



**UNIVERSIDAD DE CHILE
FACULTAD DE ODONTOLÓGÍA
INSTITUTO DE INVESTIGACIÓN EN CIENCIAS ODONTOLÓGICAS
(ICOD)
ÁREA DE CIENCIAS DEL COMPORTAMIENTO**

**“IDENTIFICACIÓN DE EXPERIENCIAS ACERCA DE LA ATENCIÓN EN SALUD
Y LA RETRAUMATIZACIÓN, EN PERSONAS CON TRAUMA OCULAR,
VÍCTIMAS DE VIOLENCIA DE AGENTES DEL ESTADO, DURANTE EL
ESTALLIDO SOCIAL EN CHILE.”**

Florencia Andrea López Carrasco

**TRABAJO DE INVESTIGACIÓN
REQUISITO PARA OPTAR AL TÍTULO DE
CIRUJANO-DENTISTA**

TUTOR PRINCIPAL

Prof. Andrea Herrera Ronda

TUTORES ASOCIADOS

Prof. Matías Ríos Erazo

Prof. Gonzalo Rojas Alcayaga

ASESOR

Dr. Sebastián Córdova González

**Adscrito a Proyecto FONIS SA20I0049
Santiago – Chile
2022**



**UNIVERSIDAD DE CHILE
FACULTAD DE ODONTOLOGÍA
INSTITUTO DE INVESTIGACIÓN EN CIENCIAS ODONTOLÓGICAS
(ICOD)
ÁREA DE CIENCIAS DEL COMPORTAMIENTO**

**“IDENTIFICACIÓN DE EXPERIENCIAS ACERCA DE LA ATENCIÓN EN SALUD
Y LA RETRAUMATIZACIÓN, EN PERSONAS CON TRAUMA OCULAR,
VÍCTIMAS DE VIOLENCIA DE AGENTES DEL ESTADO, DURANTE EL
ESTALLIDO SOCIAL EN CHILE.”**

Florencia Andrea López Carrasco

**TRABAJO DE INVESTIGACIÓN
REQUISITO PARA OPTAR AL TÍTULO DE
CIRUJANO-DENTISTA**

TUTOR PRINCIPAL

Prof. Andrea Herrera Ronda

TUTORES ASOCIADOS

Prof. Matías Ríos Erazo

Prof. Gonzalo Rojas Alcayaga

ASESOR

Dr. Sebastián Córdova González

**Adscrito a Proyecto FONIS SA20I0049
Santiago – Chile
2022**

AGRADECIMIENTOS

A mi mamá y a mi papá por haberme dado la posibilidad de estudiar, por su amor incondicional y por darme ánimos cuando creía que no podría terminar las clínicas. A mi abuela Olga por siempre estar preocupada de mí y mandándome buenas energías. A la Mercedes por sacarme más de una sonrisa, ayudarme a buscar pacientes y regalarme con cositas ricas. A mis hermanos que siempre han estado para mí. A mi perro Lucky, quien me ha acompañado mientras escribo la tesis y por entregarme su amor infinito.

A mis amigas de la vida Nati, Sofi y Mari por siempre estar ahí, apoyándome y dándome ánimo para seguir. Por todos esos momentos de risas, alegrías y amistad eterna que sé que durará por siempre.

A mis amigas que me dejó la universidad Maca, Anto y Palo, este último año fueron lo más importante para mí apoyándonos mutuamente y dándolo todo y más para terminar todas juntas. Muchos momentos de risas y relax que agradezco un montón. Mención honrosa a la Maca, quien me pasó a buscar y a dejar todos los días durante el año pandémico y por adoptarme durante el internado en Algarrobo.

A mi eterna compañera de clínica Hazel, desde tercero juntas dando la vida para poder terminar, llenas de altos y bajos pero finalmente, lo logramos. Gracias por todos esos momentos de risas, copuchas y consejos que fueron fundamentales para hacer las horas de clínica más agradables y así poder sobrellevarlas. Por siempre el Dream Team.

A todas las personas que han pasado por mi vida y han dejado grandes enseñanzas y aprendizajes durante esta etapa.

A mi tutora Prof. Andrea Herrera quien siempre tuvo la disposición de ayudarme y guiarme durante las primeras etapas de este trabajo de investigación.

A mis tutores Prof. Matías Ríos y Prof. Gonzalo Rojas, quienes llegaron a ayudarme para poder terminar la tesis, muchas gracias por su buena onda y colaboración.

Al Dr. Sebastián Córdova por ayudarme a interiorizarme en un área distinta de la Odontología y mostrarme el mundo de la confección de somatoprótesis, que es un verdadero arte.

A todo el equipo detrás de este proyecto Dra. Camila Corral, Dr. Rodrigo Osorio, Prof. Joaquín Varas y Sabrita Chandía, quien se encargó de tener las transcripciones de las entrevistas para poder trabajar con ellas.

A todos los pacientes que quisieron participar de esta investigación.

ÍNDICE

I. MARCO TEÓRICO	1
1.1 Contexto.....	1
1.2 Trauma Físico	2
1.3 Trauma Ocular	2
1.4 Trauma Psicológico y Trauma Psicosocial.....	5
1.5 Trauma Ocular y sus dimensiones.....	6
1.5.1 Trauma Ocular y Dimensión Funcional.....	6
1.5.2 Trauma ocular y Dimensión Ocupacional	8
1.5.3 Trauma Ocular y Dimensión Psicológica	10
1.6 Funcionamiento del Sistema de Salud en Chile y su relación con el Trauma Ocular.....	11
1.7 Retraumatización en la atención en salud.....	13
II. PREGUNTAS DIRECTRICES Y OBJETIVOS.....	17
2.1 Preguntas Directrices.....	17
2.2 Objetivo General	17
2.3 Objetivos Específicos.....	17
III. MATERIALES Y MÉTODOS	18
3.1 Diseño.....	18
3.2 Muestra.....	18
3.3 Criterios de selección.....	19
3.4 Aspectos éticos.....	19
3.5 entrevista	21
3.6 Procedimiento	22
3.7 Plan de análisis.....	23
3.8 Criterios de calidad (rigurosidad)	25
IV. RESULTADOS.....	26
4.1 Desencadenantes físicos de retraumatización	27

4.2	Desencadenantes psicológicos de retraumatización	30
4.3	Actitudes y/o conductas que evitan la retraumatización	34
4.4	Actitudes y/o conductas que favorecen la retraumatización	41
4.5	Modelo selectivo: Retraumatización en la atención en salud.....	46
V.	DISCUSIÓN.....	49
VI.	CONCLUSIONES	58
VII.	REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	59
VIII.	ANEXOS.....	66
	ANEXO 1. Consentimiento informado.	66
	ANEXO 2. Carta de aprobación Comité de Ética.....	70

RESUMEN

Introducción: Las personas que han sido víctimas de trauma ocular producto de violencia ejercida por agentes del Estado, se encuentran expuestas a sufrir trauma psicosocial y psicológico, además de la afectación de múltiples dimensiones dentro de su vida cotidiana. Se entiende por retraumatización aquellas situaciones que desencadenan la reproducción de eventos traumáticos vividos por personas que sufrieron un trauma, volviendo a experimentar sentimientos y emociones negativas. La retraumatización en la atención en salud para este tipo de víctimas no tiene evidencia publicada. Esta investigación tiene como propósito contribuir al conocimiento de los fenómenos de retraumatización que pueden ocurrir a consecuencia de la atención en salud de personas con trauma ocular para posibilitar una rehabilitación efectivamente integral.

Materiales y métodos: Estudio de tipo cualitativo, exploratorio. Se realizaron 6 entrevistas en profundidad a personas mayores de edad, que sufrieron traumatismo ocular ocasionado por violencia ejercida por agentes del Estado de Chile durante el estallido social, debidamente certificadas y validadas por organizaciones de derechos humanos o servicios de salud, quienes contaban con consentimiento informado (aprobado por Comité Ético Científico Hospital Clínico de la Universidad de Chile). Las entrevistas fueron realizadas por psicólogos con experiencia previa en metodología cualitativa, transcritas textualmente, codificadas (software AtlasTi) y analizadas usando Teoría Fundamentada.

Resultados: La retraumatización en la atención en salud se produjo tanto en la atención pública como privada, gatillada por desencadenantes físicos y psicológicos. Hubo experiencias negativas que favorecieron la retraumatización de los pacientes, y experiencias positivas que la evitaron, relacionándose directamente con las actitudes y/o conductas de los profesionales de la salud durante el tratamiento.

Conclusiones: La retraumatización en pacientes que sufrieron trauma ocular puede ocurrir dentro de cualquier fase de la atención en salud. Es importante que

el personal en salud pueda reconocer los desencadenantes y las experiencias negativas que la gatillan, para evitarla y prevenirla, reforzándola con actitudes y/o conductas de los profesionales que puedan generar experiencias positivas, creando un ambiente seguro y así lograr una adecuada rehabilitación integral del paciente.

I. MARCO TEÓRICO

1.1 Contexto

A partir del 18 de octubre del año 2019, emergió en Chile el denominado “estallido social”, fenómeno social y político que se tradujo en movilizaciones sociales masivas, frente a las cuales las fuerzas policiales de orden y seguridad como también las fuerzas armadas (agentes del Estado de Chile) aplicaron medidas de control y represión de aquellas manifestaciones ciudadanas usando distintos dispositivos y mecanismos de disuasión de concentración de grupos de personas. Los más usados fueron bombas lacrimógenas y balines de goma (Instituto Nacional de Derechos Humanos, 2019).

Ambos métodos son ampliamente usados en el mundo. Los balines de goma al ser de “reducido poder”, es decir, de bajo impacto, se consideran inofensivos siempre y cuando sean disparados a zonas bajas del cuerpo (Sutter, 2004). El uso de armas no letales de manera extendida y fuera de los protocolos de la institución de Carabineros fue objeto de preocupación por la gravedad y cantidad de personas afectadas. Por esta razón, el 10 de noviembre del 2019, el director del INDH reiteró a los medios nacionales de comunicación que *“el uso de la fuerza debe ser el último recurso”* (Instituto Nacional de Derechos Humanos, 2019).

El mal uso de estos elementos causó lesiones físicas graves, como lo es el trauma ocular. Estas lesiones fueron producidas por balines de goma que colisionaron en un ojo o el golpe de una bomba lacrimógena en la cara a nivel de los ojos. Además, se corroboró que hubo uso desproporcional de la fuerza por parte de Carabineros que también provocó traumas de golpe como patadas, puñetazos, entre otros, incluso por atropellos con vehículos (Amnistía Internacional, 2020).

El daño generalizado, que en muchos casos ocasionó graves secuelas físicas y psicológicas en las personas, habría sido la consecuencia de una práctica de uso de la fuerza con el fin de agredir a los manifestantes y dispersarlos por completo,

sin importar el sufrimiento que pudieran causar los funcionarios de Carabineros (Amnistía Internacional, 2020).

El trauma ocular es uno de los más complejos de tratar y afrontar por parte del paciente, llevando a un cuadro de estrés agudo o post traumático, el cual posteriormente pudiese influir y dificultar la rehabilitación de la persona afectada (Alexander, Kemp, Klein y Forrester, 2001; Kumar, Aggarwal, Baslas y Singh, 2014).

1.2 Trauma Físico

Se considera trauma a todas las lesiones internas o externas de los tejidos provocadas por la acción de agentes físicos o mecánicos exteriores al cuerpo (Hospital del Trabajador ACHS, s. f.). Los pacientes traumatizados graves son aquellos que presentan la lesión de un sólo sistema y que pueden presentar riesgo vital o secuelas graves (Ministerio de Salud de Chile, 2007). Se atiende en primera instancia en servicios de urgencia dependiendo de la complejidad de la lesión y las secuelas graves deben ser tratadas por un especialista en el área.

1.3 Trauma Ocular

El ojo es el tercer órgano más afectado por lesiones después de las extremidades (Sharma, Shah, Shrestha, Thapa y Shrestha, 2014). Se define Trauma Ocular (TO) al traumatismo originado por mecanismos contusos o penetrantes sobre el globo ocular y sus estructuras periféricas, ocasionando daño tisular de diverso grado de afectación (Leve-Moderado-Severo) con compromiso de la función visual, temporal o permanente. El trauma puede ir desde un cuerpo extraño en la superficie ocular que provoca dolor (el más común de los traumas) hasta una herida penetrante ocular de mal pronóstico y grandes secuelas con discapacidad, pasando por un gran grupo de otras alteraciones oculares relacionadas con el trauma, así como el desarrollo secundario de catarata, glaucoma o desprendimiento de retina. La variedad de lesiones del globo ocular requieren estrategias de tratamiento individualizados para cada caso (Ministerio de Salud de Chile, 2009).

El TO es el mayor contribuyente de ceguera monocular en el mundo. La mayoría de los sujetos que se ven envueltos en actos violentos son personas jóvenes y el impacto causado es de por vida, pudiendo resultar agobiante tanto en términos personales como sociales (Mansouri y cols., 2019). En cuanto a la epidemiología mundial, en un estudio retrospectivo de 10 años realizado en Nueva Zelanda, se demostró que los hombres tendían a sufrir más TO en comparación a las mujeres, con una edad promedio de 30 años (Pandita y Merriman, 2012).

No hay mucha información epidemiológica a nivel mundial sobre las causas del trauma ocular, pero se ha documentado que hasta un tercio se debe al resultado de un golpe con un objeto o de una persona (Mansouri y cols., 2019).

En Chile, el TO representa un motivo de consulta común en los servicios de urgencia, representando el 3% de éstas (Andrighetti y Varas, 2010). Dentro de la poca información epidemiológica que hay dentro del país, los datos más relevantes se encontraron en la Unidad de Trauma Ocular (UTO), principal centro de referencia nacional. La UTO realizó un estudio prospectivo durante un período de 10 meses (Octubre de 2000 a Julio 2001), donde se analizaron 18.879 atenciones y 520 cirugías. Su objetivo fue describir las características epidemiológicas de los pacientes que consultaron por TO y poder determinar factores de riesgo asociados. El 72% de las consultas correspondieron al sexo masculino y la edad promedio fue de 32,4 años. En cuanto a las circunstancias del accidente, cerca del 80% se concentra en el hogar y lugar de trabajo (54% y 25%, respectivamente); en el 54% de los casos estuvo involucrado un agente “tipo proyectil”, punzantes un 11%, y armas de fuego sólo el 1% (Minsal, 2009). El año 2008, la UTO registró que un 76% de las consultas correspondía a TO no severo, 15% a TO severo y 9% a patología no traumática, siendo el perfil de pacientes similar a los publicados en la literatura internacional (Andrighetti y Varas, 2010). Por lo tanto, la epidemiología mundial y chilena coinciden en el sexo y edad de las personas más afectadas por TO.

Una vez ocurrido un trauma ocular es necesario que el servicio de urgencia pueda clasificar el tipo de lesión sufrida para brindar el mejor tratamiento posible.

Actualmente se usa la clasificación de Birmingham Eye Trauma Terminology (BETT) para agrupar los distintos tipos de lesiones oculares y así unificar criterios. Dentro de los posibles diagnósticos se encuentran TO con globo cerrado y TO con globo abierto (Kuhn, Morris, Witherspoon y Mester, 2004). Es importante determinar rápido la severidad del trauma, ya que en estos últimos casos mencionados se requiere atención urgente por el especialista, idealmente dentro de las primeras 24 horas post trauma (Ministerio de Salud de Chile, 2009). Es necesario realizar un cierre primario en la herida para evitar contaminación, y luego de ello, el oftalmólogo evaluará la evolución del ojo y la necesidad de futuras intervenciones (Ministerio de Salud de Chile, 2009).

Los TO con globo abierto al ser mucho más complejos, pueden llevar a la ceguera total, y con ello, se suma la necesidad de tratamientos invasivos mediante cirugía, para una posterior rehabilitación visual o protésica de la zona afectada (Ministerio de Salud de Chile, 2009), la cual comienza una vez que los tejidos están cicatrizados (Vilar, Novoa y Quintero, 2012). El tratamiento más invasivo es la “enucleación” que consiste en la resección del 100% del globo ocular (Reed y cols., 2020). También se ha descrito la “evisceración” como un método menos invasivo en comparación a la enucleación, ya que sólo se realiza una resección del tejido intraocular dejando intacta la esclera y los músculos extraoculares, donde se coloca un implante que mantiene el volumen de la órbita (Reed y cols., 2020). Además, esta intervención otorga mayor motilidad de la prótesis y una mejor estabilidad a largo plazo de la cavidad ocular (Pine, Jacobs y Sloan, 2015). Por otro lado, existe la posibilidad de mantener el ojo, sin embargo, éste se va a encontrar anatómicamente desfigurado y encogido debido a la injuria sufrida previamente. Esta degeneración del tejido ocular puede ocurrir no sólo por un trauma, sino que también por una enfermedad autoinmune, lo cual da lugar al fenómeno de la Pthisis Bulbi, que en palabras simples, es el proceso de cicatrización del ojo posterior al trauma (Tripathy y cols., 2018).

Es importante mencionar que el TO Grave está dentro de las Garantías Explícitas en Salud (GES), el cual será descrito más adelante.

1.4 Trauma Psicológico y Trauma Psicosocial

Según lo descrito en el Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-5), se puede generar un trauma psicológico en una persona posterior a un evento traumático o estresante, pudiendo causar cambios en su conducta dentro de su rutina diaria. Se ha comprobado que muchas personas que sufrieron un trauma muestran características clínicas que se expresan en síntomas de tristeza, pena, hostilidad, enfado, entre otros (American Psychiatric Association – APA, 2014). Una persona que sufrió un TO, por parte de las fuerzas policiales, podría desarrollar un diagnóstico de Trastorno de Estrés Post Traumático (TEPT), el cual se define como el desarrollo de síntomas específicos tras la exposición a eventos traumáticos que generan recuerdos recurrentes (American Psychiatric Association – APA, 2014), subyacente al trauma físico. Estas personas no son capaces de superar el trauma, lo cual es normal inmediatamente posterior al evento, sin embargo, siguen manteniendo todos los síntomas de estrés y angustia por un tiempo mucho más prolongado, incluso meses después del evento traumático. Generalmente tienen recuerdos recurrentes y molestos del episodio traumático, tratan de evitar los estímulos que puedan estar asociados a éste y/o tienen pesadillas (National Institute of Mental Health (NIMH), 2020).

