Cuidado Informado En Trauma: Un Modelo Emergente Para El Abordaje Del Subtipo Depresivo Con Historia De Adversidad Infantil.

Informed Care In Trauma: An Emerging Model For The Depression Subtype With A History Of Childhood Adversity.

Verónica Vitriol¹, Andrés Sciolla², Alfredo Cancino¹, Fernanda Contreras^{1a}, Claudia Mansilla^{1a}, María Ignacia Muñoz^{1a}, Constanza Suazo^{1a}, Matías Jara^{1a}

Adverse childhood experiences (ACEs) are a risk factor for the development of the most prevalent mental disorders in adulthood, including major depression, and are associated with a more complex clinical presentation and increased severity, which requires a unique approach. In Chile, depression is subject to explicit legal mandates ensuring access to and guidelines for clinical care issued by the government. Ninety percent of depressed patients are treated in primary care. A third of primary patients presenting with depression in the VII Region are characterized by increased suicidality and histories of exposure to ACEs and violence within the family. These patients require a specialized treatment that incorporates research findings in the field of trauma, as applied to the treatment of depression. Together, results from the ACE Study, neurobiological evidence from exposure to toxic stress and the model of trauma-informed care comprise a framework that can orient clinical practice in healthcare settings. The purpose of this article is to review the literature with the goal of update the clinical approach and suggest future research in this subgroup of depressed patients.

Keywords: Depression, Adverse childhood experiences, Trauma-informed care
Rev Chil Neuro-Psiquiat 2020; 58 (4): 348-362

Introducción

En los últimos 30 años, se ha acumulado considerable evidencia sobre las conse-

cuencias de las experiencias infantiles adversas (EIAs) en la salud física y mental a lo largo de la vida.⁽¹⁾

En el área de la salud mental, las EIAs

Los autores declaran no tener conflictos de interés.

Aceptado: 2020/08/06

Recibido: 2019/11/17

1 Universidad de Talca, Escuela de Medicina

2 Universidad de California, Davis, Escuela de Medicina

a Estudiante de Medicina

son un factor de riesgo para el desarrollo de las patologías más prevalentes,^(2, 3) asociándose a una clínica de mayor complejidad, severidad y falta de respuesta terapéutica.⁽²⁾

³⁾ Sin embargo, este conocimiento no ha sido incorporado en la práctica clínica habitual.⁽⁴⁾

En Chile, la depresión cuenta con garantías explícitas en salud (GES)⁽⁵⁾ Existe evidencia nacional respecto a un subtipo de pacientes depresivos con antecedentes de EIAs⁽⁶⁾ que, de acuerdo al conocimiento actual, requeriría de un abordaje diferenciado.^(2, 3)

Los resultados del Adverse Childhood Experiences Study (ACES)⁽⁷⁾, los hallazgos neurobiológicos derivados del estrés tóxico en la infancia⁽⁸⁾ y el modelo de cuidado informado en trauma (CIT)⁽⁹⁾ constituyen un marco referencial para conducir las intervenciones.

El objetivo de este trabajo es revisar los marcos de referencia disponibles, en un intento por orientar la práctica clínica y la investigación en un subgrupo de pacientes depresivos con antecedentes de EIAs que consulta en nuestros servicios de salud.

El Adverse Childhood Experiences Study (Aces)

Entre 1995 y 1998, la institución de salud previsional Kaiser de San Diego, California, en colaboración con los Centros para el Control y Prevención de Enfermedades del gobierno federal de EEUU, desarrolló el ACES.⁽⁷⁾ Este estudio investigó la asociación entre los registros médicos de más de 17000 adultos y un cuestionario retrospectivo de 10 EIAs: 5 de maltrato infantil (abuso físico, emocional y sexual, negligencia emocional y física) y 5 de disfunción familiar (madre víctima de violencia, abuso de sustancias en el hogar, persona con enfermedad mental en el hogar, separación o divorcio de los padres y encarcelamiento de un miembro de la familia).⁽⁷⁾

Los hallazgos del ACES resultaron sorprendentes. Dos tercios de los participantes, en su mayoría caucásicos, de clase media y con estudios universitarios, señalaron haber estado expuesto al menos a una EIA.⁽¹⁰⁾ Además, el número de EIAs se correlacionó positivamente con la presencia de patologías biomédicas crónicas (cardiopatía isquémica, cáncer, EBOC, enfermedades musculo-esqueléticas, hepatopatías, aumento de hospitalizaciones) y mentales (depresión, intentos de suicidio, ansiedad, trastorno por estrés postraumático, dependencia de sustancias, trastorno de personalidad y trastorno oposicionista).⁽⁷⁾ El reporte de EIAs, se asoció, además, a conductas de riesgo para la salud (alcoholismo, abuso de drogas, intento de suicidio, tabaquismo, baja percepción de la salud en general, enfermedades de transmisión sexual, obesidad). Finalmente, las personas que reportaron 6 o más EIAs murieron, en promedio, 20 años antes que las personas sin EIAs.^(7, 11)

El ACES ha dado lugar a más de 70 artículos científicos y ha sido replicado en países como Filipinas,⁽¹²⁾ Inglaterra,⁽¹³⁾ Canadá,⁽¹⁴⁾ Europa del Este,⁽¹⁵⁾ y Arabia Saudita,⁽¹⁶⁾ los que han sido resumidos en una revisión sistemática y meta-análisis reciente.⁽¹⁷⁾

