



**UNIVERSIDAD DE CHILE
FACULTAD DE ODONTOLOGÍA
INSTITUTO DE INVESTIGACIÓN EN CIENCIAS ODONTOLÓGICAS**

**“TRAUMA MAXILOFACIAL E IMAGEN CORPORAL EN PERSONAS
VÍCTIMAS DE VIOLENCIA POR AGENTES DEL ESTADO EN EL CONTEXTO
DE LA MOVILIZACIÓN SOCIAL EN CHILE EN EL AÑO 2019-2020”**

Lisette Denisse Loyola Zúñiga

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

TUTOR PRINCIPAL

Prof. Matías Ríos Erazo

TUTOR ASOCIADO

Prof. Dr. Gonzalo Rojas Alcayaga

**Adscrito a Proyecto Fonis SA20I0049
Santiago - Chile
2023**



**UNIVERSIDAD DE CHILE
FACULTAD DE ODONTOLOGÍA
INSTITUTO DE INVESTIGACIÓN EN CIENCIAS ODONTOLÓGICAS**

**“TRAUMA MAXILOFACIAL E IMAGEN CORPORAL EN PERSONAS
VÍCTIMAS DE VIOLENCIA POR AGENTES DEL ESTADO EN EL CONTEXTO
DE LA MOVILIZACIÓN SOCIAL EN CHILE EN EL AÑO 2019-2020”**

Lisette Denisse Loyola Zúñiga

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

TUTOR PRINCIPAL

Prof. Matías Ríos Erazo

TUTOR ASOCIADO

Prof. Dr. Gonzalo Rojas Alcayaga

**Adscrito a Proyecto Fonis SA20I0049
Santiago - Chile
2023**

AGRADECIMIENTOS

Quisiera comenzar agradeciendo y dedicando este trabajo a quienes me acompañaron durante esta etapa tan importante en mi vida.

A mi familia, por brindarme su apoyo incondicional durante todos estos años.

A mis padres, quienes con su amor y sabiduría me han ayudado a cumplir mis objetivos personales y académicos. Sus consejos me guiaron hasta donde estoy hoy en día, pero sus palabras de aliento en los momentos más difíciles me impulsaron a perseguir mis sueños y no abandonarlos frente a las adversidades. Gracias infinitas.

A mis amigos, especialmente Damari, Felipe, Cami M, Feña y Cami G, sin ustedes el camino hubiera sido un millón de veces más difícil. Gracias por acompañarme durante esta etapa, por dejarme compartir mis penas y alegrías, por las palabras de apoyo luego de un mal día, por sus risas, por las largas conversaciones sobre la vida, por aguantar mis desconexiones constantes y por estar siempre presentes. Sin duda ustedes son lo más valioso que me llevo de esta etapa. Espero nuestra amistad perdure en el tiempo.

A mis tutores, Matías y Gonzalo, su dedicación y paciencia ayudaron a forjar una experiencia más amena durante la realización de este trabajo. Gracias por compartir sus conocimientos, por sus correcciones precisas y por guiarme durante esta etapa tan crucial en mi carrera. Estoy segura de que estas experiencias me ayudarán en mi futuro profesional.

A todo el equipo del Proyecto Fonis SA20I0049, gracias por permitirme trabajar con ustedes y poder desarrollar mi trabajo de investigación.

A los docentes que han sido parte de mi formación en la universidad, gracias por transmitirme los conocimientos necesarios para estar hoy en día aquí.

A las circunstancias de la vida, a las madrugadas diarias, a las largas jornadas de estudio y noches en vela, a la perseverancia y dedicación que he tratado de colocar en cada trabajo que se presente, a la niña de 9 años que un día soñó con llegar a esta instancia.

A todos, gracias. Me ayudaron a ser quien soy ahora.

Liss

“...Debes mirar profundo para ver lo simple...”