En relación a lo anterior, para los casos donde se ejecuta violencia por parte de agentes del Estado, se ha descrito el concepto de trauma psicosocial como un término más específico que meramente el trauma psicológico. Esto se debe a que el evento traumático se sitúa específicamente en la estructura socioeconómica como una causal del trauma psicológico. Esto significa que en un primer momento se expresan conflictos políticos y sociales entre clases y grupos sociales que se encuentran en una posición antagónica. De estos conflictos surgen eventos traumáticos y finalmente, se genera un trauma social que perdura en el tiempo y que afecta a toda la sociedad, pero de manera diferenciada de acuerdo a los grupos sociales en disputa. De esta forma, se materializan sus efectos en

consecuencias psicosociales derivados del acontecimiento histórico y político en el cual estuvieron inmersas las personas (Madariaga, 2002).

El trauma psíquico y psicosocial a partir de la violencia deliberada ejecutada por un ser humano en contra de otro, es probablemente el que genera mayor trauma individual (Instituto Latinoamericano de Salud Mental y Derechos (ILAS), 2019), principalmente cuando las personas que lo provocaron fueron quienes debiesen velar por nuestra salud y cuidado, como lo ocurrido por parte de la fuerza policial en Chile. Además, existe invalidación por parte del entorno social en cuanto al no reconocimiento de la situación actual de las víctimas (ILAS, 2019). Estos eventos traumáticos van más allá de lo que una persona pueda tolerar, debido a que la violencia es ejecutada por otro ser humano y es avalada y validada por un grupo que ejerce el poder (Madariaga, 2002).

1.5 Trauma Ocular y sus dimensiones

Las personas que han sufrido pérdida del globo ocular producto de un trauma presentan problemas en múltiples dimensiones tales como física, funcional, social, ocupacional, psicológica y afectación de los Derechos Humanos. Para efectos de esta tesis serán analizadas sólo las dimensiones funcional, ocupacional y psicológica.

1.5.1 Trauma Ocular y Dimensión Funcional

La pérdida repentina de parte de la visión o de un globo ocular completo, puede generar pérdida de la percepción de profundidad, disminución del campo visual periférico e incluso, un trauma psicológico y deformidad física (Coday, Warner, Jahrling y Rubin, 2002).

La pérdida sobre la percepción de la profundidad como resultado del daño de la visión binocular, se produce en distancias menores a 7 u 8 metros, especialmente en distancias menores a 1 metro. En cambio, en distancias mayores casi no hay cambios (Pine y cols., 2015). Una de las señales binoculares que se pierden es la disparidad retiniana, lugar donde los objetos se proyectan en cada ojo en

diferentes ángulos, como por ejemplo la convergencia, donde los 2 ojos se enfocan en el mismo objeto produciendo sensación de movimiento en los músculos extraoculares. Otro ejemplo es la estereopsis de las sombras, donde las imágenes de las sombras que son diferentes según cada ojo, se fusionan para dar el sentido de profundidad (Pine y cols., 2015). Las personas con visión monocular logran adaptarse a este cambio de percepción en la profundidad para poder tomar cosas con sus manos a través del aprendizaje del paralaje de movimiento, el cual consiste en un cambio de posición de los objetos en relación a su profundidad cuando se desplaza el observador (Pine y cols., 2015).

La pérdida de la visión en un ojo reduce el campo visual horizontal entre un 10 a 20% en el lado afectado. Por lo mismo, personas anoftálmicas tienden a girar más sus cabezas para poder ver el campo perdido (Pine y cols., 2015).

Se realizó un estudio en el cual se evaluaron las consecuencias funcionales de esta pérdida de visión monocular adquirida y la percepción de la persona. Uno de los puntos investigados fue el tiempo de adaptación, donde los individuos que sufrieron un trauma y perdieron la visión repentinamente, tardaban mucho más en adaptarse que los que sufrían una pérdida gradual debido a alguna enfermedad. Además, si esto ocurría en la primera infancia el período de adaptación era mucho menor, lo que significa que a mayor edad, la facilidad de poder adecuarse a esa nueva realidad disminuye (Coday y cols., 2002).

En cuanto a la movilidad, ésta se vio sumamente afectada debido a que los pacientes mencionaron chocaban constantemente con otros por la disminución de su visión periférica y que además, tenían dificultad para subir escalones, ya que perdieron la percepción de profundidad (Coday y cols., 2002).

Otro punto investigado fue la capacidad de poder realizar deportes y hobbies que disfrutaban anteriormente. El resultado de la encuesta arrojó que la mitad de las personas tenían dificultad para realizarlos. Por un lado, las actividades que requerían coordinación ojo-mano se volvían mucho más difíciles, ya que los individuos ya no poseían visión estereoscópica. Ésta es la capacidad físico-

psicológica que posee el ser humano que le permite ver en tercera dimensión los objetos que contempla con su visión binocular. Por lo tanto, jugar tenis, enhebrar una aguja, jugar volleyball, entre otros deportes, eran actividades difíciles de realizar (Coday y cols., 2002).

La conducción de vehículos es otro tema importante dentro de la funcionalidad en personas con discapacidad visual. El reglamento para la obtención de licencias de conducir en Chile, aprueba que personas con visión monocular puedan manejar siempre y cuando al realizar el examen físico sensométrico, posean una agudeza visual de al menos 0,7, que su campo visual sea igual o superior a 120° en el plano horizontal y la visión en profundidad debe ser aprobada en un 60% de las imágenes. En caso de que este último punto no se cumpla, el médico podrá pedir exámenes complementarios para comprobar si el postulante ha tenido un período suficiente de adaptación en su visión. Sólo pueden obtener licencias Clase B y C, es decir, licencias no profesionales (Ministerio de Transporte y Telecomunicaciones, 2013).

Los pacientes que han sufrido de TO no sólo pueden tener visión monocular debido a la pérdida de visión en el ojo afectado directamente, sino que también podría sumarse la “baja visión” producto de daño o alguna enfermedad previa en el otro ojo. Ésta se refiere a una reducción de la agudeza visual o del campo visual que no se puede corregir por medio de lentes ópticos, de contacto, medicamentos o cirugía (National Eye Institute, 2019). Esto podría deberse a que la onda expansiva del trauma puede afectar a los tejidos circundantes, en este caso el otro ojo, donde se han descrito desprendimientos de retina, fracturas de órbita, entre otros (Muchirson, 2020). Esto sería un agravante para el cuadro del paciente, ya que se disminuye aún más su campo visual, viéndose mucho más limitado para efectuar actividades de la vida cotidiana.

1.5.2 Trauma ocular y Dimensión Ocupacional

Las personas que sufrieron TO como fue mencionado anteriormente, pierden la funcionalidad, por lo que les cuesta llevar a cabo ciertas actividades. Por lo mismo,

muchas personas no pueden seguir desempeñándose en sus labores tras sufrir TO dependiendo del rubro, como por ejemplo personas que poseían licencias de conducir Clase A, es decir profesionales, quedan sin validez. Esto significa que aquella persona ahora se encuentra en situación de discapacidad.

Para la Comisión de Medicina Preventiva e Invalidez (COMPIN) la pérdida de un ojo y normalidad del otro es un 30% de discapacidad, y esta va aumentando dependiendo si se afecta para realizar un trabajo en específico o para cualquier tipo de trabajo (Ministerio de Salud y Protección Social, 2006). Pero si no puede seguir trabajando, ¿cómo podrá obtener ingresos en su nueva situación? Actualmente en Chile existen tres formas de obtener una pensión, que en este caso, sería por invalidez del solicitante. Sin embargo, y dado que el TO sufrido no fue por causa laboral, no aplica la evaluación que realiza la COMPIN (Ministerio del Trabajo y Previsión Social, 2017). Por lo tanto, quedan dos medios para obtener la pensión por invalidez, la primera es a través del sistema de Administradoras de Fondos de Pensiones (AFP) sólo si la persona se encuentra afiliada, y la segunda, a través de la Pensión Básica Solidaria de Invalidez (PBSI) para personas que no tienen derecho a pensión en ningún régimen previsional. Ambas se encuentran dentro del Decreto de Ley 3.500, el cual define dos tipos de invalidez, parcial y una total, dependiendo del grado de pérdida de capacidad para realizar un trabajo. Luego de que se realiza la solicitud al Instituto de Previsión Social (IPS) o a la AFP, una comisión médica se encarga de evaluarla y determinar si cumple con los requisitos para poder ser beneficiario de la pensión por invalidez (Instituto de Previsión Social, 2019, 2021; Ministerio del Trabajo y previsión social, 2021).

Este es un claro ejemplo de cómo la realidad social y ocupacional de los pacientes que sufrieron trauma ocular cambia radicalmente y lo complejo que se vuelve, ya que no sólo deben preocuparse de la rehabilitación física y psicológica, sino que deben realizar trámites y pasar por un proceso muchas veces lento, para reestablecerse económicamente.

1.5.3 Trauma Ocular y Dimensión Psicológica

El TO puede afectar física, psicológica, emocional y socialmente al individuo. Los ojos son lo primero en lo que las personas se fijan al mirar a otros, ya que estos “hablan por sí solos” (Kumar y cols., 2014). No sólo se pierde una parte del cuerpo sino que también un sentido, el cual puede ser parcial en caso de un ojo afectado o total en ambos (Şimsek, Öztürk y Nahya, 2020).

Existe una pérdida de la imagen corporal acompañado de una pérdida de la autonomía que es compartida por quienes rodean a la persona. Esto se vuelve una situación estresante y es la mayor fuente de dificultad para el afectado (Pine y cols., 2015).

Las personas que han sufrido una desfiguración facial tienen mayores problemas al momento de ajustarse a su nueva situación y tienen más problemas psicológicos que una persona con desfiguración congénita (Pine y cols., 2015). La fase de duelo es probablemente la más crítica, ya que es donde la persona se da cuenta que su vida no volverá a ser igual y podrían experimentar una tristeza profunda o depresión (Pine y cols., 2015).

En un estudio realizado en Reino Unido, se investigó la psicomorbilidad de los pacientes afectados por un TO. Se concluyó que tienen mayores efectos psicológicos como distrés, el cual deriva de experiencias intrusivas (pesadillas, recuerdos), y evitar situaciones que pueden resultar similares al origen del trauma (Alexander y cols., 2001). Lo que significa que el TO está asociado a estrés post traumático.

No hay mucha información acerca de cómo el TO afecta en la salud mental y en la calidad de vida de las personas. Se realizó un estudio en niños y adolescentes sobre el efecto del TO en su salud mental y calidad de vida, llegando a la conclusión que ambas se ven disminuidas, sobre todo cuando el trauma conlleva a la ceguera del ojo afectado (Karaman y cols., 2017).

Sin embargo, podemos asociar los efectos psicológicos de otros tipos de traumas con el TO. Se ha investigado el efecto de la salud mental en personas que han

tenido que ser sometidos a la amputación de algún miembro de su cuerpo, los cuales muestran síntomas de estrés post traumático (Şimsek y cols., 2020). Dentro de los resultados se vio que los afectados tenían cambios de comportamientos negativos. En cuanto a su imagen corporal y autoestima, éstas se ven fuertemente afectadas por eventos externos, la reacción de la sociedad y/o enfermedades. Se ha comprobado que la evaluación de apariencia que hacen otras personas sobre ellos, los hace sentir mal y creen que se acercan a ellos por lástima. Es por esto que es muy importante que haya un equipo especializado en atención psicosocial que los apoye. Es ahí donde el equipo multidisciplinario, sobre todo las enfermeras a cargo del seguimiento del paciente, juegan un rol fundamental en la prevención y el alivio de las enfermedades mentales que pudieran desarrollarse en los pacientes.

Otro punto importante es el entorno social y familiar, donde hay un cambio en los hábitos cotidianos y la pérdida de una parte corporal los vuelve dependientes de los otros, provocando que el individuo se aleje de su entorno. Se concluyó que la necesidad de tratamiento en salud mental es crucial para evitar los sentimientos negativos y lograr una correcta recuperación (Şimsek y cols., 2020). Otro estudio acerca de la recuperación del trauma y factores psicológicos asociados, sugiere la necesidad de un abordaje holístico de los afectados donde se incorpore el modelo biopsicosocial (Schemitsch y Nauth, 2019).

1.6 Funcionamiento del Sistema de Salud en Chile y su relación con el Trauma Ocular

El sistema de salud chileno está compuesto por un sistema mixto de atención integrado por el seguro público, denominado FONASA, que es el Fondo Nacional de Salud, y uno privado que se denomina ISAPRE, Instituciones de Salud Previsional (Superintendencia de Salud, s. f.).

En Fonasa, se clasifica a la población que es parte de éste en 4 grupos distintos dependiendo de su ingreso imponible mensual. Dentro de los grupos A y B, se encuentran personas carentes de recursos o de un ingreso imponible mensual menor a \$380.000 respectivamente, por lo que se atienden de forma gratuita en

hospitales y consultorios públicos. Luego en el grupo C, se encuentran las personas que tienen un ingreso imponible mensual mayor o igual a \$380.001 y menor o igual a \$554.800, quienes pagan un 10% del arancel en hospitales públicos. Por último, en la letra D, se encuentran aquellas personas con un ingreso imponible mensual mayor o igual a \$554.801, por lo que pagan un 20% del arancel en los hospitales (Fondo Nacional de Salud, 2022).

Las Isapres se encargan de financiar las prestaciones y beneficios de salud a las personas que cotizan el 7% o un monto superior convenido de sus ingresos mensuales para la salud. Existen distintas modalidades de atención dependiendo de lo que prefiera el contratista (Superintendencia de Salud, s. f.).

En el caso de las Garantías Explícitas en Salud (GES) sólo las personas pertenecientes a Fonasa o Isapre pueden acceder a él.

Como fue mencionado anteriormente, el TO Grave está dentro de las Garantías Explícitas en Salud (GES). Éste cubre a usuarios de Fonasa o Isapre y los beneficia con medicamentos, insumos, exámenes y cirugía. El diagnóstico se realiza lo más rápido posible teniendo un máximo de 12 horas post sospecha y el tratamiento se efectúa en un máximo de 60 horas posteriores desde el diagnóstico (Ley N° 19.966, 2007). Quedan excluidos de la cobertura GES la rehabilitación posterior, desde una prótesis ocular hasta una terapia psicológica, funcional y social.

Una de las debilidades del sistema de salud en Chile, es precisamente que se encuentra fragmentado, tanto en el financiamiento como en la provisión de servicios y disponibilidad desigual para atender a la población de cada sector. A ello se le suma el enfoque “hospitalocéntrico” que existe en el país, es decir, que la mayoría de los grandes hospitales y clínicas con el mayor equipamiento para atención de alta complejidad, se encuentran en Santiago (Goldstein, 2018). También hay que tener en cuenta la infraestructura hospitalaria y número de camas deficientes, dificultades en el acceso a la atención y el déficit de tecnología de punta que afectan al sistema público, no así en el privado (Goic, 2015).

Por otro lado, se realizó un estudio de “Opinión a Usuarios del Sistema de Salud”, donde las fortalezas encontradas desde el punto de vista de los usuarios de Isapres es la protección efectiva de los derechos de las personas, en cambio, para los usuarios de Fonasa es la contribución a la resolución efectiva de los problemas, pero con menor porcentaje de satisfacción que el otro grupo señalado anteriormente (Superintendencia de Salud, 2010).

En cuanto a la rehabilitación del TO propiamente tal surge otro problema. Actualmente el profesional certificado según el decreto supremo N°8 Ley de Especialidades Médicas y Odontológicas, para la realización de rehabilitación por medio de prótesis ocular, es el Cirujano Dentista especialista en Rehabilitación Oral y Subespecialista en Somatoprótesis (Ministerio de Salud de Chile, 2013). Lamentablemente, a la fecha de este documento nadie está registrado en la Superintendencia de Salud como subespecialista. No existen programas de subespecialidad y la Corporación Nacional Autónoma de Certificación de Especialidades Odontológicas (CONACEO) no está autorizada aún para poder certificarla como tal (CONACEO, 2021). Esto deja un déficit de profesionales para la atención de pacientes con pérdidas oculares. Hoy la necesidad es cubierta por odontólogos generales y/o especialistas formados en el programa diplomado en Prótesis Máxilo Faciales de la Universidad de Chile. La falta de profesionales en esta área ha llevado a que técnicos ocularistas autoformados ejerzan esta labor.

1.7 Retraumatización en la atención en salud

Pacientes que han sufrido eventos traumáticos y que llegan a la atención en salud, se encuentran vulnerables debido a que pueden retraumatizarse como resultado de su experiencia en ésta. Se define como retraumatización la somatización del trauma, donde recuerdos pueden ser desencadenados por el examen físico o procedimientos que los hagan volver a experimentar sentimientos y emociones negativas (Reeves, 2015).

Una revisión en la literatura concluye que no hay una línea de base formal que sirva como instructivo para el personal en salud para brindar una correcta atención en relación al trauma en pacientes abusados física y/o sexualmente. Se proponen

como temas principales para futuras guías de trabajo: detección de situaciones que puedan gatillar el trauma, minimización del estrés, relación entre el tratante y el paciente, y finalmente un tratamiento multidisciplinario adecuado (Reeves, 2015). Además podría sumarse como causa de retraumatización que no sean reconocidos como víctimas, el lenguaje y la actitud del equipo de salud, entre otras (Schippert, Grov y Bjørnnes, 2021).

A partir de lo descrito en los párrafos anteriores sobre TO, la pérdida de funcionalidad, el daño psicológico y psicosocial, la dificultad de reinsertarse laboralmente, el daño a la familia y su entorno cercano, y por cómo funciona actualmente el sistema de salud en Chile, es que la rehabilitación de pacientes que han sufrido TO debiera tener un enfoque multidisciplinario. Se debe tener en consideración la participación en el equipo de varios oftalmólogos subespecialistas (oculoplásticos, retinólogos, córnea, etc.), psicólogo, trabajador social, kinesiólogo, terapeuta ocupacional (especialista en rehabilitación funcional), tecnólogo médico con mención en oftalmología y un odontólogo subespecialista en somatoprótesis que pueda cubrir la demanda protésica del caso (Kumar y cols., 2014). Por lo mismo, muchos pacientes logran expresar sus emociones libremente con él, enfrentando de mejor forma su situación post traumática y probablemente éste se transforme en una persona más dentro de sus redes de apoyo. Para ello, es necesario que el médico tratante cumpla con una comunicación asertiva, habilidad comunicacional basada en el respeto mutuo, de manera que se favorezca la relación con el paciente y exista una comunicación fluida y apropiada (Estévez Abad y Estévez Vélez, 2021; Moore, Gómez, Kurtz y Vargas, 2010), además de la promoción de una alianza terapéutica donde el compromiso común y la visión del otro resultan relevantes para el proceso de rehabilitación (Corbella y Botella, 2003) y que presente buena literacidad, es decir, que sepa explicar simplificadamente para facilitar la comprensión por parte del paciente (Piette, 2009). Sumado a ello, para poder prevenir la retraumatización debe existir contención emocional, la cual consiste en tranquilizar y estimular la confianza de una persona afectada por una fuerte crisis (Lozano y Oyola, 2017), el apoyo emocional, que permite reconocer las emociones ante los demás y se basa en muestras de afecto, empatía,

seguridad, entre otras (Martínez, Gómez y Siles, 2009) y el apoyo instrumental que es ofrecido cuando se utilizan ayudas materiales o físicas al momento de recibir la atención en salud (Fachado, Menéndez y González, 2013).