Estrés Tóxico

Las consecuencias deletéreas de las EIAs se comprenden si se consideran los efectos del estrés tóxico durante la niñez.^(18, 19) El estrés es la respuesta biológica del organismo ante la percepción de peligro.^(20, 21) Cuando se detecta una amenaza, se activa el sistema nervioso simpático liberando catecolaminas, y el eje hipotálamo-hipófisis-suprarrenal, resultando en la liberación de vasopresina y cortisol.⁽²⁰⁾ Esta activación múltiple permite al organismo adaptarse al peligro mediante respuestas de lucha, huida o congelamiento, seguida de una rápida desactivación una vez que el peligro desaparece.⁽²⁰⁾ Sin embargo,

si la exposición a la amenaza (real o imaginaria) es muy intensa y/o prolongada, la respuesta biológica deja de ser adaptativa y se hace neurotóxica,⁽²²⁾ aumenta el riesgo de enfermedades crónicas como la enfermedad cardiovascular,⁽²³⁾ y parece estar a la base de la llamada “gradiente social de la salud”, que explica el aumento de la prevalencia de enfermedades crónicas en personas de nivel socioeconómico bajo.^(24, 25)

Si bien durante la niñez la exposición modulada a estresores psicosociales es fundamental para el desarrollo, en esa misma etapa los niños son más vulnerables a desarrollar respuestas biológicas desreguladas al estrés, dependiendo de variables constitucionales y relacionales tempranas.^(8, 19, 26) Estudios conducidos en animales y humanos han identificado factores genéticos y epigenéticos que explican esta variabilidad individual.⁽²⁶⁻²⁸⁾ También existe evidencia respecto al rol fundamental de los cuidados parentales en la regulación de las respuestas biológicas al estrés en las crías.^(26, 29)

El estrés tóxico en niños corresponde a las alteraciones biológicas provocadas por la exposición a uno o varios estresores de carácter intenso y sostenido (entre los cuales están las EIAs) sin la adecuada protección de un adulto.^(18, 19) Entre sus consecuencias están: la liberación excesiva de cortisol y neuro-hormonas, alteraciones en la regulación del sistema neuro-inmuno-endocrino y en la neuro-transmisión cerebral, aumento de las citoquinas proinflamatorias (como la proteína C reactiva), y cambios estructurales en corteza prefrontal, amígdala e hipocampo.^(3, 30)

Estos hallazgos neurobiológicos, permiten comprender cómo las EIAs son un factor de riesgo para la generación de trastornos del desarrollo, desregulación emocional y problemas neuro-cognitivos durante la niñez.^(31, 32) En etapas posteriores de la vida, los EIAs, mediados por factores epigenéticos, predisponen al desarrollo de enfermeda-

des crónicas metabólicas, cardiovasculares, autoinmunes, mentales, y a respuestas desreguladas ante nuevas situaciones de estrés (Figura 1).^(30, 33, 34)

Cuidado Informado En Trauma (Cit)

El CIT es un paradigma emergente orientado a la atención integral de los sujetos con historias traumáticas⁽³⁵⁾ que promueve la comprensión de la respuesta al impacto traumático, enfatiza la seguridad física, psicológica y emocional tanto para proveedores como para afectados, y crea oportunidades para que los sobrevivientes puedan reconstruir un sentido de control y empoderamiento.^(9, 36) El CIT procura dar una respuesta a los sobrevivientes de traumas psicológicos, quienes históricamente han sido desatendidos, poco considerados e incluso re-traumatizados en contextos asistenciales.⁽³⁷⁾

El origen del CIT se remonta a la década del 90, cuando diversos estudios norteamericanos encontraron en mujeres con psicopatología severa y drogodependencias prevalencias de vida de traumas sexuales y físicos muy altos (sobre un 90%), considerados como vivencias normales por las propias consultantes, en muchos casos nunca indagados por los proveedores e incluso las mujeres eran retraumatizadas por los mismos proveedores o sistemas de salud en su búsqueda de ayuda.^(38, 39)

El CIT impulsa una perspectiva desde la cual los síntomas actuales se entienden como las manifestaciones de una respuesta a una adversidad pasada que en el presente dejó de ser adaptativa.⁽⁴⁰⁾ Esto implica un cambio en la entrevista, desde un “¿qué te pasa?” (Es decir, “¿cuál es tu problema?”) a la indagación compasiva utilizando un “¿qué te pasó?”⁽⁴¹⁾ y un cambio desde un sistema asistencial que reedita el trauma a uno que evita la retraumatización.⁽³⁷⁾

La Administración de Salud Mental y Abuso de Sustancias (SAMHSA, por sus

Figura 1. El Nexo Eias- Salud

siglas en inglés) lidera la incorporación de este modelo en su política organizacional.⁽³⁶⁾ La figura 2 resume los principios del CIT de acuerdo a una reciente revisión⁽⁴²⁾, basados en el trabajo previo de Elliott y cols.⁽⁴³⁾ También existen directrices respecto a su implementación por parte del médico general.⁽⁹⁾

El CIT enfatiza la autonomía del paciente y el reconocimiento de la resiliencia^(43,44) como factor fundamental que explica las capacidades del ser humano para sobreponerse e incluso desarrollar crecimiento psicológico tras la exposición a situaciones traumáticas.^(45, 46) Siendo un paradigma emergente, su práctica aún no está muy extendida y la evidencia respecto a los resultados de intervención es aún limitada.^(37, 47)