ÍNDICE

RESUMEN	1
1. INTRODUCCIÓN	2
2. MARCO TEÓRICO	4
2.1 IMAGEN CORPORAL.....	4
2.2 FACTORES QUE AFECTAN LA IMAGEN CORPORAL	7
2.3 CONTEXTO SOCIOPOLÍTICO DE USO DE VIOLENCIA POR AGENTES DEL ESTADO	14
2.4 AFECTACIÓN DE IMAGEN CORPORAL POR TRAUMATISMO MAXILOFACIAL	17
3. PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN	20
4. OBJETIVO GENERAL	20
5. OBJETIVOS ESPECÍFICOS	20
6. MATERIALES Y MÉTODOS	21
6.1 DISEÑO	21
6.2 CRITERIOS DE SELECCIÓN	21
6.3 MUESTRA.....	21
6.4 ENTREVISTA.....	22
6.5 IMPLICANCIAS ÉTICAS	25
7. RESULTADOS	27
8. DISCUSIÓN	44
LIMITACIONES.....	55
PROYECCIONES	56
9. CONCLUSIONES	57
10. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	58
11. ANEXOS Y APÉNDICES	67
11.1 CARTA DE APROBACIÓN DEL COMITÉ DE ÉTICA Y BIOSEGURIDAD	67
11.2 CONSENTIMIENTO INFORMADO	69

RESUMEN

INTRODUCCIÓN: La imagen corporal es un constructo psicológico multidimensional conformado por componentes perceptuales, afectivos, cognitivos y de comportamiento, que en múltiples combinaciones pueden conducir a diferentes tipos de disfunción de la imagen corporal. Un trauma maxilofacial se traducirá en cambios de la percepción de sí mismo, influenciado por factores externos, individuales y psicológicos. Durante las manifestaciones en Chile del año 2019-2020 agentes del Estado actuaron con violencia desmedida provocando diversas lesiones tanto en el ámbito físico como psicológico de las personas agredidas.

OBJETIVO: Explorar cómo el trauma maxilofacial ocasionado por agentes del Estado afecta la imagen corporal de personas víctimas de violencia durante la movilización social en Chile en el año 2019-2020.

METODOLOGÍA: Investigación cualitativa que utilizó los principios de la teoría fundamentada y entrevistas en profundidad como técnica de producción de información. La muestra incluyó 5 personas mayores de edad víctimas de traumatismo maxilofacial ocasionado por agentes del Estado de Chile que dieron su consentimiento para participar. Mediante el método de análisis de contenido se configuró un modelo conceptual emergente producto de múltiples lecturas, procesos de codificación abierta, axial y triangulación permanente de los fenómenos.

RESULTADOS: Producto del análisis y codificación de entrevistas a víctimas, surgieron 3 categorías generales de experiencias: Aceptación de nueva imagen corporal, Alteración de imagen corporal y Consecuencias sociales de nueva imagen corporal. En cada una se distinguieron subcategorías que dieron origen a un modelo conceptual que resume y grafica los principales hallazgos que dan respuesta al objetivo de investigación.

CONCLUSIONES: Las lesiones provocadas por agentes del Estado afectaron notoriamente la imagen corporal de las víctimas. Las experiencias recogidas reflejan un escenario complejo donde el entorno social cumple un rol determinante. Por lo tanto, es necesario que futuras investigaciones indaguen los efectos del cambio en la imagen corporal en la calidad de vida y en la atención en salud de estas personas en contextos similares.

1. INTRODUCCIÓN

Chile experimentó recientemente un estallido de disturbios civiles que no se veía desde el regreso de la democracia en 1990. Para controlar estos disturbios, la policía chilena utilizó camiones con cañones de agua, gases lacrimógenos, gas pimienta, bastones y proyectiles de impacto cinético (“balas de goma”). Este control violento de las manifestaciones resultó en 11.180 heridos y 1.974 heridas de bala (Rodríguez y cols., 2021).

A pesar de su intención de infligir solo lesiones dolorosas superficiales, las balas de goma pueden causar una morbilidad y mortalidad significativas, en parte por lesiones penetrantes y, por otro lado, debido a los traumatismos en cabeza, cuello y torso, incluido el traumatismo ocular grave (Rodríguez y cols., 2021).

La ocurrencia de lesiones traumáticas es particularmente alta entre grupos específicos de individuos. Actualmente, se piensa que los principales factores asociados a este tipo de lesiones son el consumo de alcohol, drogas, los accidentes automovilísticos y el aumento de la violencia urbana (Sarwer y cols., 2022). La experiencia del trauma y el riesgo de efectos nocivos es mayor entre las personas de grupos desatendidos, lo que hace que este tipo de lesiones sean un problema de salud pública, en cual los determinantes sociales de la salud aumentan el riesgo de experimentar una lesión traumática y amenazan el potencial éxito de un tratamiento físico y/o mental (Conforte y cols., 2016).