Adicionalmente, en base al contexto en el que está enmarcado este trabajo de investigación, la retraumatización también se define como la ocurrencia de ciertos eventos asociados a las violaciones de los derechos humanos cuyo efecto previsible es el de incorporar nuevas situaciones dolorosas a un contexto humano previamente traumatizado (Madariaga, 2006).

En la monografía realizada por el psiquiatra Carlos Madariaga titulada “Trauma Psicosocial, Trastorno de Estrés Postraumático y Tortura” (2002), se habla acerca del hecho político, en este caso la violencia política del Estado, que es determinante frente a los desórdenes psíquicos que genera en los grupos humanos destinatarios de dicha violencia (Madariaga, 2002). La relación de causalidad que existe entre el terrorismo de Estado y el daño psíquico, entre la represión política y los procesos traumáticos a nivel del psiquismo individual y colectivo, entre las políticas gubernamentales y la salud mental de la ciudadanía, es lo que otorga a estos trastornos psíquicos y psicológicos una singularidad específica que no tiene ningún otro campo dentro de estas disciplinas (Madariaga, 2002). Sumado a lo anterior, considera como un potente agente retraumatizador, el hecho de que los afectados vivan la impunidad durante todo el período de violencia política como un trauma constante, que opera profundizando las perturbaciones psíquicas generadas por la violencia directa, actuando diariamente y afectando a toda la sociedad chilena (Madariaga, 2002). Por tanto, él mismo plantea las interrogantes de cómo debiera ser el trato con ese paciente víctima de violencia del Estado y cuáles son los límites dentro de su accionar terapéutico. Sin embargo, aún no hay una respuesta concreta dentro del paradigma tradicional de trabajo psicoterapéutico, y éste debe cambiar en base a las nuevas evidencias (Madariaga, 2002).

Los efectos de la retraumatización posterior a la violación de derechos humanos no sólo afecta al individuo propiamente tal, sino que puede alcanzar a su entorno

cercano, como familiares. En el año 2005 se llevó a cabo la exhumación de cuerpos que fueron enterrados posterior al golpe militar. Los familiares de aquellas personas fallecidas, al ser informados de la aparición de los cuerpos, sufrieron una reactivación de formas muy agudas del dolor preexistente asociados a sus duelos. Se pudo evidenciar una mezcla de emociones en la que priman sentimientos de impotencia e indignación, decepción, frustración, desesperanza, abandono, y tristeza profunda (Madariaga, 2006).

Con todo lo expuesto anteriormente, se hace necesario indagar en cómo se sienten las personas afectadas y cuál es el rol del tratante dentro de su proceso de rehabilitación, sanación e integración social, sin tener que causar una retraumatización al paciente y tratando siempre de brindar un ambiente de confianza y respeto. Se trata de una situación nueva a la que no se está acostumbrado, por lo que es fundamental saber cómo enfrentar este nuevo desafío y así lograr una recuperación satisfactoria desde el punto de vista integral del paciente.

El trauma psicológico producto de un trauma físico dentro del contexto ocurrido en Chile, no tiene suficiente evidencia publicada. No se sabe cómo puede repercutir en el individuo a nivel psicológico y social, especialmente en el caso de un TO en el cual se pierde un sentido sensorial crucial, una parte importante del rostro con la cual nos comunicamos y nos encontramos entre personas, y que está inmerso en la violación de los derechos humanos por parte del Estado.

En base a lo ya expuesto, la pregunta de investigación es ¿Cómo la atención en salud recibida por trauma ocular, producto de la violencia ejercida por agentes de Estado, se relaciona con la retraumatización de los pacientes?

II. PREGUNTAS DIRECTRICES Y OBJETIVOS

2.1 PREGUNTAS DIRECTRICES

¿Cuál es la percepción de retraumatización por parte del paciente de trauma ocular? ¿Qué experiencias y/o situaciones provocan la retraumatización en la atención en salud, específicamente en la rehabilitación ocular? ¿Cuáles son las situaciones que son identificadas como las más retraumatizantes en los pacientes con trauma ocular?

¿Qué conductas y/o actitudes debiera tener el equipo de salud al momento de atender a un paciente con trauma ocular? ¿Qué conductas y/o actitudes del profesional de la salud desencadenan la retraumatización? ¿Qué conductas y/o actitudes del profesional de salud favorecen la no retraumatización?

2.2 OBJETIVO GENERAL

Explorar sobre las experiencias acerca de la atención en salud y la retraumatización, en personas con trauma ocular, víctimas de violencia de agentes del estado, durante el estallido social en Chile.

2.3 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

OE 1. Indagar sobre la percepción frente al fenómeno de la retraumatización en la atención en salud, en personas con trauma ocular, víctimas de violencia de agentes del Estado, durante el estallido social en Chile.

OE 2. Reconocer la percepción de desencadenantes de retraumatización dentro de la atención en salud, en personas con trauma ocular, víctimas de violencia de agentes del Estado, durante el estallido social en Chile.

OE 3. Identificar la percepción sobre el rol del equipo de salud frente a la retraumatización, en personas con trauma ocular, víctimas de violencia de agentes del Estado, durante el estallido social en Chile.

III. MATERIALES Y MÉTODOS

Esta tesis se encuentra adscrita al proyecto FONIS SA20I0049 “Identificación de experiencias psicológicas frente al trauma maxilofacial y ocular, en personas víctimas de violencia de agentes del Estado en el contexto de la movilización social en Chile el año 2019-2020”, el cual se encuentra en ejecución.

3.1 Diseño

Estudio exploratorio, transversal, de tipo analítico-relacional, donde se utilizó la metodología cualitativa. La recolección de datos se realizó a través de entrevistas en profundidad de pauta semiestructurada mediante la exploración de experiencias relacionadas a la reacción psicológica frente a trauma ocular producto de violencia de agentes de estado, usando la Teoría Fundamentada (TF) o Grounded Theory como el método de análisis de datos.

3.2 Muestra

La muestra fue constituida por 6 personas, mujeres y hombres mayores de edad, con residencia en Chile, que hayan sufrido traumatismo ocular ocasionado por acciones de violencia ejecutadas por agentes del Estado de Chile. El reclutamiento se realizó en las Clínicas de Traumatología Dentoalveolar del Adulto y la Clínica de Prótesis Maxilofacial, de la Facultad de Odontología de la Universidad de Chile, y la Unidad de Baja Visión y Rehabilitación Visual del Hospital Clínico de la Universidad de Chile (Tabla 1).

Tabla 1. *Características demográficas y diagnóstico de los entrevistados.*

Entrevistado	Edad	Sexo	Previsión	Lugar de TO	Diagnóstico
1	S/A	Masculino	Fonasa	Santiago	Estallido ocular
4	61	Femenino	Fonasa	Chillán	Estallido ocular
6	27	Femenino	Isapre	Santiago	Estallido ocular
9	24	Masculino	Fonasa	Valparaíso	Estallido ocular
10	28	Masculino	Fonasa	Santiago	Estallido ocular
11	30	Masculino	Fonasa	Santiago	Estallido ocular

La muestra fue definida en base a un muestreo teórico. De acuerdo a Glaser y Strauss (1967), el muestreo teórico es el proceso de recolección de datos para la generación de teoría en la cual el analista conjuntamente colecta, codifica y analiza sus datos, y decide qué siguientes datos recoger y dónde obtenerlos, con el fin de permitir la emergencia de la teoría. Es así que las decisiones iniciales para la obtención de datos se sustentan en un marco teórico preconcebido, pero el analista debe ser sensible a la teoría que surge desde los datos.

En el muestreo teórico el número de casos carece relativamente de importancia. Lo importante es el potencial de cada “caso” para ayudar al investigador en el desarrollo de comprensiones teóricas sobre el tema estudiado (Taylor y Bogdan, 1992). Por lo tanto, la recolección de datos termina cuando se llega a la saturación de la información adquirida a través de este muestreo teórico. Es por ello que no se define a priori la cantidad de personas a ser entrevistadas.

Sin embargo, al ser un proyecto FONIS que se encuentra en ejecución y al ser éste un trabajo exploratorio, no se obtuvieron suficientes participantes para llegar a la saturación teórica al momento de realizar esta investigación, por lo que los resultados que se obtuvieron fueron preliminares.

3.3 Criterios de selección

En este estudio se incluyeron personas, tanto mujeres como hombres mayores de edad que sufrieron traumatismo ocular ocasionado por acciones de violencia ejecutadas por agentes del Estado de Chile (policías), debidamente certificadas por alguna de las organizaciones de derechos humanos, servicios de salud, organizaciones de ayuda/socorro no gubernamentales, equipos de salud de la Universidad de Chile. Los y las voluntarios/as, dieron su consentimiento a través de un formulario online para participar en esta investigación.

3.4 Aspectos éticos

Consentimiento/asentimiento informado

Los pacientes que quisieron participar del estudio debieron expresar su voluntad de participar de éste. Para ello se les entregó un consentimiento informado online

con la información de la justificación del estudio, objetivos, procedimientos y detalles del proyecto (incluyendo detalles de la confidencialidad y difusión de datos). En el momento de producirse el proceso de consentimiento informado estuvo presente el investigador responsable. Por lo tanto, el participante tuvo la oportunidad de estimar esta información y aclarar sus dudas, antes de firmar el documento y acceder a ser parte del estudio.

De esta manera se aseguró que las personas que desearon ser parte del estudio, pudieran tomar una decisión voluntaria, libre e informada sobre su participación (Anexo 1).

Desistimiento

En caso de que un paciente quisiera desistir de su participación en este proyecto, se encontraba disponible el documento “Revocación del Consentimiento Informado”. Además, podía decidir si aceptaba o no que los datos y muestras ya adquiridos sean conservados y usados, según los propósitos de la investigación.

Resguardo de la confidencialidad

Para asegurar la confidencialidad de cada persona que haya decidido participar del estudio, se utilizaron códigos numéricos especiales de identificación, los que sólo eran conocidos por los investigadores (GR, AH, MR psicólogos) que realizaron las entrevistas.

Compromiso de confidencialidad entrevistadores y analistas

Los entrevistadores y analistas firmaron en el Consentimiento Informado del participante, su compromiso de confidencialidad y de no divulgación de los datos obtenidos.

Manejo y almacenamiento de la información

Los registros de los audios y transcripciones de las entrevistas fueron guardados con los códigos anteriormente mencionados en el disco duro de los computadores asignados al proyecto. Estos documentos fueron grabados en archivos digitales

que requerían de una clave de acceso, la que sólo estaba en conocimiento de los investigadores del proyecto.

Autorizaciones institucionales requeridas

El proyecto FONIS fue aprobado por el Comité Ético Científico Hospital Clínico de la Universidad de Chile (Anexo 2).

3.5 Entrevista

Taylor (1992) define la entrevista en profundidad como los encuentros cara a cara entre el investigador y los informantes, encuentros dirigidos hacia la comprensión de las perspectivas que tienen los informantes respecto de sus vidas, experiencias o situaciones, tal como lo expresan en sus palabras. Es antes que todo, una conversación entre iguales. El mismo autor señala que la entrevista en profundidad es adecuada para distintas situaciones, una de las cuales es cuando el investigador quiere esclarecer una experiencia humana subjetiva, es decir, conocer íntimamente a las personas, ver el mundo a través de sus ojos e introducirnos en sus experiencias. Además, puede utilizarse un guion de la entrevista para asegurarse de que los temas claves sean explorados, sin ser éste un protocolo estructurado ni constituir preguntas específicas. De acuerdo a lo anterior es que la entrevista en profundidad se ajustó adecuadamente a los intereses y objetivos de la presente investigación.

La sesión de entrevista fue realizada a través de una videollamada con el voluntario debido al contexto de pandemia a nivel mundial. La sesión se programó en forma anticipada, acordando día y hora. Nadie más que el entrevistador y el entrevistado debían encontrarse en el lugar de la entrevista.

Cada entrevista fue desarrollada en 4 fases: apertura, orientación, conversación, conclusión y término.

En la fase de apertura el entrevistador introdujo el tema de la investigación. Se abrió el diálogo con temas cotidianos tratando de generar una atmósfera de

confianza (tales como; “Quién lo invitó al estudio” “Cómo se ha encontrado en el último tiempo”, etc.) y luego se realizó una introducción a la entrevista.

En la fase de orientación se entregó un punto de vista general y se iniciaron las primeras aproximaciones al tema.

En la fase de conversación se ofreció responder dudas, se estimuló el habla libre prestando atención a la comunicación verbal como a las emociones que expresó el entrevistado. Se hicieron preguntas descriptivas, estructurales y de contraste. La conclusión y término de la entrevista se realizó utilizando el recurso del resumen de lo conversado y se dio la oportunidad al entrevistado de que hiciera unas últimas preguntas y cerrar temas.

Por último, se agradeció la participación del voluntario y se le informó la posibilidad de otra entrevista si fuera necesario por razones metodológicas.

3.6 Procedimiento

Las entrevistas en profundidad fueron realizadas por los miembros del equipo de investigación del proyecto FONIS SA20I0049, quienes son todos académicos de la Facultad de Odontología de la Universidad de Chile. Además de ser psicólogos, los entrevistadores tienen formación en metodología cualitativa y tienen experiencia previa en otro proyecto FONIS adjudicado antes donde también realizaron entrevistas. Para este proyecto, primero se realizó una entrevista a un informante clave, la cual fue analizada por los 3 entrevistadores. De ésta, se extrajo el guion de preguntas para las siguientes entrevistas y que finalmente fue piloteado por cada entrevistador por separado.

El acceso a los voluntarios participantes fue a través del servicio de atención clínica correspondiente en el cual está recibiendo tratamiento. El investigador responsable se contactó con el participante, quien explicó en qué consistía el estudio y procedió a realizar el proceso de consentimiento informado. Posteriormente se realizó la entrevista en profundidad (semiestructurada) con el objetivo de recoger las experiencias de personas que sufrieron trauma físico ocular por acción de violencia de agentes de Estado. La duración de esta

entrevista fue estimada en un rango de tiempo de 1,5 a 2 horas, la cual estuvo basada en la experiencia previa del proyecto FONIS adjudicado anteriormente y en la entrevista con el informante clave. Además, el guion se piloteó con estudiantes, lo que también entregó información respecto a cuál sería el tiempo de ejecución de las entrevistas. Éstas fueron registradas a través de la grabación de la sesión de videollamada realizada en la plataforma Zoom. Una vez registrada la entrevista, fue transcrita de acuerdo a un formato que permitiese la identificación de las respectivas intervenciones (entrevistador-entrevistado). El texto fue analizado por la alumna que escribe esta tesis con el objetivo de generar categorías con sus propiedades y dimensiones. Esto se realizó en primera instancia a través de la codificación abierta usando el Programa AtlasTi para luego dar paso a la codificación axial. Finalmente se realizó una codificación selectiva básica que dio origen a la experiencia central que caracterizó la experiencia en la atención en salud y la retraumatización en personas con TO, víctimas de violencia de agentes del Estado.

3.7 Plan de análisis

Este trabajo de investigación fue analizado en base a la Teoría Fundamentada (TF) como fue mencionado anteriormente. La TF busca generar teorías, proposiciones, hipótesis, entre otras, a partir de la obtención de información y posterior análisis de datos en la investigación y comprensión de la realidad social. Se usan distintas estrategias para generar esta teoría inductiva, en este caso se utilizará el muestreo teórico que fue definido anteriormente. Tiene como procedimiento fundamental para el análisis de los datos el método comparativo constante por medio del cual el investigador codifica y analiza los datos de manera simultánea para el desarrollo progresivo de ideas teóricas que tengan una estrecha correspondencia con los datos, mediante la puesta en escena de cuatro etapas: la comparación de incidentes aplicables a cada categoría, la integración de las categorías y sus propiedades, la delimitación de la teoría y la escritura de la teoría (Glaser y Strauss, 1967).

El proceso de análisis de datos en la Teoría Fundamentada se realiza en dos partes: la primera es descriptiva y la segunda es relacional.

La primera parte descriptiva, se realiza mediante un proceso de codificación abierta, es decir, se asignan etiquetas o códigos a segmentos de datos que permitan describir de la manera más fiel posible su contenido. Este tipo de codificación busca identificar en los datos los conceptos, así como sus propiedades y dimensiones. Las propiedades se refieren a las características o atributos de un código (por ejemplo, el tipo de respuesta emocional ante la noticia del diagnóstico de TO), mientras que las dimensiones hacen referencia a la localización de una propiedad (por ejemplo, rabia, miedo, tristeza, etc.) (Restrepo-Ochoa, 2013). Entonces, la codificación abierta permite encontrar temas en común (mismos códigos) dentro de todas las entrevistas que se analizarán en este proyecto de investigación.

La segunda parte se denomina relacional y se desarrolla mediante dos procesos de codificación: el primero se denomina “codificación axial” y el segundo “codificación selectiva”.

La codificación axial es el proceso de relacionar los códigos en categorías alrededor de un eje que las enlaza en cuanto a sus propiedades y dimensiones. Esta codificación permite pasar de la descripción de los datos a un nivel mayor de organización conceptual que da cuenta no solo del contenido de la categoría, sino de las relaciones entre el contenido y la estructura (Restrepo-Ochoa, 2013; Strauss & Corbin, 2002). En otras palabras, la codificación axial permite agrupar los distintos conceptos (códigos) encontrados en la codificación abierta según algún criterio elegido en categorías, y así ver cómo éstas interaccionan o se relacionan entre sí.