Subtipo Depresivo Complejo Asociado A Las Eias: Evidencia Nacional

Existe suficiente evidencia que constata que los EIAS constituyen un factor de riesgo para el desarrollo de la depresión asociados a mayor comorbilidad psiquiátrica, suicidalidad, recurrencia y refractariedad terapéutica.⁽⁴⁸⁻⁵²⁾ Estos hallazgos aún no se integran en la nosología psiquiátrica ni en las guías clínicas vigentes.^(4, 5)

Una aproximación hacia la comprensión clínica de los pacientes con depresión y EIAS se puede extrapolar a partir de la nosología, recientemente incorporada a la Clasificación Internacional de Enfermedades, 11a revisión, del Trastorno de Estrés Postraumático Complejo (TEPT-C)⁽⁵³⁾. Este diagnóstico corresponde a un subtipo clínicamente diferenciado del TEPT en el cual, a la triada sintomática clásica, se suma desregulación emocional, auto-concepto negativo y problemas interpersonales.⁽⁵⁴⁾ Otros estudios han documentado mayor prevalencia de este diagnóstico respecto al TEPT tradicional, aumento del riesgo de suicidalidad y mayor comorbilidad psiquiátrica.⁽⁵⁵⁾

El TEPT-C surge en relación a los deno-

minados traumas complejos, caracterizados por ser múltiples, crónicos y de carácter interpersonal, como son las EIAS.⁽⁵⁴⁾ Los pacientes con TEPT-C no responden a los tratamientos validados para el TEPT clásico. Según la evidencia y opinión experta, el abordaje de las áreas emocionales e interpersonales comprometidas debe ser priorizado en el TEPT-C.⁽⁵⁶⁻⁵⁸⁾

Aunque el TEPT es la patología más estudiada en relación al trauma, éste constituye metafóricamente hablando, solo la punta de un iceberg de síndromes asociados al trauma, que abarca desde psicosis a trastornos de la personalidad, pasando por trastornos anímicos y alimentarios⁽⁵⁹⁻⁶²⁾ Entre éstos destacan los trastornos depresivos, que a nivel poblacional son el doble de prevalentes que el TEPT.⁽⁶³⁾

Siguiendo la lógica del TEPT-C respecto al TEPT clásico y considerando la evidencia clínica que presentan los pacientes con depresión y EIAS,⁽⁶⁴⁾ postulamos la nosología de depresión compleja. Al igual que los pacientes con TEPT-C, estos pacientes deberían tener un abordaje diferenciado.⁽⁶⁴⁾

En Chile, al igual que en el resto del mundo, la depresión es una enfermedad prevalente, crónica y discapacitante, que desde 2016 cuenta con GES⁽⁵⁾. La guía clínica vigente entrega recomendaciones de pesquisa, diagnóstico y tratamiento en los diferentes niveles de atención.^(5, 29, 65)

En estudios conducidos en la VII región, nuestro equipo ha evidenciado que las EIAS son reportadas entre un 60%-80% de los consultantes por problemas de salud mental.⁽⁶⁶⁾ Recientemente, en una muestra de 394 pacientes depresivos pertenecientes a 8 consultorios de APS de la VII región, las EIAS se asociaron a mayor severidad depresiva, suicidalidad, recurrencia, comorbilidad psiquiátrica y menor remisión al año de observación.^(6,48,49,67) Estos resultados ratifican en población chilena la evidencia internacional que constata que los antecedentes de EIAS se

Figura.2 Resumen De Planteamientos De Cit

Reconocer los enlaces entre trauma y salud física y mental, así como también las múltiples manifestaciones clínicas del trauma.	Limita la repetición de historias traumáticas entre profesionales
Adoptar una definición amplia de trauma , más allá del trastorno de estrés postraumático, (traumas sociales traumas múltiples)	Avanzar hacia relaciones colaborativas.
Facilitar las consultas por trauma con sensibilidad y conocimiento.	Adoptar enfoques basados en modelos que replantean los síntomas como adaptativos para el afrontamiento
Referir a personas que los ameriten a centros que brinden apoyo específico para el trauma basado en la evidencia,	Prioriza la seguridad emocional y física en la atención tanto para los proveedores como los usuarios.
Abordar el trauma indirecto y evitar retraumatización	Trabajar en asociación con sobrevivientes de trauma

Figura.3 Cit Encontexto De Salud

[iii] Raja, S., Hasnain, M., Hoersch, M., Gove-Yin, S., Rajagopalan, C. & Kruthoff, M. <https://www.ahrq.gov/ncepcr/tools/healthier-pregnancy/fact-sheets/trauma.html>

presentarían asociados a una clínica depresiva de mayor complejidad y severidad.

Un reciente análisis de clases latentes realizado a la misma muestra de 394 pacientes (presentado en el Congreso mundial de psiquiatría 2019), evidenció que un tercio de los individuos pertenecían a una clase con antecedentes de intento de suicidio, mayor severidad depresiva, suicidalidad sin intento en el presente, historia de EIAs, comorbilidad psiquiátrica y violencia de pareja. Estos resultados sugieren que las EIAs estarían presentes en un subtipo clínico depresivo diferenciado de mayor severidad. Si son reconocidos, estos pacientes podrían beneficiarse de un abordaje que integre al manejo de la depresión los conocimientos del impacto del trauma psíquico, tal como lo propone el CIT.