El trauma facial se considera uno de los eventos más devastadores en la vida de un paciente, ya que generalmente resulta en deformidades fisionómicas y posibles consecuencias emocionales (Conforte y cols., 2016). La región maxilofacial se asocia con una serie de funciones importantes como la vista, olfato, comer, respirar y hablar, estas funciones pueden verse gravemente afectadas y conducir a un deterioro de la calidad de vida de los pacientes (Morales y Vila, 2016).

La desfiguración facial es una de las consecuencias físicas más importantes del traumatismo maxilofacial y puede afectar negativamente la capacidad de los pacientes para realizar actividades diarias junto con disminuir su estado de ánimo y autoestima (Braithwaite y cols., 2019). Además, el tener una desfiguración visible puede aumentar la vulnerabilidad a la angustia psicológica, depresión, ansiedad e insatisfacción con la imagen corporal (Sarwer y cols., 2022).

La imagen corporal puede presentar cambios inherentes a la misma, que están íntimamente relacionados con el tiempo transcurrido y que plantea transformaciones constantes al vivir de cada ser humano. Se ha reportado que las alteraciones físicas o anímicas, pueden originar una percepción de imposibilidad de desarrollar y mantener relaciones afectivas causando una disminución de la autoestima, siendo esta última, una de las principales causas del sentimiento de inferioridad del sujeto y, en consecuencia, de la alteración de su imagen corporal (Villagrana, 2003).

En el presente trabajo de investigación se intenta explorar cómo el trauma maxilofacial ocasionado por agentes del Estado afecta la imagen corporal en personas víctimas de violencia durante la movilización social en Chile en el año 2019-2020.

2. MARCO TEÓRICO

2.1 IMAGEN CORPORAL

Los primeros conceptos de imagen corporal tienen sus inicios en la neuropatología. Head, en 1920, definió por primera vez la imagen corporal como una unidad de experiencias pasadas creadas en la corteza sensorial cerebral (Hosseini y Padhy, 2021). Schilder en 1935 propone una nueva definición, donde se refiere a la imagen corporal como “la imagen que forma nuestra mente de nuestro propio cuerpo”, es decir, el modo en que nuestro cuerpo se nos manifiesta (Schilder, 1935). En esta descripción, la imagen corporal no sólo se define como una entidad fisiológica, sino también como una construcción psicosocial.

Más tarde en 1969, Shontz integra contenidos teóricos y datos acerca de aspectos cognitivos y perceptuales de la experiencia corporal desde diversas áreas de la psicología experimental, además, aplica hallazgos científicos para comprender la discapacidad física y la psicología de la salud, siendo el primero en considerar la experiencia corporal como multidimensional (Shontz, 1969). Posteriormente Cash en 1990, definió la imagen corporal como una experiencia psicológica multifacética, la cual está lejos de ser una sola entidad, sino que, más bien abarca las autopercepciones relacionadas con el cuerpo y actitudes propias, incluidos pensamientos, creencias, sentimientos y comportamientos (Bailey y cols., 2017). Ledoux y Rivard en 2002, se refieren al concepto de imagen corporal como una representación sistemática, cognitiva, afectiva, consciente e inconsciente que las personas tienen sobre sus cuerpos durante su desarrollo biológico y a lo largo de sus relaciones sociales, lo que ya da cuenta de más de un componente o dimensión para definirla (Roy y Payette, 2012).

Una definición más contemporánea es la que propone Bailey en 2017, donde define la imagen corporal como un constructo psicológico referido a lo que una persona percibe, piensa y siente sobre su propio cuerpo y apariencia. Además, propone que la representación mental creada sobre el propio cuerpo es un concepto subjetivo y personal del que emerge un componente interrelacionado: la satisfacción corporal

(Bailey y cols., 2017; Jiménez y cols., 2021).