Por último, la codificación selectiva es un proceso en el cual todas las categorías emergentes se integran dentro de un esquema conceptual, en torno a una categoría central o nuclear. La categoría central tiene un importante poder analítico, dado que permite reunir las categorías para formar un todo explicativo al

tiempo que permite informar acerca de la variación entre las categorías (Restrepo-Ochoa, 2013; Strauss y Corbin, 2002). Esto quiere decir que la categoría central se relaciona con todas las categorías principales, permitiéndonos una máxima comprensión del fenómeno con el mínimo de conceptos, donde esta categoría central es el fenómeno investigado. El producto esperado de este proceso analítico es la creación de una Teoría Fundamentada en los datos de esta investigación (Restrepo-Ochoa, 2013; Strauss & Corbin, 2002).

3.8 Criterios de calidad (rigurosidad)

Los criterios de rigurosidad de esta investigación están enmarcados dentro de lo descrito por Lincoln y Guba (1985) para garantizar la calidad de un estudio cualitativo. Para eso, emplearon cuatro conceptos: credibilidad, transferibilidad, dependibilidad y confirmabilidad, que constituyen respectivamente a los términos convencionales de validez interna, validez externa, fiabilidad y objetividad (González, 2001).

La credibilidad consiste en que la interpretación de la información obtenida corresponde efectivamente al fenómeno estudiado y no es un sesgo del investigador. Para ello, se aseguró un tiempo adecuado para la entrevista, donde el entrevistado pudiera expresarse lo más libremente posible. La triangulación de la pertinencia de los códigos de la codificación abierta, las categorías de la codificación axial y selectiva se realizó con los investigadores del proyecto FONIS (GR, AH, MR psicólogos).

La transferibilidad corresponde a la aplicabilidad de los resultados del estudio a otras poblaciones en diferentes contextos. En este caso se trató de un contexto específico en Chile, pero puede proponerse un modelo de estudio similar que se adapte a contextos con condiciones similares.

En la dependibilidad, los datos fueron auditados externamente por los tutores de tesis, quienes tuvieron acceso a las transcripciones y a los análisis de datos que permitieron interpretar la información para llegar a los resultados obtenidos.

Por último, la confirmabilidad busca captar el mundo sin prejuicios, es decir, ser neutrales y que los resultados puedan confirmarse en los datos obtenidos de las transcripciones. En este caso se volvió a realizar una triangulación con los investigadores una vez escritos los resultados.

IV. RESULTADOS

A partir de la agrupación de los códigos extraídos de las transcripciones de las entrevistas, se obtuvieron las siguientes cuatro categorías (1) Desencadenantes físicos de retraumatización, (2) Desencadenantes psicológicos de retraumatización, (3) Actitudes y/o conductas que evitan la retraumatización y (4) Actitudes y/o conductas que favorecen la retraumatización. Cada una de estas categorías representa las distintas experiencias que pueden darse dentro de la atención en salud para personas que sufrieron trauma ocular víctimas de agentes del Estado en relación a la retraumatización. Estas categorías se interrelacionan entre sí dando lugar a la categoría central denominada “Retraumatización en la atención en salud”. Por lo tanto, ésta permite visualizar cuáles son las experiencias que la desencadenan, las vivencias de cada persona y qué factores podrían propiciarla o prevenirla.

Para el primer objetivo específico planteado “Indagar sobre la percepción frente al fenómeno de la retraumatización en la atención en salud, en personas con trauma ocular, víctimas de violencia de agentes del estado, durante el estallido social en Chile”, y para el segundo objetivo específico “Reconocer la percepción de desencadenantes de retraumatización dentro de la atención en salud, en personas con trauma ocular, víctimas de violencia de agentes del Estado, durante el estallido social en Chile”, se identificaron las siguientes categorías que ya habían sido mencionadas anteriormente: (1) Desencadenantes físicos de retraumatización y (2) Desencadenantes psicológicos de retraumatización.

Dentro de la atención en salud, el paciente debe pasar por varios procesos desde que ingresa a la atención de urgencias hasta que llega a la etapa de rehabilitación protésica. Es durante este proceso donde se detectaron dos tipos de

desencadenantes de retraumatización de tipo físicos y psicológicos, que a su vez, permiten describir las vivencias de retraumatización de cada persona individualmente.

4.1 Desencadenantes físicos de retraumatización

Los desencadenantes físicos se relacionan con dos etapas de la atención en salud: una es la confección protésica y la otra son las múltiples cirugías a las que debieron someterse los pacientes. Esto debido a que se realizaron procedimientos y/o intervenciones directamente sobre su cuerpo, provocando una respuesta psicológica como la sensación de desesperanza o una sensación displacentera igual o similar a la que sintieron en el instante que sufrieron el TO, gatillando una vivencia de retraumatización de tipo físico. Ambos casos ocurrieron dentro de la atención en salud pública y/o privada (Figura 1).

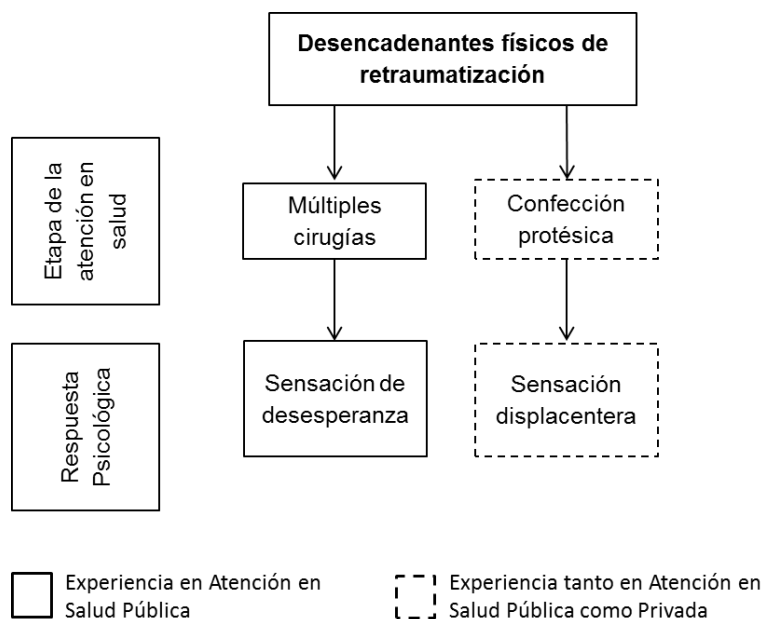


Figura 1. Desencadenantes físicos de retraumatización. La presencia de desencadenantes físicos en alguna etapa de la atención en salud genera diferentes respuestas psicológicas.

En una primera instancia, los pacientes se veían retraumatizados debido a las múltiples cirugías a las que debían someterse por la dificultad y daño causado por

el TO. Sin embargo, no todos los pacientes se vieron afectados de la misma manera, en otro entrevistado la reacción a la necesidad de nuevas intervenciones quirúrgicas, fue devastadora para él “(...) *llego a la UTO y me dicen que tengo que volver a operarme y fue como ¡¡ohhhh!! ... ¡Dios mío! ¿Cómo?, fue terrible, eso creo que fue lo más terrible de todo...*” **(Entrevista 10, 277-278)**. Después relata que no sólo debió someterse a una operación más, sino que a un par más y “(...) *me operaron y me sacaron por la nariz el balón y dije ya aquí estamos, pasa que resulta que pasan dos semanas y vuelvo a ir, o una semana para ver la cuestión del balón y me dicen ya te vamos a tener que operar ¿jde nuevo!?, sí, me dicen que tu ojo se achicó, el globo ocular redujo la forma, entonces te vamos a tener que eviscerar o enuclear y ahí vinieron mis dudas de nuevo, si lo pase súper mal (...)*” **(Entrevista 10, 318-322)**. Esto demuestra la sensación de desesperanza que sufrió el paciente, ya que él se encontraba preparado sólo para una operación y no para un mayor número, debido a que eso retrasaba su proceso de recuperación.

Posterior a la etapa de reconstrucción mediante cirugía, siguió el proceso rehabilitador protésico, donde los entrevistados se refirieron a lo retraumatizante que es vivir la confección protésica de acuerdo a la sensación displacentera que les causaba “(...) *pasó como de darme pánico de ir un poco porque como que sentía súper revictimizante como hacerme como los moldes (...)*” **(Entrevista 1, 831-832)**.

Esto se debe al proceso propiamente tal y no debido a que el protesista por su trato les cause retraumatización, como lo relatado por este paciente:

“Entrevistador: Ya en el fondo él te hizo recordar o sentir cuando tuviste el ataque, ¿cierto?”

Paciente: Sí, sí de alguna forma, pero como lo físico

Entrevistador: Lo físico, claro

Paciente: No por el trato de él...

Entrevistador: No, no, lo entiendo y es que aparte es una sensación súper interna que en el fondo la cera va como por dentro.” (Entrevista 1, 849-854).

Por otro lado, estos desencadenantes físicos generaron una vivencia de retraumatización dentro de la atención en salud y no sólo como un caso aislado de ésta, sino toda una experiencia que repercute en el bienestar del paciente y su proceso de rehabilitación integral. En el siguiente relato, el entrevistado expresa cómo lo vivió: *“Ehhh siento que la primera parte como somaticé psicológicamente me empezaba a sentir mal, tenía crisis de pánico y esas cosas, volvía a sentir esa cosa como de campana que te explicaba en un principio o el dolor de la cara y todo eso, entonces poner ahí como el embudo que te ponen y la que es igual como media tibia y se siente como... suscitaba esa sensación al tiro, de hecho las primeras veces como que no la podía controlar, fue como ohh me va a dar una crisis y esas sensaciones (...)” (Entrevista 1, 841-846).*

Por último, también se dieron casos de retraumatización en la atención en salud informal, donde personas que sólo con estudios técnicos como los ocularistas, quienes realizan prótesis oculares de vidrio, no adquieren las habilidades blandas como parte de su formación y sólo buscan vender su producto. Una paciente entrevistada que tenía los medios para acceder a este servicio relató: *“(...) entonces como que me sentí súper violentada por él, de no sentirme acogida, de que no hubiera tratado de hacer algo para que la prótesis quedará mejor o hacer otra y eso para mí fue como algo súper súper chocante y violento, y era como la escena que se me daba vuelta y ahí tuve que reprocesar con la psicóloga (...).” (Entrevista 6, 1013-1016).*

Entonces, es posible ver cómo confluye un desencadenante físico de la retraumatización y cómo ésta es experimentada por los pacientes dentro de la atención en salud, sobre todo al momento de la confección protésica, donde se gatillan diversas sensaciones displacenteras y que reviven la experiencia traumática del trauma ocular.

4.2 Desencadenantes psicológicos de retraumatización

Los desencadenantes psicológicos se relacionan con los eventos que sufrió el paciente dentro de alguna etapa de la atención en salud y que le causaron retraumatización. Hubo tres momentos específicos donde se identificaron estos desencadenantes: al llegar a la sala de espera post trauma ocular, luego durante el procedimiento clínico protésico y finalmente, cómo afecta el artefacto protésico en sí mismo una vez terminado el proceso de rehabilitación. Todos estos elementos desencadenan una respuesta psicológica en cada etapa como la invasividad por la presencia de Carabineros o la invisibilidad del “Trauma Ocular por Violencia de Agentes del Estado (TOVAE)” donde los pacientes no se sentían reconocidos como víctimas de un acto violento, ambas situaciones ocurridas dentro de la sala de espera, el sentimiento de marginación terapéutica de los pacientes durante la confección protésica y cómo el elemento protésico afecta la vida cotidiana de los pacientes (Figura 2).

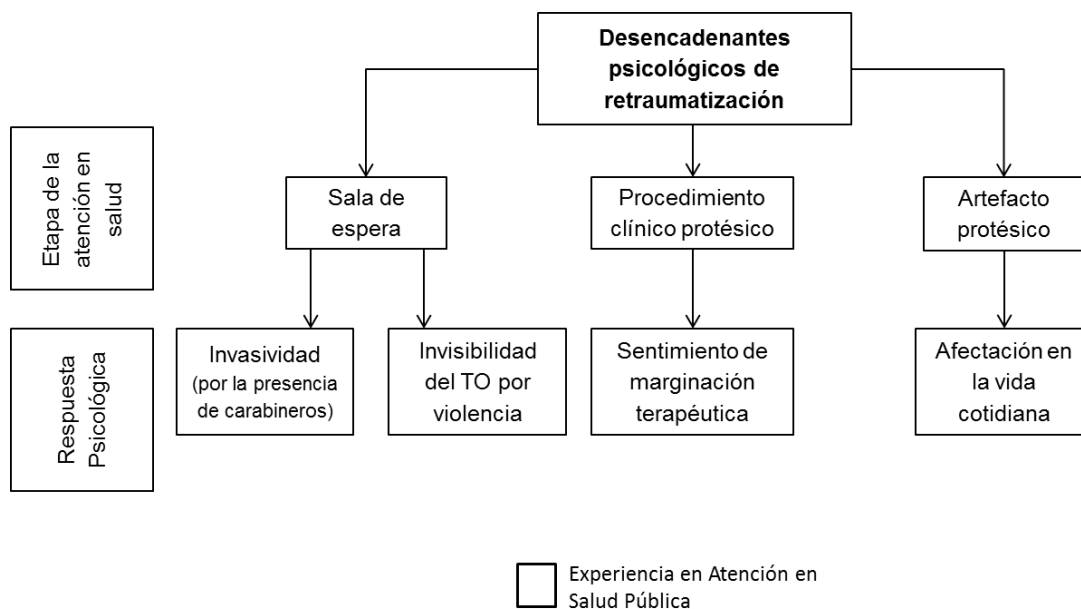


Figura 2. Desencadenantes psicológicos de retraumatización. La presencia de desencadenantes psicológicos en alguna etapa de la atención en salud genera diferentes respuestas psicológicas en el paciente.

Como se mencionó anteriormente, una persona puede verse revictimizada en cualquier momento de la atención en salud. En este caso se mencionó por parte de un paciente, que sintió retraumatización en la sala de espera, cuando esperaba atención de urgencias en el hospital. Esto se debió a la presencia de Carabineros, es decir, agentes de Estado resguardando a víctimas de TO dentro del hospital. Según lo relatado por el entrevistado, se debía a que Carabineros y la sociedad, no tenían conocimiento sobre los derechos humanos de la gente traumatizada.

“(...) llegabas al UTO y estaban los gendarmes con un preso en la camilla po con trauma ocular, mucho paco metido los primeros meses. Cuando yo empecé a ir a Santiago los primeros meses muchos pacos metidos, eh la gente no tenía el expertiz de los derechos humanos.” (Entrevista 4, 888-890).

Sumado a lo anterior, otro punto respecto a la sala de espera, fueron los diversos motivos de TO que se encontraban en ella. Esto debido a que no fueron causas accidentales o laborales las del trauma sufrido, sino que el Estado fue quién los dañó sin razón alguna, estos fueron los relatos de los pacientes: *“(...) porque a la UTO por ejemplo, no solamente llegábamos los traumas oculares, a la UTO llegan todos los traumas de trabajo, de la calle, de un atropello (...)” (Entrevista 4, 892-893).*

“(...) nosotros teníamos que compartir el espacio con esa gente que llegaba dañada de otra parte que no fuera estallido social, entonces todo eso era revictimizar a nosotros, porque decíamos chuta y nosotros tenemos que aguantar todo esto porque el Estado nos hizo esto, yo no lo tuve en un accidente de trabajo, a mí no me pegaron una puñalada en la cara, no sé po ¿Cachaí? Y tener que aguantar eso (...)” (Entrevista 4, 894-898).

Por otra parte, una de las entrevistadas relató que el hecho de no ser una parte activa al momento de la confección de la prótesis, es decir, poder dar su opinión sobre ésta, le causó retraumatización, ya que es algo que iba a ser para ella y que sólo ella sabía cómo era su ojo antes del trauma, donde relató *“(...) siento que si no hay ese proceso de... de hacerlo en conjunto o de retroalimentación eh es*

súper, ehhh no sé si violento pero es... es no sé pero ehhh como súper sentirme expectadora de algo que va a ser para mí y que yo conozco a mi ojo, yo sé cómo se veía mi cara antes del trauma ocular eso... eso siento que sí es revictimizante.”
(Entrevista 6, 1069-1072).

Ella se sintió excluida de un proceso que era importante, donde ella pudiera retroalimentar al protesista e ir en conjunto dándole vida a la prótesis.

“(...) yo quería ser muy parte del proceso de la prótesis de diciendo cómo sí mira me gusta esto o más así o menos así y no sé qué porque siento que si es una prótesis para mí tengo que poder ser parte de esas decisiones, de decir cómo quiero que sea, más clara, más oscura, más grande, más chica, no sé, pero él como que todo el rato que decía cómo no... no... no yo lo veo y yo así como ¡pero déjame mirarme al espejo quiero ver cómo se está viendo si es para mí (...)”
(Entrevista 6, 1054-1058).

Además de sentir que al no poder dar su opinión le causaba retraumatización, también el hecho de no poder probarse la prótesis e ir viéndose en el espejo para saber si realmente estaba de acuerdo en cómo estaba quedando, la revictimizaba como lo relatado a continuación: *“(...) como que tampoco me deja mirarme, como que no me dejaba mirar mucho el espejo, que a mí me gustaba eso de mirarme pa poder decirle: sí voy bien o no (...)”* **(Entrevista 6, 1062-1064).**

Finalmente, para una de las pacientes el uso de la prótesis propiamente tal, es una forma de retraumatización debido a que le recuerda constantemente el trauma, ya que le quitaron algo que le gustaba mucho de ella misma y era una forma de comunicación. No se siente cómoda usándola en espacios sociales, siente presión para evitar acciones que denoten la pérdida ocular, además que no siente el artefacto protésico como algo propio de su cuerpo. Las siguientes citas demuestran el sentir de la paciente:

“(...) más que afectar mi autoestima, me ha afectado como con el tema de estar todo el rato presionada porque es como un poco lo que decía antes, de que siento que todo el rato estoy consciente de que me falta un ojo y de cómo me tengo que

mover y de qué cosas tengo que hacer para evitar que se note (...)” (Entrevista 6, 917-920).

“(...) es como tratar de sentirme tranquila con algo que no me pertenece, también porque eh hh si yo me miro al espejo y este es mi pelo, esta es mi piel, esta es mi nariz, esta es mi boca, mis cosas, pero esta prótesis no es mía es como un maquillaje (...)” (Entrevista 6, 966-970).