Subtipo Depresivo Complejo En El Contexto De Las Ges: Sugerencias De Incorporación De Cit

En el contexto de salud pública, la APS es la primera instancia asistencial para el reconocimiento de las secuelas clínicas en sujetos expuestos a trauma psíquico y donde se resuelve la mayoría de los casos de depresión en el contexto de las GES.^(5, 68) Sin embargo, la aplicación de un cribado universal de EIAs en APS es un elemento que está en discusión.^(69, 70) Se sabe que los médicos primarios, tanto practicantes como en formación, no se sienten capacitados para abordar las experiencias traumáticas de sus pacientes⁽⁷¹⁻⁷³⁾ y que la revelación espontánea de EIAs en las consultas médicas es escasa⁽⁷⁴⁾, aunque a los pacientes les gustaría que estos antecedentes fuesen indagados.⁽⁷⁵⁾

La indagación activa de EIAs podría facilitar la revelación, pero también conlleva el riesgo de favorecer una retraumatización.⁽⁶⁹⁾ De acuerdo a Raja, el reconocimiento de sujetos con antecedentes traumáticos en los contextos de la medicina se puede representar como una pirámide, (figura 3) cuya base

es la adquisición de conocimientos sobre trauma y el desarrollo de competencias para una comunicación paciente-médico efectiva.⁽⁹⁾

En la práctica clínica, los autores de este trabajo hemos observado que el reconocimiento de las EIAs en adultos que consultan por cuadros emocionales en APS permite una mejor comprensión y reformulación del motivo de consulta actual, lo que en muchos casos por sí mismo resulta terapéutico.⁽⁶⁶⁾

La figura 4 muestra algunas sugerencias de cómo y cuándo incluir una indagación activa de EIAs en el contexto de la GES de depresión en APS. Considerando que la Guía vigente recomienda que los pacientes con intento de suicidio actual, sospecha de bipolaridad y/o síntomas psicóticos sean derivados al especialista, nuestra sugerencia es que en este grupo las EIAs sean indagadas por el equipo especializado. De este modo, la indagación dirigida de EIAs en APS debería realizarse a aquellos usuarios que continuarán su tratamiento en APS, prioritariamente a aquellos pacientes con comorbilidades psiquiátricas, suicidalidad, historia de VIF u otras dificultades interpersonales y, en lo posible, en una entrevista multiprofesional, para minimizar el riesgo de retraumatización. Es importante considerar la autonomía del paciente respecto a esta indagación y la utilidad que él le atribuya.

Entre las sugerencias para abrir la indagación de EIAs está la formulación inicial de preguntas abiertas respecto a la historia biográfica y la aplicación de un cribado que permita guiar las preguntas. También recomendamos incluir en forma regular preguntas sobre resiliencia tales como red de apoyo, figuras protectoras en la infancia y estilos de afrontamiento.

Desde el CIT, el conocimiento de las consecuencias del trauma por parte de los equipos de salud facilita la adquisición de competencias para atender adecuadamente a los consultantes con historia traumática. Por

Figura.4 Algoritmo De Pesquisa De Eias En El Contexto Ges De La Depresion

ejemplo, se sabe que los recuerdos traumáticos no procesados simbólicamente se almacenan implícitamente como estados emocionales que pueden reactivarse en respuesta a estímulos ajenos al trauma primario.⁽⁷⁶⁾ Es así como en pacientes que no revelan espontáneamente sus EIAs, ciertas señales (falta de contacto visual, inquietud, hiper-reactividad a la cercanía, sensibilidad extrema a ciertas expresiones verbales y paraverbales del prestador, etc.) podrían sugerir una historia traumática.⁽³⁷⁾

Específicamente, la suicidalidad evidenciada en sujetos con depresión e historia traumática podría considerarse una manifestación clínica extrema de desregulación emocional, eventualmente la reactivación de una memoria traumática en relación a una situación de estrés presente.⁽⁷⁷⁾ Mostrar al paciente que la suicidalidad puede estar relacionada con dificultades para discriminar el presente del pasado traumático y focalizar en la no repetición de un patrón vincular disfuncional que reedita una relación víctima-victimario son prácticas clínicas que cuentan con evidencia y podrían ser útiles para controlar las tendencias suicidas en estos pacientes.^(78, 79, 80)

Los planteamientos expuestos representan una propuesta preliminar y una guía para facilitar la detección, orientar la investigación y optimizar la atención de un subgrupo importante de pacientes que está consultando por depresión en nuestro medio y que, de acuerdo al conocimiento actual, requiere de una intervención diferenciada.

Discusión Final

En Chile, de acuerdo a la Unicef el maltrato infantil alcanza un 73,6% de los menores de 16 años y las prevalencias estimadas de abuso sexual oscilan entre un 8 y un 10%.^(81,82) Por otro lado, datos en población general indican que la violencia intrafamiliar afecta entre 41-50% de las mujeres chilenas alguna vez la vida y, en APS, entre 15-22% en el último año.⁽⁸³⁾ Aun no tenemos datos en muestras representativas que incluyan la frecuencia con que los niños chilenos están expuestos a otras EIAs como experiencias de matonaje (bullying) o crecer con un familiar encarcelado, que abusa sustancias o que sufre una enfermedad mental.