La imagen corporal se trata de un constructo multidimensional y esto conlleva su complejidad y las múltiples facetas que ofrece al estudio. Como constructo ha sido considerado un rasgo relativamente estable y se ha intentado medirlo para precisar el modo en que usualmente las personas perciben, sienten y piensan acerca de su propio cuerpo en su totalidad y también en sus diferentes partes. A pesar de los numerosos esfuerzos de conceptualizar las alteraciones de la imagen corporal como un rasgo estable, el modo en que las personas en general y pacientes en particular experimentan su imagen, fluctúa en la vida cotidiana en diferentes momentos y contextos (Kirszman y cols., 2015).

Componentes perceptuales, afectivos, cognitivos y de comportamiento participan en la conformación de este constructo, estos pueden darse en diferentes combinaciones y conducir a diferentes tipos de disfunción de la imagen corporal. El componente perceptual se refiere a la tendencia a sobrestimar y distorsionar el tamaño corporal y la figura o algunas partes de ésta en particular, el componente afectivo implica aquellos sentimientos o actitudes respecto al cuerpo o a una parte de éste, el componente cognitivo alude a la presencia de pensamientos y creencias negativas, y el componente conductual se refiere a las acciones o comportamientos que se dan a partir de la percepción (Vaquero-Cristóbal y cols., 2013).

La preocupación por la imagen corporal no es exclusiva de nuestros días. Cada periodo de la historia cuenta con sus propios estándares de belleza y cada cultura desarrolla diferentes conceptos sobre la propia imagen, forma y decoración del cuerpo. Como consecuencia de esto, la imagen corporal está influida por diferentes aspectos socioculturales, biológicos y ambientales (Vaquero-Cristóbal y cols., 2013).

Los valores culturales occidentales han introducido a las mujeres delgadas y los hombres masculinos como modelos de atracción, salud y éxito. En décadas pasadas en las culturas orientales las mujeres “gordas” eran más atractivas, porque

el cuerpo “grande” era símbolo de salud, riqueza y fertilidad. Los hombres también aceptaban la masculinidad debido al rol de género dominante donde se esperaba que fueran fuertes. En los últimos años, aunque el cuerpo ideal se cambió a un cuerpo delgado para las mujeres, la masculinidad para los hombres no ha cambiado (Shoraka y cols., 2019).

La sociedad actual transmite modelos de perfección corporal mediante la presión ejercida por los medios de comunicación, la publicidad y el fenómeno de la imitación, que promueven la adopción de actitudes que son legitimadas por individuos que representan figuras de respeto, cánones que son particularmente interiorizados por los adolescentes, sobre todo mujeres, y por aquellos individuos con sobrepeso u obesidad, lo que implica un factor de riesgo para el desarrollo de alteraciones de la imagen corporal (Cortez, 2016).

Los niveles de severidad de las alteraciones de la imagen corporal se expresan por la intensidad sintomática, el nivel de riesgo y el grado de compromiso de la salud. El sufrimiento vinculado a estas alteraciones tiene un impacto importante en el funcionamiento cotidiano y determina múltiples aspectos de la vida de quienes los padecen, particularmente, de sus relaciones interpersonales. En el comportamiento se expresa de diferentes modos: evitación de situaciones sociales, reuniones familiares, estudio y/o trabajo, invertir muchas horas al día en rutinas de chequeo, comparación, corrección u ocultamiento de partes del cuerpo o la figura en general. Además, pueden aparecer sentimientos de vergüenza, ideas cuasi-delirantes en los casos más severos, coocurrencia de depresión y ansiedad, y suicidabilidad (Kirszman y cols., 2015).

La alteración de la imagen corporal puede manifestarse como una alteración de la percepción (es decir, distorsión) y del concepto (es decir, insatisfacción corporal). La alteración de la percepción implica la imposibilidad de evaluar con precisión el tamaño del propio cuerpo. La insatisfacción corporal incluye la percepción actitudinal o afectiva del propio cuerpo y los sentimientos y cogniciones negativos. Una imagen corporal negativa demuestra característicamente una insatisfacción

con el cuerpo o partes del cuerpo, preocupación por la apariencia y conductas como mirarse frecuentemente en el espejo, pesarse o evitar situaciones públicas (Hosseini y Padhy, 2022).