También la falta de información sobre la misma prótesis le causó una gran retraumatización a esta paciente, ya que no es algo que uno se pone y no vuelve a mantenerlo nunca más:

“Porque yo pensaba que me iba a olvidar del tema que me iba a poner un implante, que se iba a ver igual que mi ojo, iba a vivir mi vida normal como la vivía antes sólo que iba ver menos, como que esa, ese era mi pensamiento, yo tenía esa expectativa eh hh pero no po, sino que había que estar cambiando la prótesis, que se confecciona, es un proceso constante, entonces yo creo que eso me hizo a mí consciente de que era un problema para toda la vida, de que yo iba a tener que estar siempre preocupada de eso, porque hay que hacer prótesis nuevas, porque hay que cambiarla, porque se limpia, entonces yo creo que eso fue lo chocante, como ver que efectivamente me iba a perjudicar para siempre como hasta el resto de mis días.” (Entrevista 6, 388-396).

Por último, para el tercer objetivo específico “Identificar la percepción sobre el rol del equipo de salud frente a la retraumatización, en personas con trauma ocular, víctimas de violencia de agentes del estado, durante el estallido social en Chile”, surgieron dos grandes categorías las cuales son: (3) Actitudes y/o conductas que evitan la retraumatización y (4) Actitudes y/o conductas que favorecen la retraumatización, según lo relatado por los entrevistados.

Durante la atención en salud, los pacientes con trauma ocular deben tener mucho contacto con distintas personas que componen el equipo de salud. Ellos son los encargados de devolver la salud y bienestar a las personas, pero muchas veces

esto no ocurre debido a actitudes y/o conductas que puedan tener y repercutir en los pacientes, causándoles retraumatización.

4.3 Actitudes y/o conductas que evitan la retraumatización

Las experiencias positivas relacionadas al rol del equipo de salud que evitan la retraumatización mediante actitudes y/o conductas favorables, se dieron dentro de la atención pública y privada. Las que se encontraron en la atención en salud pública provinieron de la atención integral brindada por el equipo de salud, del apoyo emocional e instrumental de los profesionales, y de la alianza terapéutica lograda entre el paciente y el protesista. La que se encontró en atención en salud privada se debió a la comunicación asertiva por parte del profesional que atendió al paciente. Por último, la contención emocional otorgada por los psicólogos y la calidad del procedimiento del oftalmólogo encontrados tanto en atención pública como privada (Figura 3).

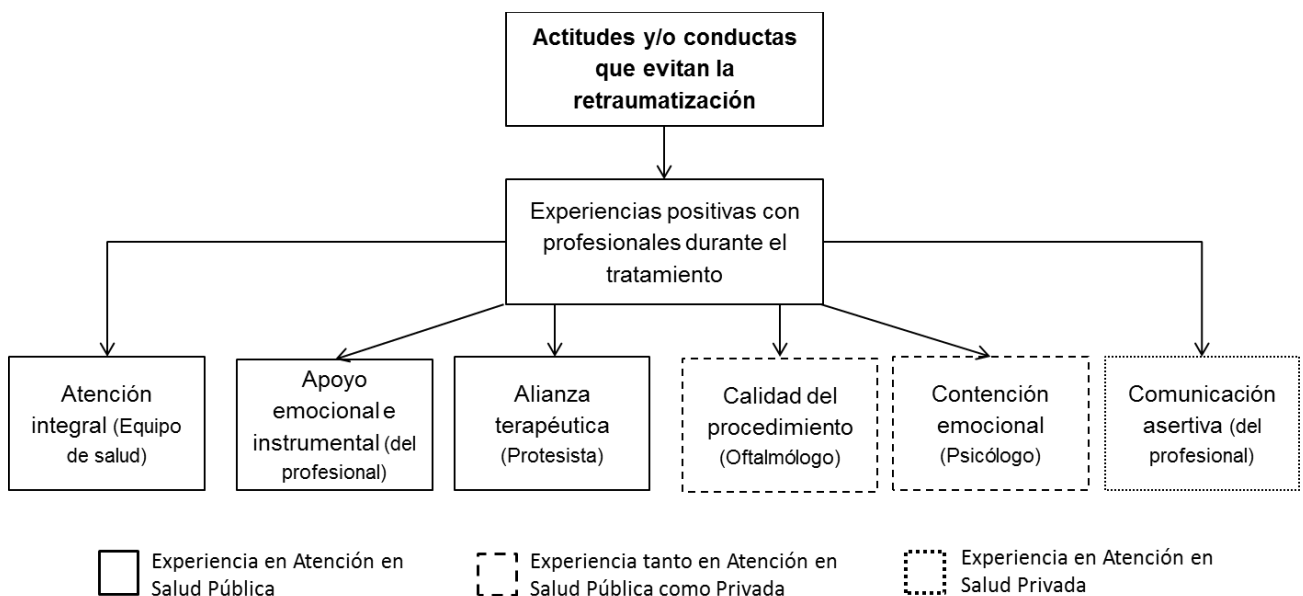


Figura 3. Actitudes y/o conductas que evitan la retraumatización. Dentro de ellas se encuentran las experiencias positivas con los profesionales durante el tratamiento donde se describen seis vivencias diferentes.

Respecto a la experiencia dentro de la atención en salud pública tenemos al equipo de salud, quienes según los entrevistados, los atendieron adecuadamente

y se sintieron cómodos con la atención como lo relatado a continuación: *“Nunca hubo problema, discriminación nada de los doctores, los enfermeros, la misma gente que estaba ahí, así como hospitalizada al lado mío, fue todo igual agradable o sea estaba chato no quería estar ahí pero igual la gente fue súper agradable.”* **(Entrevista 9, 177-179)**. Otro paciente relató: *“Yo quedé conforme, sí, sí me tocaron buenos profesionales.”* **(Entrevista 11, 716)**.

Independiente de lo traumática de la situación y de todo el proceso que hay que llevar a cabo para poder llegar a la rehabilitación integral, al consultar a uno de los entrevistados por alguna sugerencia sobre el tratamiento o los procedimientos realizados por el equipo en general, éste respondió: *“Eh... no, ninguna, ninguna sugerencia, felicitaciones, no, no, me he sentido bien, me he sentido a gusto, no es que diga yo ¡chuta ya tengo que ir para allá! Voy a ir para allá y voy a toparme con tal y tal doctor, no, ha sido agradable, buenas personas.”* **(Entrevista 10, 725-727)**.

Otro punto a favor del personal que integra al equipo de salud, es la capacidad de explicarle al paciente según su nivel de conocimiento respecto al tema y no de manera general, como lo comentado por esta entrevistada: *“Y con el resto de los profesionales también ha habido buena experiencia y he estado con terapia ocupacional, fue buena, con la tecnóloga también porque a la tecnóloga la encontré muy seca porque también me ha explicado así las cosas súper técnica y me habla, como sabe que soy enfermera, me explican y a mí me gusta eso como para entender qué es lo que me está pasando, porque obviamente yo no me manejo como en esos temas.”* **(Entrevista 6, 1096-1100)**

No hay que olvidar la importancia de aconsejar al paciente y que éste sea derivado a todas las especialidades necesarias para lograr una adecuada recuperación, así lo dejaron en claro estos pacientes: *“(...) como que yo sentía como que ya no tengo globo, ¿qué se hace con las personas que no tienen globo? ¿qué necesito hacer?, y me mandaron con muchas horas médicas de Oftalmología, en Psiquiatría, en Psicología como que iba diciendo que sí a todo, a todo, a todo, a todo, a todo.”* **(Entrevista 1, 297-300)**. *“(...) yo quedé con*

protesista, con terapeuta ocupacional, con psicólogo, con asistente social y con eh la chica que ayuda en los lentes, no recuerdo como se llama ella, la profesión de ella.” (Entrevista 4, 586-588).

En cuanto al apoyo del personal en salud que también se dio dentro de la atención en salud pública, los pacientes se sintieron agradecidos por ello, por un lado hubo apoyo emocional donde se refirieron a: “(...) bueno el protesista es como la persona como que más me ha apañado (acompañado) (...)” (Entrevista 1, 830). “(...) hasta ya a estar muy habituado como poder conversar con él de su vida, de cómo las cosas del contexto social actual pandémico y cosas que creo que la terapia que más he disfrutado últimamente como que ha sido el protesista (...)” (Entrevista 1, 832-835).

Para otro entrevistado fue muy importante el apoyo emocional otorgado por la psicóloga que lo atendió en una primera instancia post trauma ocular, debido a que lo acompañó durante el tiempo que estuvo hospitalizado. A continuación se presenta lo relatado por el paciente:

“Entrevistador: ¿En qué sentido, te tranquilizó, te hizo como que pudieras expresar emociones, te dio alguna idea de cómo seguir adelante, qué es lo que consideraste mejor de la atención?”

Paciente: Eh como que no sé, como que me ayudó a reconocer las emociones que tenía en ese momento.” (Entrevista 9, 271-275).

A pesar de que no es deber de un paramédico quedarse con un paciente posterior a que éste ingresa a la atención de urgencias, hubo uno que decidió acompañar y ayudar al paciente durante ese tiempo debido a las circunstancias en las que ocurrieron los hechos, brindando apoyo de tipo instrumental: “(...) me bañan un poco con el paramédico, que en realidad, se portó un siete eh eh nunca me dejó desde que me bajó la ambulancia (...)” (Entrevista 4, 318-319).

El protesista también ha sido un pilar para muchos pacientes dentro de la atención en salud pública, ya que ha logrado formar alianza terapéutica con ellos. Por

ejemplo, como fue mencionado anteriormente, donde el paciente se sentía apoyado por él hasta poder abrirse y conversar cosas de la vida cotidiana. También la importancia de ir mostrándole el paso a paso del proceso rehabilitador al paciente y en conjunto poder conseguir una prótesis ocular, donde el paciente relató que se encontraba feliz por ello: *“Cuando me empecé a hacer la prótesis igual iba contento po, el doctor me mostraba cómo iba a quedar y todo y ahí, paso a paso, cada sesión que iba igual como que me ponía más contento, porque yo antes de la prótesis no tenía nada po, tenía blanco adentro.”* (Entrevista 11, 636-639). Incluso a ese mismo paciente al ser preguntado por cómo se sentía durante la atención que requería manipulación de la zona, relató: *“(…) por ser el doctor XY igual me sentía bien cómodo, porque él era como no sé, bien sociable, era amigable.”* (Entrevista 11, 648-649).

Para otro paciente, la relación con el protesista fue muy buena, se encuentra tan agradecido con él y con el equipo de salud, que por lo mismo accedió a participar de esta investigación, según lo dijo el paciente: *“(…) esto se hizo a través de XY eh que nos puso en contacto, entonces yo accedí al tiro (de inmediato), siento que me ha ayudado bastante, ha sido buena persona, buen trato, entonces a penas me lo propuso yo dije que sí.”* (Entrevista 10, 702-705).

Además, se ha preocupado de que el paciente esté conforme con la prótesis, incluso cuando han habido cambios físicos de los tejidos circundantes que también fueron afectados con el trauma, realizando nuevas prótesis, como lo referido en la siguiente cita: *“(…) tengo una hora nuevamente con el protesista porque él va a pulir mi prótesis ¡Ah! La va a pulir, pero están ya fabricando una nueva porque a mí se me cayó el parpado, entonces quiere ver que, si con la pulida y luego a lo mejor unos retoques levanta y si no hacer una nueva, así que nada totalmente agradecido de él, del equipo en sí, y que se la jugado siento yo, no sé o sea lo digo personalmente.”* (Entrevista 10, 718-722).

En relación a la calidad del procedimiento otorgado por el oftalmólogo y su trato con el paciente, se encuentran las experiencias que se dieron tanto en el sector público como privado.

En la atención pública, si bien en un principio el paciente no entendía la necesidad de realizarse una cirugía invasiva, la oftalmóloga supo comunicarse con él y tratar de realizar el procedimiento que fuera mejor para éste, así lo describió: *“En información, en la comunicación y además que ver que no me enucleó, que creo que hizo todo el esfuerzo para hacerme una evisceración porque si bien yo no quería enuclearme, yo quería una evisceración, no era que ella no quisiera, ella tenía que saber qué es lo que estaba pasando adentro, porque si bien una radiografía puede mostrar todo y el balín podría haber mucho porque es plomo, las partículas que libera, entonces eso po (...).”* (Entrevista 10, 372-376). Otro paciente entrevistado relató que la oftalmóloga del Hospital Salvador fue muy cariñosa en su trato con él y al ser consultado en cómo él sentía ese cariño respondió: *“Por la forma en que me atiende, que me revisaba, en todo sentido, cuando después salí de la recuperación me iba a ver a cada rato, que cómo estaba y todo.”* (Entrevista 11, 277-279). Y luego al ser preguntado sobre la revisión que la doctora le realizaba si era con cuidado o detención, éste relató: *“Sí po, ella sabía que es doloroso, si al otro día era un dolor insoportable el lado derecho de la cara, tenía todos los huesos quebrados por dentro.”* (Entrevista 11, 282-283). Donde todo el trato y procedimiento realizado por la especialista causó una buena sensación en el paciente:

“Entrevistador: Ya ¿Y tú te quedaste con una buena sensación de esa doctora entonces?”

Paciente: Sí, sí, con ella sí.” (Entrevista 11, 292-293).

En la atención privada, el oftalmólogo siempre entregó una atención eficiente, rápida, supo comunicarse de buena manera con la paciente y explicando todo acorde a los conocimientos médicos que ya tenía ella. También tratando de que los resultados estéticos fueran lo más acordes a cómo eran antes del traumatismo. A continuación se presentan algunas citas que lo demuestran:

“Llegó el oftalmólogo que me hizo como pruebas de luz y toda la cuestión y me dijo mira el pronóstico es malo porque yo no lograba ver nada, entonces me dijo

hay muy pocas probabilidades que tú puedas recuperar algo de vista y es muy probable también que termines perdiendo el ojo pero vamos a hacer todo lo posible para que eso no pase, te vamos a operar, vamos a solicitar el pabellón altiro y la idea sería operarte ya mañana o a lo más pasado mañana pero vamos a mandarlo con urgencia.” (Entrevista 6, 213-218).

“(...) como él sabe que yo soy enfermera, me explica las cosas y me habla como de procesos así más fisiológicos, más fisiopatológicos y yo entiendo mejor y a mí eso me gusta, así que en ese aspecto ha sido bueno.” (Entrevista 6, 1089-1092).

“(...) con el oftalmólogo de la clínica en verdad yo he tenido muy buena experiencia, el oftalmólogo siempre me explicó todo eh hh lo único que es como súper obsesionado con la parte estética entonces porque es ¿cómo se llama? Óculoplasta, él se dedica como a la plasticidad del ojo, entonces como que siempre está súper así exigente con él (...)” (Entrevista 6, 1080-1084).

Sumado a lo anterior, la experiencia de otro paciente fue similar, ya que se refirió a que recibió un buen trato por parte del oftalmólogo: *“Amable, amable, amable de la forma que me atendió y todo, me revisó.” (Entrevista 11, 218).*

En cuanto a la contención emocional brindada por los psicólogos, también se encuentran experiencias positivas tanto en el sector público como privado.

Los psicólogos en la atención pública por su parte, si no fuera por su disposición de ayudar a los pacientes durante la terapia y realizarlas a tiempo, no habrían logrado disminuir los sentimientos negativos de los pacientes, como lo relatado por uno de ellos: *“Eh en ese momento estar con alguien, una psicóloga, sí porque estaba todo pasando en ese minuto y yo estuve consciente todo el tiempo.” (Entrevista 9, 266-267).* Otro entrevistado se refirió a la necesidad de tener terapia psicológica tempranamente: *“(...) sabes que creo que yo tuve psicóloga muy a tiempo, porque si no estaría mal, yo tuve doce sesiones con la psicóloga, las tuve muy a tiempo o sea recién salida del hospital, cuando tenía una ira tremenda contra los pacos (...)” (Entrevista 4, 686-688).*

Si bien los psicólogos dentro de la atención en salud privada tienen un mayor costo de sus citas médicas, es necesario que el paciente esté cómodo y se sienta en confianza con el profesional como lo mencionado a continuación: *“Porque a mí igual me costó caleta (mucho) encontrar un psicólogo como que yo encontrara que me gusta, me siento bien, generalmente eso hay que pagarlo (...).”* (Entrevista 9, 879-880). Sin olvidar también, la necesidad de ir a un psicólogo especialista que oriente de mejor manera al paciente, sobre todo si uno no especializado no tiene las herramientas adecuadas para ayudarlo, como lo relató el siguiente paciente: *“(...) ahí fui con una psiquiatra y me dijo que efectivamente tenía la pinta de ser estrés post traumático, me dio licencia, me dejó con medicamentos y después de eso fui a ver a la psicóloga del hospital y ella me dijo sí, como que tiene toda la pinta de ser esto, te voy a derivar una psicóloga que es especialista en este post traumático y todo, y ahí me cambié de psicóloga.”* (Entrevista 6, 408-412).

Finalmente, el último punto de esta categoría que sólo se encontró en salud privada fue la comunicación asertiva del profesional. Si bien es difícil entregar una mala noticia debido a cómo se lo va a tomar el paciente y cuáles son las habilidades blandas del profesional, en este contexto hubo un paciente que a pesar de la situación en la que se encontraba, relató cómo el doctor pudo adecuarse al contexto y expresarse de una buena manera.

“Entrevistador: Ya perfecto oye pero la forma, como fue el trato que él te dio ¿Cómo sientes que fue el trato que él te dio? ¿Cómo sentiste eso?”

Paciente: Yo creo que fue bueno, tampoco me acuerdo mucho pero siento que fue la información apropiada, de la forma apropiada, que me explicó las cosas, eso para mí era fundamental.” (Entrevista 6, 235-238).

Además que fue directo, desde un principio le dijo que el pronóstico era malo debido a la imposibilidad de ver por éste: *“(...) me dijo mira el pronóstico es malo, porque yo no lograba ver nada entonces me dijo: hay muy pocas probabilidades que tú puedas recuperar algo de vista y es muy probable también que termines perdiendo el ojo (...).”* (Entrevista 6, 214-216). Algo similar ocurrió con otro

paciente al ser consultado por la forma en que se expresó el especialista: “Nooo, está bien, está bien po, si hay que ser directo po, para que andar escondiendo cosas, si no tenía solución, está bien la forma, pero me lo dijo sinceramente po.” (Entrevista 11, 212-213).

4.4 Actitudes y/o conductas que favorecen la retraumatización

Dentro de las experiencias negativas con los profesionales que pueden propiciar la retraumatización durante el tratamiento se encuentran varias subcategorías, y al igual que en la categoría anterior, también se enmarcan dentro de la atención en salud pública como la falta de rehabilitación integral, falta de alianza terapéutica, el trato impersonal del oftalmólogo y la incomprensión de la experiencia por parte del psicólogo; en la atención en salud privada se encuentra la agresividad en el trato del ocularista y por último, falta de empatía del profesional que se da tanto en la atención pública como privada (Figura 4).