De confirmarse en Chile las consecuencias deletéreas de los EIAs sobre la salud a lo largo de la vida, los conocimientos derivados de la investigación de trauma y los postulados del CIT podrían constituirse en los pilares de una intervención más comprensiva y estratégicamente orientada para abordar no solo a pacientes depresivos, sino en forma transversal a pacientes consultantes con patologías crónicas biomédicas de alta prevalencia. Por lo tanto pudiesen ser incluidos en los currículos académicos de la carrera de la salud.^(84, 85)

Considerando la violencia interpersonal que se ejerce en nuestra sociedad,⁽⁸⁶⁾ resulta cada vez más prioritario abrir caminos que orienten la capacitación y la investigación para brindar respuestas adecuadas y oportunas en los servicios de salud.

Resumen

Las experiencias infantiles adversas (EIAs) son un factor de riesgo para el desarrollo de las patologías mentales más prevalentes en la vida adulta, entre las que se incluye la depresión, y se asocian a una presentación clínica más compleja y severa que requiere de un abordaje diferenciado. En Chile, la depresión cuenta con garantías explícitas en salud y una guía ministerial de recomendaciones. Un 90% de los pacien-

tes son tratados en la atención primaria de salud (APS). Un tercio de las muestras depresivas consultantes en la APS de la VII Región presenta una sintomatología caracterizada por mayor suicidalidad, exposición a EIAs e historia de violencia doméstica. Estos pacientes requieren de un tratamiento diferenciado que incorpore, al manejo de la depresión, los conocimientos de las consecuencias del trauma psíquico. Los resultados del Adverse Childhood Experiences Study, los hallazgos neurobiológicos derivados del estrés tóxico y el modelo de cuidado informado en trauma constituyen marcos de referencia que orientan la práctica clínica en consultantes con historia de EIAs en el contexto de los servicios de salud. El objetivo de este trabajo es revisar estas líneas conceptuales, en un intento por reformular un abordaje clínico y encauzar la investigación de este subgrupo de pacientes depresivos.

Palabras clave: Depresión, Experiencias infantiles adversas, Cuidado informado en trauma

Referencias Bibliográficas

- 1.- Felitti VJ, Anda RF. The relationship of adverse childhood experiences to adult health, well-being, social function, and health care. In: Lanius RA, Vermetten E, Pain C, editors. The effects of early life trauma on health and disease: The hidden epidemic New York, NY: Cambridge University Press; 2010.
- 2.- Teicher MH, Samson JA. Childhood Maltreatment and Psychopathology: A Case for Ecophenotypic Variants as Clinically and Neurobiologically Distinct Subtypes. *Am J of Psychiatry* 2013;170(10):1114-33.
- 3.- Nemeroff Charles B. Paradise Lost: The Neurobiological and Clinical Consequences of Child Abuse and Neglect. *Neuron*. 2016;89(5):892-909.
- 4.- van der Kolk B. Commentary: The devastating effects of ignoring child maltreatment in psychiatry – a commentary on Teicher and Samson 2016. *J of Child Psych and Psychiatry*. 2016;57(3):267
- 5.- Salvo G L. Magnitud, impacto y estrategias de enfrentamiento de la depresión, con referencia a Chile. *Rev Med de Chile*. 2014;142:1157-64.
- 6.- Vitriol V, Cancino A, Leiva-Bianchi M, Serrano C, Ballesteros S, Potthoff S, et al. Depresión adulta y experiencias infantiles adversas: evidencia de un subtipo depresivo complejo en consultantes de la atención primaria en Chile. *Rev Med Chile*. 2017;145:1145-53.
- 7.- Felitti VJ, Anda RF, Nordenberg D, Williamson DF, Spitz AM, 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):245-58.
- 8.- Shonkoff JP, Garner AS, Siegel BS, Dobbins MI, Earls MF, McGuinn L, et al. The lifelong effects of early childhood adversity and toxic stress. *Pediatrics*. 2012;129(1):e232-e46.
- 9.- Raja S, Hasnain M, Hoersch M, Gove-Yin S, Rajagopalan C. Trauma informed care in medicine: current knowledge and future research directions. *Fam Community Health*.