Aunque la imagen corporal no está necesariamente correlacionada con la apariencia física real, la preocupación excesiva por ésta hoy en día la ha establecido como concepto a estudiar en la investigación de la salud ya que se asocia con angustia psicológica y con comportamientos de salud deficientes (Vaquero-Cristóbal y cols., 2013; Rahtz y cols., 2018).

La apariencia de un individuo es única y se asocia a la importancia otorgada a la mirada del otro o la propia sobre sí mismo. Además, es fundamental para las experiencias y la interacción social, por lo que una desfiguración causada por defectos de nacimiento, enfermedades (y su tratamiento), traumatismos y quemaduras ponen a las personas desfiguradas en desventaja social, presentando dificultades en la vida social, interacción interpersonal, estigmatización y aislamiento (Mendes y cols., 2013).

2.2 FACTORES QUE AFECTAN LA IMAGEN CORPORAL

Hasta la fecha se han estudiado diversos factores que influyen en la imagen corporal, dentro de estos, se encuentran factores externos como los componentes socioculturales, medios de comunicación o el entorno familiar y social, los cuales pueden fomentar la prevalencia de estereotipos que afectan de manera directa a la satisfacción corporal. También se encuentran factores individuales como la edad, nacionalidad, género, índice de masa corporal (IMC), aspectos socioeconómicos, hábitos de sueño, actividad física o dieta, los cuales pueden influir en la satisfacción corporal. Y, por último, a nivel psicológico se encuentra la autoestima, la cual parece explicar la relación mediadora entre la insatisfacción corporal y la predicción de sintomatología depresiva (Jiménez y cols., 2021).

Dependiendo del grado de involucramiento de estos distintos factores, la imagen corporal puede verse afectada en menor o mayor medida. Dentro de los más comúnmente reportados es posible nombrar:

- **Índice de masa corporal (IMC)**

Uno de los factores más importantes que influyen en la imagen corporal y la satisfacción corporal es el IMC. Como componente biológico, se ha observado que el IMC contribuye al miedo a la evaluación negativa de la propia imagen corporal, es decir, miedo a ser evaluado desfavorablemente por la propia apariencia. Las personas con sobrepeso son más propensas a reportar la sensación de miedo asociada con ser evaluado negativamente mientras participan en situaciones sociales en comparación con sus contrapartes de peso normal. También tienden a mostrar actitudes afectivas negativas hacia su cuerpo (Hosseini y Padhy, 2022).

La discordancia de la imagen corporal está asociada con la insatisfacción con la imagen corporal y tiene un impacto negativo en la salud mental, incluida la disminución de la autoestima y el aumento de la depresión (Hosseini y Padhy, 2022). La insatisfacción con la imagen corporal, la restricción alimentaria, así como los comportamientos para la pérdida de peso durante la infancia son considerados factores de riesgo, que asociados a elementos biopsicosociales contribuyen a problemas como la dependencia al ejercicio y a los trastornos alimentarios (Jiménez-Flores y cols., 2017).

- **Familia**

La familia despliega una dinámica que enfatiza enseñanzas enfocadas en una vida saludable para prevenir enfermedades (alimentación equilibrada, práctica deportiva, mantenimiento de un peso adecuado), priorizando la salud por sobre lo estético. Es una influencia prominente y continua, ya que los niños desarrollan la necesidad de admiración y aprobación de los padres (Hosseini y Padhy, 2022).

Así como se desarrolla la primera infancia, la familia juega un papel importante en el desarrollo de la imagen corporal de los niños, en las actitudes frente al tamaño corporal y los patrones de alimentación. Los padres pueden aumentar o disminuir el riesgo de desarrollo de la imagen corporal y problemas de alimentación en sus hijos, directa o indirectamente, estos comportamientos pueden modelar la autocrítica e inspirar a los niños a juzgarse a sí mismos o a los demás en función de la apariencia y resaltar la importancia de adherirse a los ideales sociales y culturales del tamaño del cuerpo. De esta manera, los padres que prestan especial atención a las conductas de control de peso tienen una influencia significativa en la satisfacción corporal de los niños (Hosseini y Padhy, 2022). Algunas características familiares, como el nivel socioeconómico de la familia y vivir en grandes ciudades, también han sido algunos de los temas que han contribuido a la satisfacción corporal (Shoraka y cols., 2019). Sin embargo, si bien se atribuye gran relevancia a la opinión de los progenitores acerca de su apariencia, sigue siendo mayor la influencia de los pares en temáticas afines (Hosseini y Padhy, 2021).