Figura 4. Actitudes y/o conductas que favorecen la retraumatización. Dentro de ellas se encuentran las experiencias negativas con los profesionales durante el tratamiento donde se describen seis vivencias distintas.

Como fue mencionado, se puede observar la falta de rehabilitación integral indicada por una paciente, pero a lo que realmente se refiere, es que no hay contacto entre profesionales. Ellos realizan el tratamiento de su especialidad y no vuelven a tener contacto con el paciente:

“Entrevistador: ¿Por eso no es integral? Porque no hay una conexión como tú dices entre los profesionales y oftalmólogos te dan de alta hace mucho tiempo.

Paciente: Te operan y te dan de alta, uno tiene que...” (Entrevista 4, 601-603)

Esa percepción podría causar retraumatización en la paciente, esto ya que al no haber continuidad ni comunicación entre profesionales, podría generar la necesidad de contar una y otra vez los acontecimientos del trauma ocular, y cómo se ha ido llevando a cabo el tratamiento.

También se mencionó la falta de alianza terapéutica entre el paciente y el profesional que trabaja en la atención pública, sobre todo de parte de los oftalmólogos, donde la paciente relató: *“(...) yo opero y no veo a más pacientes tengo un...así me lo dice antes de la anestesia, yo opero y aquí el equipo va a ser su oftalmólogo, o ella o él (...)” (Entrevista 4, 389-390)*. Dentro de ese mismo contexto, el especialista le mencionó a la entrevistada: *“(...) yo tengo una forma de trabajar donde yo opero pero no veo a mis pacientes, entonces me sonó como raro porque el que te opera te va a ver al otro día, por último cómo amaneciste de lo que hizo, ver su trabajo (...)” (Entrevista 4, 393-395)*. Esto también demuestra la falta de empatía, donde el profesional ve al paciente como un número más de tratamientos y no como una persona que se puede ver afectada por su falta de cercanía y compromiso por el bienestar de ésta.

Ahora, al referirse concretamente al trato impersonal de los oftalmólogos que trabajan en la atención en salud pública, falta mayor compromiso con sus pacientes. Los entrevistados describieron esa atención como deficiente y negativa, donde hubo una falta de tacto y empatía por parte del profesional, donde más bien el paciente era un trámite, así lo relató una paciente en la siguiente cita: *“En el Hospital Salvador una pura vez vi a un oftalmólogo ahí*

y la experiencia fue penca porque ehhh fue porque me estaban haciendo como la evaluación para ingresar al programa y el oftalmólogo como que me pedía datos, llenaba papeles y nunca me miró, yo le decía dudas y nunca me las respondía, el tipo así como de lo único que se preocupó fue como de firmarme el papel y listo y ya toma, chao.” (Entrevista 6, 1092-1096).

De forma similar otro paciente describió su experiencia con el oftalmólogo: “(...) *Oftalmología creo que igual es mucho más distante, como que te puedo contar con mis dos manos las sesiones, como que han sido muy puntuales, ponte ahí, pon el hocico ahí y pim pim...(Inentendible)...como muy, como mucho más corto y preciso.” (Entrevista 1, 835-838).*

En cuanto a la incompreensión de la experiencia por parte de los psicólogos encontrados en la atención en salud pública, hubo pacientes que mencionaron que no eran los adecuados para estar trabajando con personas con este tipo de traumas psicosociales y que por lo tanto no eran de ayuda según sus necesidades, como lo mencionado en la siguiente cita: “(...) *llegó otra psicóloga que yo he escuchado puras malas experiencias con ella o sea no mala experiencia, pero como que todos los chiquillos dicen que se queda corta, como que no, no da para procesos tan complejos y tan traumáticos porque como que se queda sin saber qué decir (...)*” (Entrevista 6, 1105-1108). Por tanto, las aptitudes del profesional, donde no es capaz de ayudar y entregar una terapia eficiente al afectado, pudiera conducir a una retraumatización durante esas sesiones clínicas.

Sumado a lo anterior, es importante que el paciente sea orientado con respecto a todas sus opciones de tratamiento y que las derivaciones a otros especialistas sea comunicado, sobre todo para devolver la salud mental a los pacientes, donde uno de ellos mencionó que debiera ser tomada la urgencia en cada caso: “*Ehm, sí, o sea sí, no sólo apoyo psicológico, sino temas de salud mental, quizás lo que uno necesite urgente eh yo creo que igual en mi caso me faltó mucha orientación.*” (Entrevista 9, 889-890).

La falta de empatía del profesional fue un punto que se dio tanto en atención pública como privada. Esto en directa relación con la entrega de malas noticias y el diagnóstico y/o pronóstico de los casos de trauma ocular. En la primera atención nombrada, una de las pacientes menciona la falta de tacto del doctor que la atendió, ya que al revisarla éste se dejó llevar por sus emociones de forma poco profesional y en vez de dirigirse a ella, habló con el hijo, como lo relatado a continuación: “(...) *llega un doctor y....ahh me dice ohh horrible, encima mío y me dice horrible...horrible...no horrible. Nooo pero horrible así como muy...muchas palabra horrible...horrible...horrible yyy le dice a mi hijo ven (...)*” **(Entrevista 4, 281-283)**. Esa conducta lo que causa es más ansiedad y miedo en el paciente, quién debiera ser contenida en un momento así.

Además, hay una falta de empatía de parte del profesional ya que no le comunica en primera instancia a la paciente qué es lo que tiene directamente, sino que habla con el hijo de ésta. Luego ella es informada de su diagnóstico al momento de la cirugía, sin haber sido entregada esa información oportunamente, como debiese ser.

E: *XX ¿y el doctor te habla algo a ti directamente o...?*

P: *No, todo se lo comunica a mi hijo, pero yo lo escucho ahí.*” **(Entrevista 4, 311-312)**.

En la misma línea, otro paciente es informado sobre su diagnóstico posterior a la cirugía. Es decir, no hubo empatía por parte de los profesionales que entregaron atención a este paciente, no hubo comunicación oportuna de su diagnóstico y plan de tratamiento, por lo que despertar de una intervención quirúrgica y enterarse de que perdió su ojo, causa una gran retraumatización, todo esto citado a continuación: “(...) *salí de pabellón, me dijeron como chuta no po jajaja, perdiste el globo entero y ahí fue como que me fui un poco para dentro (...)*” **(Entrevista 1, 246-248)**.

Y no sólo es la falta de empatía con el paciente sino también con los familiares directos de ellos, quienes deben recibir la información de sus seres queridos. La

misma paciente anterior dijo: *“Cuando le dijeron a mi hijo, yo encontré terrible que el doctor le diga en la puerta así, tu mamá es pérdida total, lo encontré terrible o sea ningún tino porque podría haberle dicho mira chico tú eres el hijo, pero la mamá perdió el ojo, ella no va a volver nunca más a ver con ese órgano, ya no existe para ella ¡no sé po otra forma! Y eso lo encontré terrible.”* **(Entrevista 4, 376-379)**. Esa conducta poco empática del doctor, pudiera generar retraumatización en el paciente posteriormente.

Sin embargo, esta conducta también se encontró en la atención privada, donde si bien el entrevistado no creyó que fuese con mala intención, ese tipo de trato no debiera darse frente a un paciente que se encuentra vulnerable posterior a un hecho traumático ejercido por la violencia de agentes del Estado. Así lo expresó un entrevistado:

“Paciente: Sí, lo mismo ahí el doctor era un poco más bruto pero era como bruto para hablar no mal intencionado.”

Entrevistador: ¿En qué sentido era bruto XY?

Paciente: Eh como es que lo dijo así como me dijo como guacho, igual como que habló en confianza, me dijo loco estás cagado perdiste el ojo.” **(Entrevista 9, 209-213)**.

El doctor en ese caso no puede anticiparse a saber cómo será la reacción del paciente, por lo que debió haber actuado con más cautela y haber manejado de una mejor manera la entrega de malas noticias. Esa actitud podría haber retraumatizado al paciente sólo con la forma en que le dio el diagnóstico.

Por último, dentro de esta categoría, se encuentra la agresividad en el trato del técnico protésico (ocularista), que si bien no es parte del equipo de salud propiamente tal, una de las entrevistadas buscó rehabilitación en el área privada de atención en salud con él. Ella relató que al decirle que la prótesis no le había gustado, éste no actuó con empatía. Esto causó un trauma dentro de la atención en salud.

“(...) entonces yo estaba con la prótesis puesta y me estaba mirando en el espejo decidiéndome si es que me gustaba o no, si es que la iba a usar igual o no aunque no fuera lo que yo quería y el alemán se me acerca con, tiene una cuestión pa sacar las prótesis que es como una cosa que uno aprieta y que es como sopapo, una cosa así y entonces se me acerca y sin decirme nada mientras yo me estaba haciendo esto, se me acercó con la cuestión a la cara y yo así pero como pero qué onda y me dice no, es que si no la quieres, no te la llevas pero tienes que pagar la consulta (...)” (Entrevista 6, 997-1003).

“(...) entonces como que me sentí súper violentada por él, de... de no sentirme acogida, de que no hubiera tratado de hacer algo para que la prótesis quedaría mejor o hacer otra y eso pa mí fue como algo súper súper chocante y violento, era como la escena que se me daba vuelta y ahí tuve que reprocesar con la psicóloga (...)” (Entrevista 6, 1013-1016).

Existió un trato sumamente revictimizante por parte del ocularista, donde deja en evidencia que sólo busca la ganancia monetaria y no complacer y devolver el bienestar al paciente según sus necesidades mediante la prótesis ocular, esto al ser mencionado que ella no estaba conforme con la que se le estaba entregando. Aquello fue mencionado en la siguiente cita: *“(...) como la autocrítica de decir ¡Ah sí verdad, la prótesis no quedó como tiene que quedar! Te podemos hacer otra porque esa es la respuesta que yo me espero como profesional que se supone que es de la salud, como hagamos otra que sí te quede bien y todo, y no decirme y no preocuparse de la plata y decirme como ¡Ah pero tenía que pagar la consulta igual si no te gusta y no te la llevái!” (Entrevista 6, 1009-1013).*

4.5 Modelo selectivo: Retraumatización en la atención en salud

El modelo selectivo que logra resumir e integrar todas las categorías encontradas dentro de las experiencias de los pacientes con TO, confluyen en la categoría central “Retraumatización en la atención en salud”, lo que da cuenta de la existencia de este fenómeno durante todo el proceso dentro de la atención en salud, desde que el paciente ingresa a la sala de urgencias hasta que termina su rehabilitación protésica e integral.

El modelo se compone por los desencadenantes tanto físicos como psicológicos que pueden combinarse entre sí o gatillar la retraumatización cada uno por sí solo. Además, dentro de los desencadenantes físicos encontramos la sensación corporal que nos lleva a la comprensión de las vivencias de retraumatización de cada paciente en particular. Por otro lado, tenemos las conductas y/o actitudes del personal en salud que favorecen o evitan la retraumatización dentro de la atención tanto en salud pública como en salud privada (Figura 5).

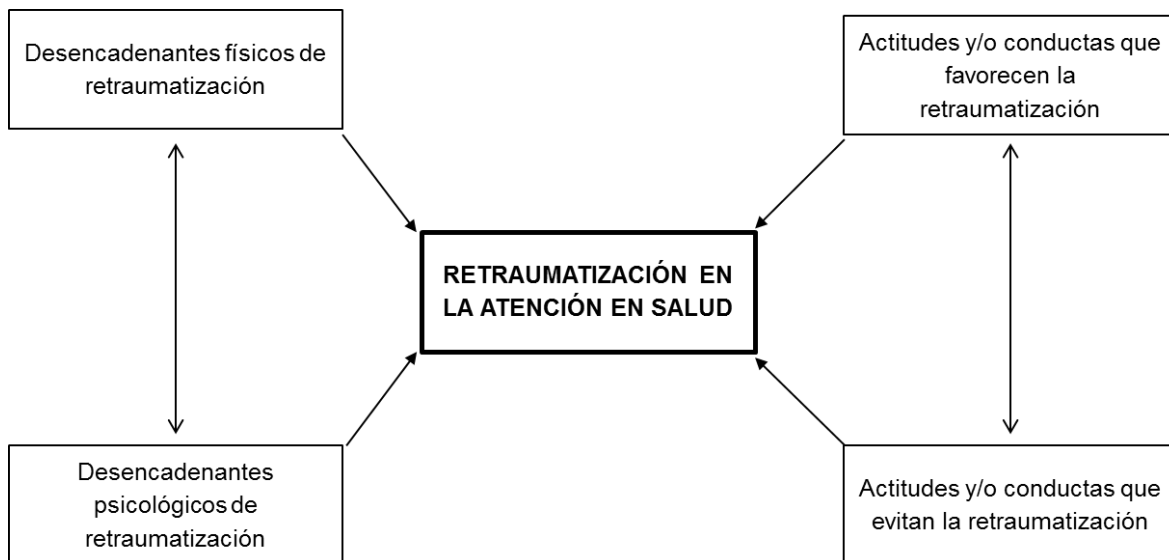


Figura 5. Modelo selectivo: Retraumatización en la atención en salud. Los desencadenantes pueden ser físicos y/o psicológicos y conllevar a la retraumatización. Las actitudes y/o conductas pueden favorecer o evitar la retraumatización en la atención en salud.

La retraumatización dentro de la atención en salud se da por distintos factores y todos los que fueron descritos son originados por la experiencia de los pacientes dentro de ésta, y no necesariamente por algo asociado a él.

Las vivencias de retraumatización se asocian directamente con los desencadenantes, ya que sin estos, no podría generarse la revictimización en el paciente. Es ahí donde radica la importancia del profesional de ser consciente de cómo cada procedimiento pudiera afectar al paciente, cada instancia en que éste comparte espacios con otros e incluso, cómo va a sobrellevar el uso de una

prótesis ocular de por vida. El impacto que genera la pérdida de un órgano esencial para el desempeño diario, que para muchas personas es distintivo en ellos, parte de su personalidad. Muchas veces el personal de la salud sólo se remite a solucionar el motivo de consulta del afectado y no ve más allá en cómo cada sesión podría estar generándole un trauma mayor. Por lo tanto, es responsabilidad del equipo de salud saber manejar cada situación de la mejor forma posible, donde pueda identificar los momentos que desestabilizan al paciente para en una próxima sesión tratar de evitarla o darle herramientas para enfrentarla.

Las actitudes y/o conductas que puedan tener los profesionales sin duda pueden causar efectos en el paciente. Por un lado, tenemos malas actitudes o falta de profesionalismo que conducen a una mala experiencia dentro de la atención en salud y que pueda causar revictimización en el afectado. Esto se vio reflejado en personas que no estuvieron conformes con la atención brindada por la falta de empatía del profesional, siendo esto lo que causaba más retraumatización debido a la forma en que comunicaban el diagnóstico a pacientes y familiares o la nula o tardía comunicación de éste.

Por otro lado, puede causar una buena experiencia dentro de la atención en salud la actitud, conducta o incluso las ganas de apoyar al paciente por parte del equipo de salud. La mayoría de los entrevistados se sintieron muy a gusto y cómodos durante el tratamiento con el protesista, ya que éste pudo redirigir los sentimientos gatillados por el proceso de confección protésica, que en un principio causaron revictimización en el paciente, pero que luego de explicar el proceso y lograr una conexión con éste, todo fluyó de mejor manera. También cabe recalcar la importancia de la comunicación asertiva al momento de entregar una mala noticia, en este caso el diagnóstico de la pérdida ocular, que como se relató anteriormente es la principal causa de retraumatización.

V. DISCUSIÓN

Actualmente no hay datos publicados sobre cómo la atención en salud recibida por trauma ocular, producto de la violencia ejercida por agentes de Estado, se relaciona con la retraumatización de los pacientes.

Dentro de este trabajo de investigación se realizó un estudio de tipo cualitativo, exploratorio, a través de entrevistas en profundidad que buscaba la exploración de experiencias relacionadas a la reacción psicológica frente a TO producto de la violencia de agentes de Estado. A partir de aquellas entrevistas se pudo extraer variada información acerca de diversos temas, dentro de ellos sobre la percepción del fenómeno de retraumatización propiamente tal, la percepción de desencadenantes físicos y psicológicos de retraumatización, y por último, la percepción sobre conductas y/o actitudes del equipo de salud frente a la retraumatización, es decir, cómo pueden favorecerla o evitarla; todas ellas enmarcadas dentro de la atención en salud.

La percepción del fenómeno de retraumatización fue un hecho transversal que se dio desde la sala de espera hasta que el paciente obtuvo la prótesis ocular posterior al proceso de rehabilitación. Además se puede dar tanto en la atención pública como en la privada. No fue igual para todos los pacientes entrevistados, algunos experimentaron retraumatización en ciertos momentos específicamente y otros en etapas distintas de la atención en salud. Por un lado, hubo desencadenantes específicos de retraumatización como también conductas y/o actitudes del personal de salud que la favorecieron. Sin embargo, también hubo experiencias positivas con los profesionales que gracias a su correcto actuar la evitaron.

Los desencadenantes de retraumatización fueron tanto físicos como psicológicos. En una revisión sistemática cualitativa sobre la exploración de las experiencias de retraumatización en la atención en salud, de sobrevivientes de tortura, se describió que existen distintos gatillantes los cuales son: el equipamiento médico, el tiempo de espera, consultas de corta duración y estímulos táctiles (Schippert y cols., 2021). Los gatillantes sensoriales pueden causar angustia ya que pueden

asemejarse al estímulo que estuvo presente al momento de la tortura (Schippert y cols., 2021). Esto coincide con lo que fue descrito en el actual trabajo como por ejemplo la toma de impresión ocular, el tipo de rehabilitación y los distintos motivos de trauma ocular juntos en la misma sala de espera. Lo mismo ocurrió a una de las entrevistadas de este estudio al describir la sensación que le causaba la toma de molde, donde somatizaba psicológicamente, se empezaba a sentir mal, con crisis de pánico y sentía dolor en la cara. Esta misma sensación fue descrita en la revisión sistemática de Schippert y cols. (2021), donde los estímulos encontrados en el ambiente de tratamiento pueden involucrar cualquier tipo de sensación corporal como imágenes, sonidos y olores. También pueden generar reacciones físicas como náuseas, vómitos, temblores (Schippert y cols., 2021), por lo que todos estos desencadenantes pueden generar un distrés en los pacientes y causar retraumatización dentro de la atención en salud.