- 2015;38(3):216-26.
- 10.- Anda RF, Felitti VJ, Bremner JD, Walker JD, Whitfield C, Perry BD, et al. The enduring effects of abuse and related adverse experiences in childhood. *Eur Arch of Psych and Clin Neuroscience*. 2006;256(3):174-86.
- 11.- Brown DW, Anda RF, Tiemeier H, Felitti VJ, Edwards VJ, Croft JB. Adverse childhood experiences and the risk of premature mortality. *Am J Prev Med*. 2009;37.
- 12.- Ramiro LS, Madrid BJ, Brown DW. Adverse childhood experiences (ACE) and health-risk behaviors among adults in a developing country setting. *Child Abuse Negl*. 2010;34.
- 13.- Bellis MA, Lowey H, Leckenby N, Hughes K, Harrison D. Adverse childhood experiences: retrospective study to determine their impact on adult health behaviours and health outcomes in a UK population. *J Public Health*. 2013;36(1):81-91.
- 14.- Chartier MJ, Walker JR, Naimark B. Health risk behaviors and mental health problems as mediators of the relationship between childhood abuse and adult health. *Am J Public Health*. 2009;99(5):847-54.
- 15.- Bellis MA, Hughes K, Leckenby N, Jones L, Baban A, Kachaeva M. Adverse childhood experiences and associations with health-harming behaviours in young adults: surveys in eight eastern European countries. *Bull World Health Organ*. 2014;92.
- 16.- Almuneef M, ElChoueiry N, Saleheen H, Al-Eissa M. The impact of Adverse Childhood Experiences on social determinants among Saudi adults. *J Public Health*. 2017;40(3):219-27.
- 17.- Hughes K, Bellis MA, Hardcastle KA, Sethi D, Butchart A, Mikton C, et al. The effect of multiple adverse childhood experiences on health: a systematic review and meta-analysis. *The Lancet Public Health*. 2017;2(8):e356-e66.
- 18.- Teicher MH, Samson JA, Anderson CM, Ohashi K. The effects of childhood maltreatment on brain structure, function and connectivity. *Nat Rev Neurosci*. 2016;17:652-62.
- 19.- Bucci M, Marques SS, Oh D, Harris NB. Toxic Stress in Children and Adolescents. *Adv Pediatr*. 2016;63(1):403-28.
- 20.- Duval F, González F, Rabia H. Neurobiología del estrés. *Rev Chil Neuropsiquiatría*. 2010;48:307-18.
- 21.- Schneiderman N, Ironson G, Siegel SD. Stress and Health: Psychological, Behavioral, and Biological Determinants. *Ann Rev Clinl Psychol*. 2005;1(1):607-28.
- 22.- Lupien SJ, Juster R-P, Raymond C, Marin M-F. The effects of chronic stress on the human brain: From neurotoxicity, to vulnerability, to opportunity. *Frontiers in Neuroendocrinology*. 2018;49:91-105.
- 23.- Kivimäki M, Steptoe A. Effects of stress on the development and progression of cardiovascular disease. *Nat Rev Cardiol*. 2017;15:215.
- 24.- Chen E, Miller GE. Socioeconomic status and health: mediating and moderating factors. *Annu Rev Clin Psychol*. 2013;9:723-49.
- 25.- Baum A, Garofalo JP, Yali AM. Socioeconomic Status and Chronic Stress: Does Stress Account for SES Effects on Health? *Ann New York Acad Sciences*. 1999;896(1):131-44.
- 26.- Martínez M, García MC. Implicaciones de la crianza en la regulación del estrés. *Rev Latinoam Ciencias Soc, Niñez y Juv*. 2011;9(2):535-45.
- 27.- Claessens SEF, Daskalakis NP, van der Veen R, Oitzl MS, de Kloet ER, Champagne DL. Development of individual differences in stress responsiveness:

- an overview of factors mediating the outcome of early life experiences. *Psychopharmacology*. 2011;214(1):141-54.
- 28.- Zhang TY, Labonté B, Wen XL, Tu-recki G, Meaney MJ. Epigenetic Mechanisms for the Early Environmental Regulation of Hippocampal Glucocorticoid Receptor Gene Expression in Rodents and Humans. *Neuropsychopharmacology*. 2013;38(1):111-23.
 - 29.- Meaney MJ. Maternal Care, Gene Expression, and the Transmission of Individual Differences in Stress Reactivity Across Generations. *Ann Rev Neurosci* 2001;24(1):1161-92.
 - 30.- Nusslock R, Miller GE. Early-Life Adversity and Physical and Emotional Health Across the Lifespan: A Neuroimmune Network Hypothesis. *Biol Psychiatr*. 2016;80(1):23-32.
 - 31.- Bick J, Nelson CA. Early Adverse Experiences and the Developing Brain. *Neuropsychopharmacology*. 2016;41(1):177-96.
 - 32.- Oh DL, Jerman P, Silvério Marques S, Koita K, Purewal Boparai SK, Burke Harris N, et al. Systematic review of pediatric health outcomes associated with childhood adversity. *BMC Pediatrics*. 2018;18(1):83.
 - 33.- Lang J, McKie J, Smith H, McLaughlin A, Gillberg C, Shiels PG, et al. Adverse childhood experiences, epigenetics and telomere length variation in childhood and beyond: a systematic review of the literature. *Europ Child & Adolesc Psychiatry*. 2019.
 - 34.- Hao G, Youssef NA, Davis CL, Su S. The role of DNA methylation in the association between childhood adversity and cardiometabolic disease. *International J of Cardiol*. 2018;255:168-74.
 - 35.- Sciolla AF. An Overview of Trauma-Informed Care. *Trauma, Resilience, and Health Promotion in LGBT Patients*: Springer; 2017. p. 165-81.
 - 36.- Administration SAaMHS. SAMHSA's Concept of Trauma and Guidance for a Trauma-Informed Approach. Rockville, MD: Substance Abuse and Mental Health Services Administration; 2014.
 - 37.- Reeves E. A Synthesis of the Literature on Trauma-Informed Care. *Issues Ment Health Nurs* 2015;36(9):698-709.
 - 38.- Goodman LA, Dutton MA, Harris M. Episodically homeless women with serious mental illness: Prevalence of physical and sexual assault. *Am J of Orthopsychiatry*. 1995;65(4):468-78.
 - 39.- Lipschitz DS KM, Sorkenn JB, Faedda GL, Chorney P, Asnis GM. Prevalence and characteristics of physical and sexual abuse among psychiatric outpatients. *Psychiatr Serv*. 1996;47(2):189-91.
 - 40.- Hopper EK, Bassuk EL, Olivet J. Shelter from the storm: Trauma-informed care in homelessness services settings. *The Open Health Services and Policy Journal*. 2010;3(2):80-100.
 - 41.- Bloom SL, Farragher BJ. Restoring sanctuary : a new operating system for trauma-informed systems of care. Oxford: Oxford University Press; 2013. xviii, 314 p. p.
 - 42.- Sweeney A, Daggart D.(Mis) understanding trauma- informed approaches in mental health. *J Ment Health*. 2018; 5: 383-87
 - 43.- Elliott DE, Bjelajac P, Fallot RD, Markoff LS, Reed BG. Trauma-informed or trauma-denied: principles and implementation of trauma-informed services for women. *J of Community Psychology*. 2005;33(4):461-77.
 - 44.- Leitch L. Action steps using ACEs and trauma-informed care: a resilience model. *Health & Justice*. 2017;5(1):5.
 - 45.- Bonanno GA. Loss, trauma, and human resilience: Have we underestimated