- **Presiones sociales**

La aceptación social es el grado de pertenencia de una persona a una unidad social. Aunque la imagen corporal es un concepto mental, es observable como fenómeno social (Shoraka y cols., 2019).

La aceptación social es un componente crítico del ciclo de vida y es fundamental para el bienestar. A través del proceso de aprendizaje social, las personas observan, imitan y refuerzan su comportamiento para aumentar la probabilidad de aceptación social; esto es particularmente importante en los adolescentes para lograr la aceptación en los grupos de pares (Hosseini y Padhy, 2022).

Las presiones sociales son una de las causas más importantes de insatisfacción con el cuerpo. Cuando una persona siente que su apariencia está por debajo del criterio ideal, puede enfrentar sentimientos y actitudes inapropiadas hacia sí mismo, como baja autoestima o confianza en sí mismo, depresión, e incluso en algunos casos, fracaso académico (Shoraka y cols., 2019).

Las diferencias de género en torno a actitudes corporales también pueden influir en la apreciación de la imagen corporal. Tanto mujeres como hombres intentan presentar y mantener una forma corporal socialmente deseable (Hosseini y Padhy, 2021). Durante la adolescencia, se cursa un período altamente vulnerable para insatisfacción con la imagen corporal, especialmente para las mujeres, ya que la presión social por la estética femenina y las transformaciones biológicas propias de ese período presiona a las adolescentes con el mensaje de que se les valora y juzga por su cuerpo, instalándose un ideal estético corporal inalcanzable (Cruzat-Mandich y cols., 2016). Por otro lado, los hombres también tienen la presión de alcanzar una figura corporal determinada como ideal, es decir, también sufren la objetivación del cuerpo, sin embargo, la preocupación de su cuerpo involucra ganar masa muscular y fuerza física, ya que el logro de un cuerpo grande y musculoso está ligado a las visiones culturales de la masculinidad y el rol sexual masculino, que prescriben que los hombres sean poderosos, fuertes y eficaces (Mellor y cols., 2008; Cortéz y cols., 2016).

Si bien se ha estudiado que la insatisfacción corporal es relativamente estable a lo largo de la vida de las mujeres, estudios actuales sugieren que la imagen corporal de las mujeres mejora a medida que envejecen, ya que le dan mayor importancia a la función corporal por sobre la apariencia de sus cuerpos. En el caso de los hombres, se ha reportado que existe un ligero aumento en la satisfacción corporal a lo largo de la vida, en donde los hombres mayores muestran menos insatisfacción corporal que los hombres jóvenes, otorgándole mayor importancia (al igual que sus pares femeninos) a la funcionalidad corporal sobre la apariencia corporal (Hockey y cols., 2021).

- **Medios de comunicación**

Una de las razones más importantes de la insatisfacción con la imagen corporal en los adolescentes es el estándar social y el ambiente cultural que se crea a través de los medios de comunicación, revistas y canales satelitales. Además de su impacto directo en la visión y el comportamiento de las personas, los medios de comunicación pueden provocar un cambio en las actitudes de las personas

influyentes entre sus pares y redes familiares, provocando una presión indirecta sobre las personas (Shoraka y cols., 2019).

Se ha descrito que el impacto de los medios masivos de comunicación en la interiorización del prototipo de delgadez o el grado en que un individuo se involucra cognitivamente y afectivamente con los modelos de atractivo establecidos socialmente, está en estrecha relación con el grado de aceptación social lograda y la importancia atribuida por los adolescentes; además, es importante destacar que la constante exposición a los contenidos de los medios de comunicación, conduce hacia la aceptación de imágenes estéticas inalcanzables de mujeres y hombres como muestras de la realidad (Cortéz y cols., 2016).

- **Redes sociales**

Aunque históricamente hablando, los modelos corporales se han transmitido principalmente a través de los medios de comunicación tradicionales (televisión, radio, periódicos, revistas), en los últimos años ha habido un aumento y expansión del uso de las redes sociales. Debido a su constante disponibilidad y acceso (por ejemplo, a través de teléfonos inteligentes), las redes sociales pueden influir de manera más potente, en donde una activa participación en estas puede impactar negativamente en la imagen corporal. Se ha descrito que la comparación social basada en la apariencia física y la interiorización de ideales, corresponden a los principales mecanismos que intervienen en la percepción de la imagen corporal y que cumplen un rol fundamental en el desarrollo de insatisfacción corporal (Jiotsa y cols., 2021).