Dentro de la misma revisión sistemática, se analizaron las conductas y/o actitudes que evitaban la retraumatización o bien la favorecían dentro de la atención en salud, dando como resultado experiencias positivas y negativas con los profesionales durante el tratamiento.

Las experiencias positivas descritas fueron principalmente cuando el personal de salud mostró respeto e interés por el paciente, recibéndolos en la consulta abiertamente y con tiempo para escucharlos (Schippert y cols., 2021). En el presente estudio, esto pudo apreciarse en la contención emocional entregada por algunos psicólogos ya que como fue mencionado por los pacientes, si no hubieran tenido su terapia a tiempo, los sentimientos negativos posterior al trauma habrían aumentado. También el protesista tuvo una participación muy importante durante una de las fases del tratamiento, ya que se pudo establecer una alianza terapéutica adecuada, entendida como la confianza, respeto mutuo y el compromiso común entre el paciente y el profesional, donde éste entregó una sensación de apoyo y ayuda de modo de contener al paciente, y donde en una etapa posterior al ya existir confianza y el respeto mutuo, pudieran trabajar conjuntamente para lograr una adecuada rehabilitación. Además, se mencionó en

una de las entrevistas lo importante que fue para uno de los pacientes que el protesista le relatara todo el proceso de confección protésica, ya que así se sentía más seguro y cómodo durante el tratamiento, disminuyendo la retraumatización.

Según los resultados de Schippert y cols. (2021), una escucha atenta y palabras de consuelo de las enfermeras, fueron mencionadas como intervenciones para abordar las necesidades de atención médica de los sobrevivientes y neutralizar los sentimientos de miedo durante el tratamiento. También los pacientes entrevistados para este trabajo se encontraban satisfechos de que paramédicos o psicólogos los hayan ayudado y acompañado durante los primeros momentos post trauma en la atención en salud, donde se encontraban más vulnerables. Esto debido a que hubo profesionales que otorgaron apoyo emocional a los pacientes e incluso apoyo instrumental, donde un paramédico no dejó sola a una víctima y ayudó en asearla y limpiarla, cuando ya no era su responsabilidad hacerlo.

Por lo tanto, los hallazgos relacionados a la satisfacción y gratitud fueron considerados factores protectores, los cuales podrían mitigar o eliminar el riesgo de retraumatización dentro de la atención en salud (Schippert y cols., 2021).

Si bien no hay información sobre la calidad del procedimiento en relación a la retraumatización, el trabajo de Ng y Luk (2019) hace alusión a la satisfacción del paciente en la atención en salud, situación que puede extrapolarse a los casos de esta investigación, debido a que si el paciente se siente feliz con la atención recibida, es posible que se evite la retraumatización durante el tratamiento. Según lo descrito por Ng y Luk (2019), debe haber una competencia técnica para lograr realizar un procedimiento de calidad. En el caso de este trabajo de investigación, esto se observó en la satisfacción que experimentó una paciente por el hecho de que el profesional supo explicarle la situación de acuerdo al conocimiento técnico en el área de su expertiz, el tratamiento a seguir y la exigencia sobre sí mismo como especialista, para que la cirugía y posterior rehabilitación del área quedase lo más natural posible.

Sobre la comunicación asertiva, que está definida como una habilidad comunicacional basada en el respeto mutuo, se ha evidenciado que se obtienen mejores resultados en cuanto a la efectividad de la comunicación y comprensión mutua. Es decir, con una comunicación efectiva las molestias en el paciente disminuyen y aumenta su satisfacción (Moore y cols., 2010). Así fue descrito en este trabajo por un paciente, quien afirmó que las bases de una comunicación adecuada eran fundamentales para él, donde la información, la forma y la explicación de su situación actual fueron asertivas. Además la entrega de toda la información importante desde un principio, como por ejemplo, la posibilidad de pérdida ocular por un pronóstico desfavorable, siempre desde el respeto hacia el paciente que se encuentra vulnerable posterior al trauma sufrido.

Acerca de la atención integral brindada por el equipo de salud no hay evidencia sobre cómo puede evitar la retraumatización, pero sí aseverar que dentro de la información extraída de las entrevistas analizadas en este trabajo, los entrevistados se veían conformes con sus experiencias con el equipo de salud al no ser discriminados, al tener un buen trato con ellos y la derivación a especialistas en distintas áreas quienes trabajaron en conjunto según los requerimientos de cada paciente.

Dentro de las experiencias negativas encontradas se encuentra la falta de alianza terapéutica. No se produce una relación entre profesional y paciente debido a distintos motivos que se asocian directamente con el prestador de salud. Uno de los primeros puntos a los que se refiere el estudio de Schippert y cols. (2021) habla de la percepción que tenían las personas sobrevivientes traumatizadas de la guerra y tortura sobre el personal de salud, donde describieron que muchas veces actuaban antipáticamente, expresando actitudes discriminatorias y hostiles. También los pacientes pueden sentirse impotentes debido a la asimetría que caracteriza la relación entre pacientes y profesional de la salud como una figura de autoridad (Schippert y cols., 2021). Para la paciente que se atendió en la atención en salud informal dentro de esta investigación, fue sumamente violento y revictimizante la agresividad en el trato que tuvo el ocularista con ella, donde éste

no comprendió el proceso post traumático que estaba viviendo la afectada, ya que sólo le interesó el valor monetario de la prótesis ocular y no la opinión y conformidad de la persona que requiere la rehabilitación protésica. Además, el ocularista no mostró autocritica sobre su trabajo, aludiendo a que como él es quién confeccionaba las prótesis, estaban bien fabricadas.

Muchos sobrevivientes de tortura expresaron la dificultad de crear un lazo de confianza con el personal de salud debido a la falta de tiempo, muchos no quieren saber a profundidad la historia del paciente y no tienen tiempo para ello (Schippert y cols., 2021). En el caso de este trabajo de investigación, un paciente se refirió a la falta de alianza terapéutica por parte del oftalmólogo, quién desde un principio dejó en claro que él sólo operaba y que posteriormente otras personas estarían encargadas de él. Esto demuestra la falta de empatía con el paciente y el poco tiempo que tiene para dedicarle a él generando un trato impersonal, como fue mencionado en el estudio de Schippert y cols. (2021). Otro ejemplo del trato impersonal también fue por parte de los oftalmólogos donde las sesiones fueron descritas como cortas, precisas y distantes. Sumado a lo anterior, es la falta de rehabilitación integral debido a que no hay contacto entre profesionales como ya fue descrito, lo que podría generar la necesidad de contar una y otra vez los acontecimientos del trauma ocular, cómo se ha ido llevando a cabo el tratamiento y las necesidades actuales del paciente, es decir, se produce una falta de seguimiento y de interés por el bienestar de éste.

Por último, una barrera para establecer una correcta relación entre profesional y paciente es la falta de literacidad en salud, que significa por un lado la incapacidad de comprender el lenguaje técnico para tomar una correcta decisión por parte del paciente, y también puede deberse a que el especialista no cambia su lenguaje por uno de adecuada comprensión, y la falta de empatía del personal al no dar el diagnóstico en el debido momento y no explicar en qué consistiría el tratamiento. Según Schippert y cols. (2021) los sobrevivientes de tortura se sentían desempoderados y tenían un miedo constante a que estuvieran recibiendo un tratamiento inadecuado que pudiera poner sus vidas en riesgo. Esto se vio

reflejado en distintos pacientes a los que se les comunicó su diagnóstico y lo realizado en la cirugía, una vez llevado a cabo la evisceración o enucleación del globo ocular, sin ellos poder dar su opinión al respecto.

Por otro lado, se tiene como experiencia negativa la entrega de malas noticias tanto a la víctima del trauma como los familiares, donde la falta de práctica de los doctores puede causar retraumatización en los pacientes. Esto se debe a que por un lado se tienen pacientes sanos y mayoritariamente jóvenes, que sufren un trauma de forma repentina e inesperada y por otro, familiares que no están claros con el proceso que viene a continuación, que se encuentran angustiados y que no saben aún lo que piensa el afectado (Velez, Geberding y Ahmeti, 2022). Hubo muchos profesionales dentro de este estudio que no supieron actuar ni manejar la situación al momento de tener que entregar las malas noticias. Se comunicaron de forma poco empática, generando un trauma mayor en los afectados y en su círculo más cercano. Es por ello, que es necesario que el personal sea capacitado para poder entregar la información de manera adecuada, es decir, donde la comunicación sea empática y centrada en el paciente, de forma que así se disminuya la ansiedad y se aumente la confianza en el médico (Velez y cols., 2022). Por lo mismo, existen protocolos para la entrega de malas noticias donde se explican las etapas que se debieran cumplir por parte del profesional para lograr el objetivo de esta comunicación que es la comprensión de la información entregada por parte del paciente y su familia (Herrera, Ríos, Manríquez y Rojas, 2014).

Como último punto negativo dentro de las experiencias con el personal de salud durante el tratamiento, es la incompreensión por parte del profesional de la experiencia vivida por el paciente. Según lo descrito por Schippert y cols. (2021), los sobrevivientes reportaron como una experiencia negativa la calidad de los servicios en la atención en salud, debido a que sentían que recibían un cuidado inapropiado. En relación al presente estudio, las víctimas no se refirieron exactamente a qué tipo de cuidado hacían alusión, pero sí se relaciona con la falta de experiencia por parte de algunos psicólogos en esa área, donde algunos

entrevistados mencionaron que algunos de sus terapeutas no sabían qué decir y no podían ayudarlos de una correcta manera. Aquello significó la derivación a especialistas en trauma psicosocial, lo cual debiera hacerse en una primera instancia y no después de avanzadas las sesiones clínicas, ya que el mal manejo de la situación causaba retraumatización en los pacientes.

Por lo tanto, se puede apreciar que son varias aristas las que componen la relación entre profesional y paciente, que pueden generar experiencias negativas durante la atención y el tratamiento que pueden propiciar la retraumatización. Ahí es donde nace la necesidad de encontrar una forma apropiada de otorgar una atención en salud que pueda evitarla.

Finalmente, los resultados obtenidos dan muestra de que efectivamente existe retraumatización en la atención en salud tanto en la pública como privada, tal cual como fue descrito en la literatura. Por un lado, se encontraron los desencadenantes físicos como las múltiples cirugías y la confección protésica que gatillaron sensaciones de desesperanza y displacenteras respectivamente. También ocurrió con los desencadenantes psicológicos que dependiendo de la etapa de la atención en salud se generaron respuestas psicológicas como la invasividad por presencia de Carabineros, la invisibilidad por TOVAE, sentimiento de marginación terapéutica y la afectación de la vida cotidiana. Por otro lado, las actitudes y/o conductas de los profesionales que generaron una experiencia negativa durante el tratamiento también favorecen la retraumatización debido a que hubo una falta de rehabilitación integral, falta de alianza terapéutica, trato impersonal, incompreensión de la experiencia por parte del profesional, falta de empatía y agresividad en el trato. Sin embargo, todas éstas son relativas y están directamente relacionadas con el médico tratante.

Por el contrario, también se encontraron actitudes y/o conductas que evitan la retraumatización y que generaban una experiencia positiva durante el tratamiento, como que el equipo de salud brindara una atención integral, la existencia de apoyo emocional e instrumental, la alianza terapéutica entre el paciente y el profesional, la calidad del procedimiento y el trato del especialista, la contención emocional

entregada y la comunicación asertiva del profesional. Por lo que se puede afirmar que la forma en que el personal de la salud entrega la atención, generará o no una experiencia retraumatizante para el paciente.

La relevancia clínica de este trabajo de investigación es la entrega de información acerca de cómo debe ser el enfoque para el cuidado y atención en salud de pacientes que han sido víctimas de TO, para poder otorgarles una experiencia adecuada dentro de ella. Es importante que antes de las citas con estos pacientes, el equipo de salud se familiarice con las historias de cada persona en específico, de este modo, se encontrarán preparados para comprenderlos mejor y mostrar un genuino interés que les permita llevar a cabo la alianza terapéutica (Schippert y cols., 2021). Se ha descrito que una de las formas más importantes de parte del personal de salud para mejorar el resultado del tratamiento es escuchar a los pacientes en lo que necesitan para sentirse seguros y cómodos (Grossman y cols., 2021; Schippert y cols., 2021). Es por ello que surge la necesidad de realizar esta investigación de modo que entregue nueva información en un contexto de violencia, donde las personas que trabajan dentro del área de la salud no saben cómo debiera ser el manejo de estos pacientes y se requiere apoyo de la literatura, que tiene poca evidencia documentada acerca de este tema.

Dado que este estudio es de tipo exploratorio, las limitaciones que se presentaron fueron principalmente el reducido número de entrevistados, que si bien no debiera influir en este tipo de trabajo, entregó resultados muy homogéneos, por ejemplo en cuanto a la información recopilada acerca de atención en salud pública versus en atención privada. Dentro del mismo punto, no es posible transferir los hallazgos a todos los pacientes que sufrieron TO por parte de violencia de agentes del Estado. Además, es un trabajo que tiene tanta riqueza en cuanto a la información obtenida sobre distintos ámbitos, que no se alcanzan a abarcar todos los temas que surgieron del análisis dentro de este trabajo de investigación. Debido a lo anterior, el esquema del modelo selectivo planteado es básico, es decir, que puede ser usado en futuras investigaciones e ir moldeándose en base a los nuevos hallazgos

sobre la retraumatización en la atención en salud de pacientes con TO debido a la violencia ejercida por parte de agentes de Estado.

En cuanto a los sesgos que tiene este trabajo de investigación, es la falta de retroalimentación por parte de los entrevistados, una vez transcritas las entrevistas.

VI. CONCLUSIONES

El análisis de las experiencias de personas con trauma ocular da cuenta que en la atención en salud que se les entrega, se desencadenan fenómenos de retraumatización. Ésta se produce tanto en atención pública como privada, sin embargo, la mayoría de los desencadenantes se presentan en el servicio público de salud, siendo tanto de tipo físicos como psicológicos, los cuales se encontraron durante distintas etapas de la atención en salud y que gatillaron respuestas psicológicas en cada paciente afectado, generando una vivencia de retraumatización única para cada persona. Por otro lado, el equipo de salud juega un rol importante en la atención que entrega, ya que hubo pacientes que relataron experiencias negativas debidas al actuar de los profesionales lo cual favorecía la retraumatización, pero por el contrario, también hubo situaciones que la evitaron a través de una experiencia positiva durante el tratamiento.

Por lo tanto, los resultados encontrados en esta investigación permitirán al personal en salud reconocer los posibles desencadenantes, experiencias propias dentro de la atención en salud y derivadas de las conductas y/o actitudes de los prestadores de salud que causan la retraumatización y en consecuencia poder evitarla y prevenirla, creando un ambiente seguro para los pacientes que sufrieron trauma ocular por actos de violencia por parte de agentes del Estado.

VII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Alexander, D., Kemp, R., Klein, S. y Forrester, J. (2001). Psychiatric sequelae and psychosocial adjustment following ocular trauma: a retrospective pilot study. *The British journal of ophthalmology*, 85(5), 560–562. <https://doi.org/10.1136/BJO.85.5.560>

American Psychiatric Association – APA. (2014). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DSM-5. (5ta. Ed)*. (Vol. 57). Madrid: Editorial Médica Panamericana. <https://doi.org/10.1002/zamm.19770570626>

Amnistía Internacional. (2020). *Ojos sobre Chile: Violencia social y responsabilidad de mando durante el Estallido Social.*, 110.

Andrighetti, F. y Varas, D. (2010). Trauma ocular: Experiencia de 16 Años de la Uto. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 21(6), 984–988. [https://doi.org/10.1016/S0716-8640\(10\)70626-X](https://doi.org/10.1016/S0716-8640(10)70626-X)

Coday, M., Warner, M., Jahrling, K. y Rubin, P. (2002). Acquired monocular vision: functional consequences from the patient's perspective. *Ophthalmic plastic and reconstructive surgery*, 18(1), 56–63. <https://doi.org/10.1097/00002341-200201000-00009>

CONACEO. *Reglamento General de CONACEO* (2021). Chile.

Corbella, S. y Botella, L. (2003). La alianza terapéutica: historia, investigación y evaluación. *Anales de Psicología / Annals of Psychology*, 19(2), 205–221. Recuperado a partir de <https://revistas.um.es/analesps/article/view/27671>

Estévez Abad, F. y Estévez Vélez, A. (2021). Comunicación efectiva en salud: evaluación de una experiencia docente en estudiantes de medicina de Cuenca, Ecuador. *Revista de Bioética y Derecho*, (52), 85–104. <https://doi.org/10.1344/RBD2021.52.34162>

Fachado, A., Menéndez, M. y González, L. (2013). Apoyo social: Mecanismos y modelos de influencia sobre la enfermedad crónica. *Cadernos de atención*

primaria, 19, 118–123.

Fondo Nacional de Salud. (2022). FONASA Tramos 2022. Recuperado el 4 de julio de 2022, de Fondo Nacional de Salud website: <https://www.fonasa.cl/sites/fonasa/tramos>

Glaser, B. y Strauss, A. (1967). *The discovery of grounded theory: Strategies for qualitative research* (First). New Jersey: Aldine Transaction.

Goic, A. (2015). El Sistema de Salud de Chile: una tarea pendiente. *Revista médica de Chile*, 143(6), 774–786. <https://doi.org/10.4067/S0034-98872015000600011>

Goldstein, E. (2018). *El Sistema de salud en Chile y la Atención Primaria de Salud Municipal*. Biblioteca del Congreso Nacional, 11.

González, J. (2001). *El paradigma interpretativo en la investigación social y educativa: nuevas respuestas para viejos interrogantes*. *Cuestiones pedagógicas*, 15, 227-246.

Grossman, S., Cooper, Z., Buxton, H., Hendrickson, S., Lewis-O’connor y cols. (2021). Trauma-informed care: recognizing and resisting re-traumatization in health care. *Trauma Surgery & Acute Care Open*. <https://doi.org/10.1136/tsaco-2021-000815>

Herrera, A., Ríos, M., Manríquez, J. M. y Rojas, G. (2014). Breaking bad news in clinical practice. *Revista médica de Chile*, 142(10), 1306–1315. [doi:10.4067/S0034-98872014001000011](https://doi.org/10.4067/S0034-98872014001000011)

Hospital del Trabajador ACHS. (2019). Trauma Físico. Recuperado el 21 de septiembre de 2022, de Hospital del Trabajador ACHS website: <https://www.hospitaldeltrabajador.cl/detalle-noticia/2019/trauma>

Instituto Nacional de Derechos Humanos. (2019). *Informe Anual sobre la situación de los Derechos Humanos en Chile en el contexto de la crisis social*.