- ted the human capacity to thrive after extremely aversive events? *American psychologist*. 2004;59(1):20.
- 46.- Leiva-Bianchi M, Ahumada F, Arana A, Botella J. What is the Psychosocial Impact of Disasters? A Meta-Analysis. *Issues in Mental Health Nursing*. 2018;39(4):320-7.
- 47.- Purtle J. Systematic Review of Evaluations of Trauma-Informed Organizational Interventions That Include Staff Trainings. *Trauma, Violence, & Abuse*.0(0):1524838018791304.
- 48.- Cancino A, Leiva-Bianchi M, Serrano C, Ballesteros-Teuber S, Caceres C, Vitriol V. Factors Associated with Psychiatric Comorbidity in Depression Patients in Primary Health Care in Chile. *Depress Research and Treatment*. 2018;2018:9.
- 49.- Vitriol V, Cancino A, Serrano C, Ballesteros S, Potthoff S. Remission in Depression and Associated Factors at Different Assessment Times in Primary Care in Chile. *Clin Pract Epidemiol Ment Health*. 2018;14:78-88.
- 50.- Zhong Q-Y, Wells A, Rondon MB, Williams MA, Barrios YV, Sanchez SE, et al. Childhood abuse and suicidal ideation in a cohort of pregnant Peruvian women. *Am J of Obstetrics and Gynecology*. 2016;215(4):501.e1-e8.
- 51.- Nanni V, Uher R, Danese A. Childhood maltreatment predicts unfavorable course of illness and treatment outcome in depression: a meta-analysis. *Am J of Psychiatry*. 2014.
- 52.- Thompson MP, Kingree JB, Lamis D. Associations of adverse childhood experiences and suicidal behaviors in adulthood in a U.S. nationally representative sample. *Child: Care, Health and Development*. 2019;45(1):121-8.
- 53.- Karatzias T, Cloitre M, Maercker A, Kazlauskas E, Shevlin M, Hyland P, et al. PTSD and Complex PTSD: ICD-11 updates on concept and measurement in the UK, USA, Germany and Lithuania. *Europ J of Psychotraumatology*. 2017;8(sup7):1418103.
- 54.- Brewin CR, Cloitre M, Hyland P, Shevlin M, Maercker A, Bryant RA, et al. A review of current evidence regarding the ICD-11 proposals for diagnosing PTSD and complex PTSD. *Clin Psychol Rev*. 2017;58:1-15.
- 55.- Karatzias T, Hyland P, Bradley A, Cloitre M, Roberts NP, Bisson JI, et al. Risk factors and comorbidity of ICD-11 PTSD and complex PTSD: Findings from a trauma-exposed population based sample of adults in the United Kingdom. *Depression and anxiety*. 2019;36(9):887-94.
- 56.- van der Kolk BA, Roth S, Pelcovitz D, Sunday S, Spinazzola J. Disorders of extreme stress: The empirical foundation of a complex adaptation to trauma. *J of Traumatic Stress*. 2005;18(5):389-99.
- 57.- Briere J, Scott C. Complex trauma in adolescents and adults: Effects and treatment. *Psychiatric Clinics*. 2015;38(3):515-27.
- 58.- Classen CC, Muller RT, Field NP, Clark CS, Stern E-M. A naturalistic study of a brief treatment program for survivors of complex trauma. *J of Trauma & Dissociation*. 2017;18(5):720-34.
- 59.- Gibson LE, Alloy LB, Ellman LM. Trauma and the psychosis spectrum: A review of symptom specificity and explanatory mechanisms. *Clin Psychol Rev*. 2016;49:92-105.
- 60.- Carr CP, Martins CMS, Stingel AM, Lemgruber VB, Jurueña MF. The Role of Early Life Stress in Adult Psychiatric Disorders: A Systematic Review According to Childhood Trauma Subtypes. *The Journal of Nervous and Mental Disease*. 2013;201(12):1007-20.