Asimismo, se ha documentado que las plataformas basadas en fotografías, en donde los usuarios deben publicar imágenes, son más perjudiciales para la imagen corporal porque se centran más en la apariencia física y porque además de recibir mensajes y comentarios sobre sus cuerpos, ven imágenes que están editadas y seleccionadas minuciosamente. Es precisamente este contenido de imágenes el que otorga a los usuarios más oportunidades para internalizar los ideales de

apariciencia, auto-objetivarse (es decir, aplicar la perspectiva de un observador al propio cuerpo) y hacer comparaciones negativas de su apariciencia (Hosseini y Padhy, 2022; Vandenbosch y cols., 2022).

- **Autoestima**

La autoestima es un término utilizado en psicología para reflejar la evaluación emocional general de una persona sobre su propio valor, definido como el grado en que uno se respeta, valora, aprueba, admira y se quiere a sí mismo. De esta manera, la autoestima afecta nuestra forma de ser, nuestra forma de actuar en el mundo y nuestra forma de relacionarnos con los demás (Braithwaite y cols., 2019).

La autoestima puede ser un factor potencial para reducir la asociación adversa del IMC, la imagen corporal y el miedo a la evaluación negativa. Una mayor autoestima puede servir como factor protector, disminuyendo la asociación negativa entre el IMC y los sentimientos de los individuos sobre su cuerpo, reduciendo también el nivel de ansiedad causado por los juicios desfavorables de los demás (Hosseini y Padhy, 2022).

Una baja autoestima es cuando se otorga un valor general negativo a uno mismo, impactando en muchos aspectos de la vida de una persona (Braithwaite y cols., 2019). Además, es uno de los factores que puede afectar la satisfacción del cuerpo. Se ha estudiado que tanto una baja autoestima como la insatisfacción corporal, predicen una variedad de resultados adversos o negativos para la salud, donde se incluyen el uso de conductas poco saludables de control de peso, trastornos alimentarios, angustia psicológica, entre otros.

Existen al menos cuatro factores que afectan los niveles de insatisfacción corporal y baja autoestima durante la adolescencia, entre ellos la edad, el sexo, el peso corporal y la raza / etnia. Se ha encontrado que la insatisfacción corporal es mayor al final de la adolescencia que al principio de ésta, mayor entre las personas con sobrepeso que entre las personas con peso promedio o bajo peso, mayor entre las mujeres que entre los hombres. También se ha encontrado que la autoestima es

menor entre las niñas que entre los niños y disminuye a medida que los adolescentes avanzan desde la adolescencia temprana hasta la tardía (Van Den Berg y cols., 2010).

- **Otros factores**

Las enfermedades crónicas pueden tener una influencia negativa sobre el autoconcepto. El estigma social debido a enfermedades graves como los trastornos endocrinos y los cánceres puede afectar la autoestima y la imagen corporal.

Se ha reportado una asociación entre experiencias de abuso y preocupaciones por la imagen corporal. El abuso físico y sexual influye fuertemente en la salud física y mental de las víctimas. La investigación ha demostrado que dicho abuso está asociado con síntomas más graves de depresión, una imagen corporal más negativa y baja autoestima, y una mayor propensión a los trastornos alimentarios (Kremer y cols., 2013).

La depresión y la obesidad son problemas de salud pública que tienen una asociación bidireccional, y ambos pueden afectar la percepción de la imagen corporal y mejorar o complicar las condiciones clínicas comórbidas (Silva y cols, 2019). Las personas con depresión tienden a distorsionar negativamente su imagen corporal, mientras que las personas con obesidad generalmente están más insatisfechas con su cuerpo (Hosseini y Padhy, 2021).

Además, actualmente se ha informado que el distanciamiento social y otras medidas de confinamiento asociadas con la pandemia de COVID-19 se han asociado con un aumento de los hábitos alimentarios desadaptativos y la insatisfacción corporal, en particular, en ciertos grupos con un diagnóstico de trastornos alimentarios (Robertson y cols., 2021).

