- Salvador, M. (2009). *El trauma psicológico: un proceso neurofisiológico con consecuencias psicológicas*. <https://es.scribd.com/document/204985325/El-Trauma-Psicologico-Un-Proceso-Neurobiologico-Con-Consecuencias>
- Saunders, B., & Adams, Z. (2015). Epidemiology of traumatic experiences in childhood. Children and adolescents. *Psychiatric clinics of North America Journal*, 23(2), 167-187. <https://doi.org/10.1016/j.chc.2013.12.003>.
- Siegel, D. (2016). *Guía de bolsillo de neurobiología interpersonal: un manual integrativo de la mente*. Eleftheria.
- Spinazzola, J., Ford, J., Zucker, M., Van der Kolk, B., Silva, S., Smith S., & Blaustein, N. (2005). Survey evaluates: complex trauma exposure, outcome and intervention among children and adolescents. *Psychiatric Annals*, 35(5), 433-439. <https://doi.org/10.3928/00485713-20050501-09>
- Street, A., & Dardis, C. (2018). Using a social construction of gender lens to understand gender differences in posttraumatic stress disorder. *Clinical Psychology Review*, 66, 97-105. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2018.03.001>
- Talarn, A., Sáinz, F., & Rigat, A. (2013). *Relaciones, vivencias y psicopatología. Las bases relacionales del sufrimiento mental excesivo*. Herder.
- UNICEF. (2017). *Una revisión sistemática de los determinantes de la violencia que afecta a niños, niñas y adolescentes*. <https://www.unicef.org/costarica/informes/una-revision-sistemica-de-los-determinantes-de-la-violencia>.
- Van der Kolk, B. (2005). Developmental Trauma Disorder. Toward a rational diagnosis for children with complex trauma histories. *Psychiatric Annals*, 35(5), 401-408. <https://doi.org/10.3928/00485713-20050501-06>
- Van der Kolk, B. (2014). *The Body keeps the Score. Brain, Mind and Body in the Healing of Trauma*. Viking.
- Vázquez, A. (2013). Depresión. Diferencias de género. *Multimed*, 17(3), 193-217. <https://www.medigraphic.com/pdfs/multimed/mul-2013/mul133p.pdf>
- Vitriol, V., Cancino, A., Leiva-Bianchi, M., Serrano, C., Ballesteros, S., Potthoff, S., Cáceres, C., Ormazábal, M., & Asenjo, A. (2017). Depresión adulta y experiencias infantiles adversas: evidencia de un subtipo depresivo complejo en consultantes de atención primaria en Chile. *Revista Médica de Chile*, 145(9), 1145-1153. <http://dx.doi.org/10.4067/s0034-98872017000901145>
- Wamser-Nanney, R., & Cherry, K. (2018). Children's trauma-related symptoms following complex trauma exposure: Evidence of gender differences. *Child Abuse and Neglect*, 77, 188-197. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2018.01.009>
-

S. CARRERA, I. CHINCHILLA, R. JIMENEZ Y V. GAMBOA

- Waikamp, V., & Barcellos F. (2018). Repercussões do trauma na infância na psicopatologia da vida adulta. *Ciencias Psicológicas*, 12(1), 137-144. <https://doi.org/10.22235/cp.v12i1.1603>
- Walker, H., Freud, J., Ellis, R., Fraine, S., & Wilson, L. (2019). The Prevalence of Sexual Revictimization: A Meta-Analytic Review. *Trauma Violence Abuse*, 20(1), 67-80. <https://doi.org/10.1177/1524838017692364>
- World Health Organization. (2000). *Guía de bolsillo de la clasificación CIE-10: Clasificación de los trastornos mentales y del comportamiento*. Editorial Médica Panamericana.
- Williams, M., & Poijula, S. (2015). *Manual de tratamiento del trastorno de estrés postraumático. Técnicas sencillas y eficaces para superar los síntomas del trastorno de estrés postraumático*. Desclée de Brouwer.
- Yananda, M., Jiangliang, Q., & Chen, C. (2020). The relationships between child maltreatment and child behavior problems. Comparative study of Malawi and China. *Children and youth services review*, 119, 105533 <https://doi.org/10.1016/j.chilyouth.2020.105533>

Recibido: 26 de abril de 2023
Revisión recibida: 19 de julio de 2024
Aceptado: 21 de noviembre de 2024

CARACTERIZACIÓN DE POBLACIÓN ATENDIDA POR LA UNIDAD DE PSICOTRAUMA-HNP

Sobre las autoras:

Silvia Carrera Castro es licenciada en Psicología por la Universidad de Costa Rica, M.Sc. Política, planificación y financiamiento en salud (Escuela de Medicina Tropical de Londres, Universidad de Londres), especialista en Psicología Clínica (programa UCR-CENDEISS). Doctora en Estudios de la Sociedad y la Cultura de la Universidad de Costa Rica. Docente y supervisora de la Especialidad en Psicología Clínica (UCR-CENDEISS) Miembro fundadora de la Unidad de Psicotrauma del Hospital Nacional de Salud Mental y de la Asociación Costarricense de Psicotrauma (ACOTRAUMA). Labora actualmente en el pabellón 1 de hombres del Hospital Nacional de Salud Mental.

Ivannia Chinchilla Badilla es licenciada en Psicología por la Universidad de Costa Rica, Magíster en el Estudio de la Violencia Social y Familiar por la Universidad Estatal a Distancia de Costa Rica. Especialista en Psicología Clínica por la Universidad de Costa Rica. Ejerció la labor docente en el Programa de Posgrado en Especialidades Médicas de la U.C.R., entre los años 2014 y 2020, tanto en la Especialidad en Psicología Clínica, como en la Especialidad en Psiquiatría. Miembro fundadora de la Asociación Costarricense de Psicotrauma (ACOTRAUMA). Labora actualmente en el Hospital Nacional de Salud Mental Manuel Antonio Chapuí y Torres, en el área de Consulta Externa de población adulta.

Rocío Jiménez Mora es licenciada en Psicología por la Universidad de Costa Rica, Magíster en el Estudio de la Violencia Social y Familiar por la Universidad Estatal a Distancia de Costa Rica. Especialista en Psicología Clínica por la Universidad de Costa Rica. Ejerció la labor docente en la Universidad de Costa Rica entre los años 1991-1997 y en el Programa de Posgrado en Especialidades Médicas de la U.C.R. desde 2002 a la fecha. Miembro fundadora de la Asociación Costarricense de Psicotrauma (ACOTRAUMA). Labora actualmente en el Hospital Nacional de Salud Mental Manuel Antonio Chapuí y Torres, como Jefatura de Servicio de Psicología Clínica.

Viviana Gamboa Gámez es máster en Psicología Clínica de la Salud por la Universidad Fidelitas, especialista en Psicología Clínica por la Universidad de Costa Rica, licenciada por la Universidad Latina de Costa Rica y bachiller en Psicología por la Universidad Interamericana de Costa Rica. Ejerció labor docente en el Programa de Posgrado en Especialidades Médicas de la U.C.R., entre los años 2018 y 2021, tanto en la Especialidad en Psicología Clínica, como en la Especialidad en Psiquiatría. Laboró en la consulta externa del Hospital Nacional de Salud Mental del 2017 al 2021. Miembro de la Asociación Costarricense de Psicotrauma (ACOTRAUMA). Actualmente ejerce como psicoterapeuta a nivel de consulta privada con personas adultas; manteniéndose en constante actualización en el estudio del trauma psicológico.

Publicado en línea: 30 de diciembre de 2024