- 61.- Agnew-Blais J, Danese A. Childhood maltreatment and unfavourable clinical outcomes in bipolar disorder: a systematic review and meta-analysis. *The Lancet Psychiatry*. 2016;3(4):342-9.
- 62.- Trottier K, MacDonald DE. Update on Psychological Trauma, Other Severe Adverse Experiences and Eating Disorders: State of the Research and Future Research Directions. *Current Psychiatr Reports*. 2017;19(8):45.
- 63.- Kessler RC, Chiu WT, Demler O, Merikangas KR, Walters EE. Prevalence, severity, and comorbidity of 12-month DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Arch Gen Psychiatr*. 2005;62(6):617-27.
- 64.- Saveanu RV, Nemeroff CB. Etiology of Depression: Genetic and Environmental Factors. *Psychiatr Clinics of North America*. 2012;35(1):51-71.
- 65.- Chile MINSAL. Guía clínica AUGÉ: depresión en personas de 15 años y más. Autor, Subsecretaría de Salud Pública Santiago, Chile; 2013.
- 66.- Vitriol V, Cancino A, Weil K, Salgado C, Asenjo MA, 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 Research and Treatment*. 2014;2014:10.
- 67.- Vitriol V, Cancino A, Ballesteros S, Potthoff, S, Serrano C. Factors associated with greater severity of depression in Chilean primary care patients. *Prim Care Companion CNS Disorder*. 2017; 19(3). doi:10.4088/PCC.16m02051.
- 68.- Figueroa RA, Cortés PF, Accatino L, Sorensen R. Trauma psicológico en la atención primaria: orientaciones de manejo. *Revista médica de Chile*. 2016;144:643-55.
- 69.- Finkelhor D. Screening for adverse childhood experiences (ACEs): Cautions and suggestions. *Child Abuse & Neglect*. 2017.
- 70.- Sciolla AF. Screening for Childhood Adversities in Prenatal Care: What Works and Why. *J of Women's Health*. 2018;27(7):854-5.
- 71.- Green BL, Kaltman S, Frank L, Glenne M, Subramanian A, Fritts-Wilson M, et al. Primary care providers' experiences with trauma patients: A qualitative study. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*. 2011;3(1):37.
- 72.- Weinreb L, Fletcher K, Candib L, Bacigalupe G. Physicians' perceptions of adult patients' history of child abuse in family medicine settings. *The Journal of the American Board of Family Medicine*. 2007;20(4):417-9.
- 73.- Tink W, Tink JC, Turin TC, Kelly M. Adverse Childhood Experiences: Survey of Resident Practice, Knowledge, and Attitude. *Fam Med*. 2017;49(1):7-13.
- 74.- Weinreb L, Savageau JA, Candib LM, Reed GW, Fletcher KE, Hargraves JL. Screening for Childhood Trauma in Adult Primary Care Patients: A Cross-Sectional Survey. *Prim Care Companion to The J of Clinical Psychiatry*. 2010;12(6):PCC.10m00950.
- 75.- Goldstein E, Athale N, Sciolla AF, Catz SL. Patient Preferences for Discussing Childhood Trauma in Primary Care. *The Permanente Journal*. 2017;21:16-055.
- 76.- Van der Kolk BA. The body keeps the score: Memory and the evolving psychobiology of posttraumatic stress. *Harvard review of psychiatry*. 1994;1(5):253-65.
- 77.- Lopez-Castroman J, Melhem N, Birmaher B, Greenhill L, Kolko D, Stanley B, et al. Early childhood sexual

- abuse increases suicidal intent. *World Psychiatry*. 2013;12(2):149-54.
- 78.- Van der Kolk BA. The compulsion to repeat the trauma: Re-enactment, revictimization, and masochism. *Psychiatric Clinics of North America*. 1989;12(2):389-411.
- 79.- Vitriol VG, Ballesteros ST, Florenzano RU, Weil KP, Benadof DF. Evaluation of an outpatient intervention for women with severe depression and a history of childhood trauma. *Psychiatr Serv*. 2009; 60(7): 936-42. doi: 10.1176/appi.ps.60.7.936.
- 80.- Korotana LM, Dobson KS, Pusch D, Josephson T. A review of primary care interventions to improve health outcomes in adult survivors of adverse childhood experiences. *Clin Psychol Rev*. 2016; 46: 59-90. doi: 10.1016/j.cpr.2016.04.007
- 81.- Larraín S, Bascuñán C. Maltrato infantil y relaciones familiares en Chile: Análisis comparativo. 1994-2000-2006. *Revista chilena de pediatría*. 2008;79:64-79.
- 82.- UNICEF, Ministerio de Salud de Chile. Guía Clínica: Atención de niñas, niños y adolescentes menores de 15 años, víctimas de abuso sexual. Santiago; 2011.
- 83.- León T, Grez M, Prato JA, Torres R, Ruiz S. Violencia intrafamiliar en Chile y su impacto en la salud: una revisión sistemática. *Revista médica de Chile*. 2014;142:1014-22.
- 84.- Sciolla AF, Eckstrand K, Potter J. Integrating trauma-related curricular content into medical education and training. *Academic Medicine*. 2016;91(7):896-8.
- 85.- Goldstein E, Murray-García J, Sciolla AF, Topitzes J. Medical Students' Perspectives on Trauma-Informed Care Training. *The Permanente journal*. 2018;22:17-126.
- 86.- Pinto-Cortez C, Gutiérrez-Echegoyen P, Henríquez D. Child Victimization and Polyvictimization Among Young Adults in Northern Chile. *J Interp Viol*. 0(0):0886260518759058

Correspondencia:

Dra. Verónica Vitriol, MD Psiquiatra,
Escuela Medicina U. de Talca
vvitriol@utalca.cl
verovitriol@gmail.com