Instituto de Previsión Social. *Pensión Básica Solidaria de Invalidez*. (2019).

Instituto de Previsión Social. *Pensión de invalidez del sistema de pensiones (AFP)*. (2021).

Instituto Latinoamericano de Salud Mental y Derechos (ILAS). (2019). *Trauma Político Y La Transmisión Transgeneracional Del Daño*. Santiago: Subsecretaría de Derechos Humanos. Gobierno de Chile.

Karaman, S., Ozkan, B., Gok, M., Karakaya, I., Kara, O. y cols (2017). Effect of eye trauma on mental health and quality of life in children and adolescents. *International ophthalmology*, 37(3), 539–544. <https://doi.org/10.1007/S10792-016-0301-9>

Kuhn, F., Morris, R., Witherspoon, C. y Mester, V. (2004). The Birmingham Eye Trauma Terminology system (BETT). *Journal francais d'ophtalmologie*, 27(2), 206–210. [https://doi.org/10.1016/S0181-5512\(04\)96122-0](https://doi.org/10.1016/S0181-5512(04)96122-0)

Kumar, P., Aggarwal, H., Baslas, V. y Singh, R. (2014). A multidisciplinary approach for rehabilitation following ocular trauma. *Burns & trauma*, 2(1), 41–44. <https://doi.org/10.4103/2321-3868.126093>

Lozano, F. y Oyola, W. (2017). *Recomendaciones generales para el apoyo emocional de víctimas de violencia sexual*.

Madariaga, C. (2002). *Trastorno Psicosocial, Trauma de Estrés Postraumático y Tortura*. CINTRAS.

Madariaga, C. (2006). *Retraumatización: hacia una conceptualización necesaria*. CINTRAS.

Mansouri, M., Tabatabaei, S., Naderan, M., Soleimani, M., Minaei Zangi y cols. (2019). The association between personality disorders/traits and violent eye trauma. *Eye (London, England)*, 33(7), 1171–1176. <https://doi.org/10.1038/S41433-019-0394-2>

Martínez, M., Gómez, V. y Siles, P. (2018). Apoyo emocional: conceptualización y actuación de enfermería; una mirada desde la perspectiva del alumno. *Enfermería universitaria*, 6(3). doi:10.22201/eneo.23958421e.2009.3.329

Ministerio de Salud de Chile. (2007a). *Guía Clínica politraumatizados*. Santiago.

Ministerio de Salud de Chile. (2007b). Ley N° 19.966. *Diario Oficial de la República de Chile*, 99.

Ministerio de Salud de Chile. (2009). *Guía Clínica Trauma Ocular Grave*. Santiago.

Ministerio de Salud y Protección Social. *Decreto 109* (2006). Gobierno de Chile.

Ministerio de Salud de Chile. *Decreto Supremo N°8* (2013). Gobierno de Chile.

Ministerio de Transporte y Telecomunicaciones. *Decreto 170 “Reglamento para el otorgamiento de licencias de conductor”* (2013). Gobierno de Chile.

Ministerio del trabajo y previsión social. *Decreto Ley 3500* (2021). Gobierno de Chile.

Ministerio del Trabajo y Previsión Social. *Ley 16744, Establece Normas Sobre Accidentes del Trabajo y Enfermedades Profesionales* (2017). Gobierno de Chile.

Moore, P., Gómez, G., Kurtz, S. y Vargas, A. (2010). La comunicación médico paciente: ¿Cuáles son las habilidades efectivas? *Revista Medica de Chile*, 138(8). doi:10.4067/s0034-98872010000800016

Muchirson, A. (2020). Introducción a las lesiones oculares. Recuperado el 5 de diciembre de 2021, de Manual MSD para público general website: <https://www.msmanuals.com/es-cl/hogar/traumatismos-y-envenenamientos/lesiones-oculares/introducción-a-las-lesiones-oculares>

National Eye Institute. (2019). La baja visión. Recuperado el 4 de diciembre de 2021, de National Eye Institute website: <https://www.nei.nih.gov/learn-about-eye-health/en-espanol/la-baja-vision>

National Institute of Mental Health (NIMH). (2020). *Trastorno por estrés postraumático*. Recuperado de https://www.nimh.nih.gov/health/publications/espanol/trastorno-por-estres-postraumatico/20-mh-8124s-ptsd-sp_160750.pdf

Ng, J. H. Y. y Luk, B. H. K. (2019). Patient satisfaction: Concept analysis in the healthcare context. *Patient Education and Counseling*, 102(4), 790–796. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2018.11.013>

Pandita, A. y Merriman, M. (2012). Ocular trauma epidemiology: 10-year retrospective study. *New Zealand Medical Journal*, 125(1348), 61–69.

Piette, J. (2009). Literacidad en salud. *Medwave*, 9(5). <https://doi.org/10.5867/medwave.2009.05.3921>

Pine, K. R., Jacobs, R. J., Sloan, B. H. (2015). *Clinical ocular prosthetics*. Cham: Springer International Publishing.. <https://doi.org/10.1007/978-3-319-19057-0>

Reed, D., Papp, A., Brundridge, W., Mehta, A., Santamaria, J., y cols. (2020). Evisceration Versus Enucleation Following Ocular Trauma, a Retrospective Analysis at a Level One Trauma Center. *Military medicine*, 185(3–4), 409–412.

Reeves, E. (2015). A synthesis of the literature on trauma-informed care. *Issues in mental health nursing*, 36(9), 698–709. <https://doi.org/10.3109/01612840.2015.1025319>

Restrepo-Ochoa, D. (2013). La Teoría Fundamentada como metodología para la integración del análisis procesual y estructural en la investigación de las Representaciones Sociales. *CES Psicología*, 6, 122–133.

Rodríguez, A., Peña, S., Cavieres, I., Vergara, M., Pérez, M., Campos, M. y cols. (2021). Ocular trauma by kinetic impact projectiles during civil unrest in Chile. *Eye (London, England)*, 35(6), 1666–1672. <https://doi.org/10.1038/S41433-020-01146-W>

Schemitsch, C., Nauth, A. (2019). Psychological factors and recovery from trauma.

Injury, 51 Suppl 2, S64–S66. <https://doi.org/10.1016/J.INJURY.2019.10.081>

Schippert, A., Grov, E. K., Bjørnnes, A. K. (2021). Uncovering re-traumatization experiences of torture survivors in somatic health care: A qualitative systematic review. *PloS One*, 16(2). <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0246074>

Sharma, A., Shah, D., Shrestha, J., Thapa, M., & Shrestha, G. (2014). Ocular injuries in the people's uprising of April 2006 in Kathmandu, Nepal. *Nepalese journal of ophthalmology : a biannual peer-reviewed academic journal of the Nepal Ophthalmic Society : NEPJOPH*, 6(11), 71–79. <https://doi.org/10.3126/NEPJOPH.V6I1.10775>

Şimsek, N., Öztürk, G., Nahya, Z. (2020). The Mental Health of Individuals With Post-Traumatic Lower Limb Amputation: A Qualitative Study. *Journal of patient experience*, 7(6), 1665–1670. <https://doi.org/10.1177/2374373520932451>

Strauss, A. y Corbin, J. (2002). *Bases de la investigación cualitativa. Técnicas y procedimientos para desarrollar la teoría fundamentada* (Primera). Medellín: Universidad de Antioquia.

Superintendencia de Salud (s. f.). *Cómo funciona el Sistema de Salud en Chile - Orientación en Salud*. Gobierno de Chile. Recuperado 28 de noviembre de 2021, a partir de http://www.supersalud.gob.cl/difusion/665/w3-article-17328.html#accordion_1

Superintendencia de Salud (2010). *Estudio de Opinión a Usuarios del Sistema de Salud Conocimiento y Posicionamiento de la Superintendencia de Salud, GES-AUGE y otros aspectos de la Reforma*. Gobierno de Chile.

Sutter, F. (2004). Ocular injuries caused by plastic bullet shotguns in Switzerland. *Injury*, 35(10), 963–967. <https://doi.org/10.1016/J.INJURY.2003.11.020>

Taylor, S. y Bogdan, R. (1992). La entrevista en profundidad. En *Introducción a los métodos cualitativos de investigación* (pp. 100–132). Madrid: Paidós Básica.

Tripathy, K., Chawla, R., Temkar, S., Sagar, P., Kashyap, S., y cols. (2018).

Phthisis Bulbi-a Clinicopathological Perspective. *Seminars in ophthalmology*, 33(6), 788–803. <https://doi.org/10.1080/08820538.2018.1477966>

Velez, D., Geberding, A., Ahmeti, M. (2022). SUNBURN: a protocol for delivering bad news in trauma and acute care surgery. *Trauma Surgery & Acute Care Open*, 7(1), e000851. <https://doi.org/10.1136/tsaco-2021-000851>

Vilar, S., Novoa, A., Quintero, M. (2012). Rehabilitación protésica por pérdida ocular traumática. *Revista Cubana de Oftalmología*, 25, 606–610.

VIII. ANEXOS

ANEXO 1. Consentimiento informado.

28/04/2021

DOCUMENTO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

*Obligatorio

1. Correo *

Identificación de experiencias psicológicas frente al trauma maxilofacial y ocular, en personas víctimas de violencia de agentes del estado en el contexto de la movilización social en Chile el año 2019-2020. Nombre del Investigador: Gonzalo Rojas Alcayaga Institución: Facultad de Odontología, Universidad de Chile Teléfono(s): +56999597872 - +56229781811 Servicio o Departamento: Facultad de Odontología, Universidad de Chile

Versión 2.0 Hospital Clínico Universidad de Chile, Fecha 28/04/21.



28/04//2021

28-04-2021
<https://docs.google.com/forms/d/1VSLQNpncUJepuFtwLeINPXE6CvYrMz3fpTu0hNPTymoU/edit>

Invitación a participar: Le estamos invitando a participar en el proyecto de investigación "Identificación de experiencias psicológicas frente al trauma maxilofacial y ocular, en personas víctimas de violencia de agentes del estado en el contexto de la movilización social en Chile el año 2019-2020", debido a que su experiencia permitirá identificar los efectos a nivel psicológico, en el corto y mediano plazo del trauma psicológico frente al traumatismo físico facial y ocular ocasionado por acciones violentas ejecutadas por agentes del estado.

Antes de tomar la decisión de participar lea atentamente este documento.

Introducción: En el contexto de las movilizaciones sociales ocurridas en Chile a partir del 18 de octubre de 2019, sucedieron actos de represión policial que provocaron lesiones físicas a algunas personas que concurren a éstas. Actualmente, las guías de prácticas clínicas que realizan las recomendaciones para estos traumatismos, solo contemplan el tratamiento del trauma físico sin considerar la necesidad de una terapia comprensiva e integradora de la experiencia del trauma psicológico producido. Existe limitada información respecto a los efectos psicosociales que provocan este tipo de traumatismo, cuando es provocado por agentes que representan al estado de Chile en democracia, por ello el presente proyecto tiene como propósito comprender los efectos a nivel psicológico, en el corto y mediano plazo, del traumatismo maxilar, facial y ocular, producido por acciones de violencia ocasionada por agentes del estado en el contexto de las movilizaciones sociales en Chile en los años 2019-2020.

Objetivos: Esta investigación tiene por objetivo desarrollar un modelo comprensivo e integrador de experiencia de trauma psicológico frente al traumatismo físico facial y ocular ocasionado por acciones violentas ejecutadas por agentes de estado que permita identificar aspectos vulnerables, factores protectores y elementos esperanzadores que contribuyen a una salud mental que permita una situación de bienestar personal y una integración social plena. El estudio incluirá a un número inicial de 15 personas, tanto mujeres como hombres de cualquier edad que hayan sufrido traumatismo maxilar, facial y/o ocular ocasionado por acciones de violencia ejecutadas por agentes del estado de Chile (policías), debidamente certificadas por alguna de las organizaciones de derechos humanos, servicios de salud, organizaciones de ayuda/socorro no gubernamentales o equipos de salud de la Universidad de Chile.

Procedimientos: Este estudio es de tipo observacional, no contempla ningún tipo de intervención clínica ni administración de medicamentos, como tampoco toma de muestras orgánicas. Si Ud. acepta participar será entrevistado, de manera individual, en profundidad, con el objetivo de recoger las experiencias de personas que sufrieron trauma físico por acción de violencia de agentes de estado. Esta entrevista, se realizará en un formato a distancia (vía plataforma electrónica), tendrá una duración aproximada de 2 horas, y será grabada.

Riesgos: Aun cuando toda investigación implica un riesgo, los investigadores tomarán todos los resguardos para que las entrevistas se realicen en un marco de respeto, generando un clima de contención y resguardo. Conscientes de que la entrevista lo podría llevar a evocar una situación de violencia vivida, se cautelará la no re-victimización durante la entrevista planificando que la sesión se de en un escenario que facilite el clima de confianza para usted, y si es necesario puede interrumpir la entrevista cuando lo estime necesario y retomarla en otro momento.

Costos: Su participación no le representará gastos adicionales para usted.

Beneficios: Su participación en el estudio no representa beneficio directo para usted. Sin embargo, es un aporte para el progreso del conocimiento y el mejor tratamiento de futuros pacientes que sufran o hayan sufrido trauma psicológico frente al traumatismo físico facial y ocular ocasionado por acciones violentas ejecutadas por agentes de estado

Alternativas: Si Ud. decide no participar en esta investigación, recibirá el mismo tratamiento que se aplica habitualmente.

Confidencialidad: Toda la información derivada de su participación en este estudio será conservada en forma de estricta confidencialidad, lo que incluye el acceso de los investigadores o agencias supervisoras de la investigación. Cualquier publicación o comunicación científica de los resultados de la investigación será completamente anónima.

Información adicional: Ud. o su tratante serán informados si durante el desarrollo de este estudio surgen nuevos conocimientos o complicaciones que puedan afectar su voluntad de continuar participando en la investigación. Además usted tiene derecho a conocer los resultados de esta investigación ya sea en forma individual como en modalidad grupal.

Voluntariedad y Revocación: Su participación en esta investigación es totalmente voluntaria y se puede retirar en cualquier momento, aunque haya firmado este consentimiento. Solo debe comunicarlo al investigador (mediante un formulario de revocación del consentimiento informado). Su renuncia no implicará ningún perjuicio a su persona. De igual manera el investigador podrá determinar su retiro del estudio si considera que esa decisión va en su beneficio.

Complicaciones: En el presente estudio observacional, es poco probable que presente complicaciones. Aun así, si presentase algún episodio de retraumatización durante la entrevista, que le genere en consecuencia alguna descompensación de tipo emocional, se realizará una derivación a la Clínica Psiquiátrica Universitaria de la Universidad de Chile. Cabe mencionar que las entrevistas las realizarán psicólogos expertos, para minimizar el episodio de re traumatización.

Derechos del participante: Usted recibirá una copia de este documento firmado. Si usted requiere cualquier otra información sobre su participación en este estudio puede comunicarse con:

Gonzalo Rojas Alcayaga al teléfono 229781811 (fijo) o al +56999597872 (celular). También es posible hacerlo al siguiente correo: gorojas@odontologia.uchile.cl

Otros Derechos del participante

En caso de duda sobre sus derechos comunicarse con el Comité Ético Científico o de Investigación del Hospital Clínico Universidad de Chile, Teléfono: 229789008, Email: comiteetica@hcuch.cl, ubicado en Dr. Carlos Lorca Tobar N° 999, 4 Piso Sector D, Comuna de Independencia, Santiago.

Versión 2.0 Hospital Clínico Universidad de Chile, Fecha 28/04/21

<https://docs.google.com/forms/d/1VSLQNPnCUepuFtwLeINPXE6CvYrMz3fpTu0hNPTymoU/edit>

28/4/2021



28-04-2021

2. Nombre Completo *

3. RUN *

4. Después de haber leído y comprendido la información de este documento, de haber podido aclarar todas mis dudas, entiendo que me puedo retirar cuando lo desee. Otorgo mi consentimiento libre, informado y voluntario para participar en el proyecto "Identificación de experiencias psicológicas frente al trauma maxilofacial y ocular, en personas víctimas de violencia de agentes del estado en el contexto de la movilización social en Chile el año 2019- 2020" *

Selecciona todos los que correspondan.

Sí, acepto

5. *Si se trata de un sujeto iletrado, no vidente u otra situación, registrar nombre y RUN de su apoderado (Testigo).

Este contenido no ha sido creado ni aprobado por Google.

Google Formularios

Versión 2.0 Hospital Clínico Universidad de Chile, Fecha 28/04/21

<https://docs.google.com/forms/d/1VSLQNPnCUepuFtwLeINPXE6CvYrMz3fpTu0hNPTymoU/edit>



ANEXO 2. Carta de aprobación Comité de Ética.

HOSPITAL CLÍNICO
UNIVERSIDAD DE CHILE

Santiago 15 de diciembre de 2021.

Señora
Dr. Gonzalo Rojas Alcayaga
Investigador principal
Hospital Clínico Universidad de Chile
Presente

Ref.: "Identificación de experiencias psicológicas frente al trauma maxilofacial y ocular, en personas víctimas de violencia de agentes del estado en el contexto de la movilización social en Chile el año 2019-2020".

Estimado Dr. Rojas:

A través de la presente, acuso recibo de su carta con fecha 31 de noviembre de 2021, en la que solicita aprobación de cambios estudio detallado en la referencia, que consisten en acceder a datos sociodemográficos y de traumatismo, contenidos en la ficha dental de los pacientes del estudio, que se atendieron en la Clínica Odontológica de la Facultad de Medicina de Universidad de Chile, para lo cual se tuvo a la vista:

- Carta de autorización Del Dr. Vladimir Pizarro, Director Clínica Odontología U. de Chile.
- Documento de Consentimiento Informado Versión 1.0, fechado 31 de diciembre de 2021.
- Formulario de Solicitud de Evaluación de Proyecto.
- Addendum al Consentimiento Informado para uso de datos de la Ficha clínica, Versión 1.0, fechado 09 de septiembre de 2021.

La información fue analizada en conformidad y no existen reparos éticos con la continuación del estudio. Se otorga la aprobación de los documentos antes mencionados, en sesión ordinaria del 15 de diciembre de 2021.

Saludos cordiales,



Teresa Massardo Vega
Presidenta del Comité Ético Científico
Hospital Clínico de la Universidad de Chile

N° 7820