2.3 CONTEXTO SOCIOPOLÍTICO DE USO DE VIOLENCIA POR AGENTES DEL ESTADO

Los estándares internacionales de derechos humanos son contundentes en exigir que el uso de la fuerza por parte de la policía en el manejo de manifestaciones debe ser un último recurso y guiarse por los principios de legalidad, necesidad, proporcionalidad y rendición de cuentas. El uso de la fuerza letal o potencialmente letal para mantener el orden frente a situaciones que no supongan una amenaza concreta a la vida o integridad física de terceros, se considera uso desproporcionado de la fuerza. La fuerza debe usarse de forma proporcional al objetivo legítimo que se persigue y en base a los principios anteriormente mencionados (Amnistía internacional, 2019).

El artículo 5 de la Convención Americana de derechos humanos, establece en su primer inciso, el derecho de toda persona a que se respete su integridad física, psíquica y moral y, en el segundo, la prohibición de ciertas conductas. Esto sugiere que la norma tiene un contenido mayor que la mera protección contra la tortura y demás conductas prohibidas y surge, entonces, el desafío de determinar su alcance y contenido teniendo esto en consideración. Puede sostenerse que la consagración de un derecho a la integridad personal revela dos aspectos de esta disposición: genera, por una parte, la obligación del Estado de no realizar ninguna acción u omisión de las prohibidas por el artículo 5 de la Convención y de impedir que otros las realicen; y por otra parte, alude a la cualidad de todo individuo de ser merecedor de respeto, sin que nadie pueda, en principio, interferir con él o con sus decisiones respecto de él, sugiriendo, de este modo, que el individuo es el dueño de sí mismo, tiene autonomía personal, y por lo tanto, está facultado para decidir a su respecto, sin que el Estado tenga, en principio, la facultad de impedirselo (Quiroga, 2005).

Desde el 17 de octubre de 2019, Chile vive un movimiento social de una escala sin precedentes. Este movimiento, nacido como reacción a los aumentos en los precios de los servicios públicos, rápidamente se transformó en una denuncia de las enormes desigualdades económicas y sociales de la sociedad chilena que se arrastran desde hace décadas (Castro y cols., 2021).

Frente a los actos de protesta que supusieron el daño de mobiliario urbano público y privado, el gobierno a cargo decretó estado de emergencia constitucional y se dio total facultad a las fuerzas armadas y Carabineros de Chile para la gestión y control de las movilizaciones. Su actuar, lejos de calmar las movilizaciones y demandas legítimas, fortaleció aún más la participación y convocatoria de la ciudadanía en las calles exigiendo demandas sociales ya impostergables, especialmente en salud, educación, previsión social y en materia de género y pueblos indígenas (Amnistía internacional, 2019).

Es en este contexto político-social que se instala una represión política que utiliza una violencia desmedida, en donde la policía chilena utilizó camiones con cañones de agua, gases lacrimógenos, gas pimienta, batones y proyectiles de impacto cinético (“balas de goma”) como herramienta para calmar las manifestaciones. Esto resultó en varias personas heridas, situación que da cuenta el informe realizado por el Instituto Nacional de Derechos Humanos (INDH) durante el período del 17 de octubre al 30 de noviembre de 2019, el cual da cuenta de 3.583 personas agredidas físicamente (2.050 heridos por disparos de balas, perdigones, bombas lacrimógenas y balines), varias torturadas y violadas (777 querellas por tortura y 137 por violencia sexual), sobre 30 muertos en distintas circunstancias, 359 personas con traumatismo ocular, varias decenas con pérdida de uno o ambos globos oculares por balines y bombas lacrimógenas (INDH, 2019)

En relación con el uso de armas potencialmente letales como una herramienta táctica para el control de manifestaciones, se ha documentado que las armas de control de multitudes (ACM), son armas menos letales utilizadas por los organismos encargados de hacer cumplir la ley como método para limitar la escalada de un conflicto y minimizar el número de víctimas. Desde su introducción en 1970, el uso de proyectiles de impacto cinético, un tipo de ACM diseñado para incapacitar a las personas infligiendo dolor o lesiones subletales, ha sido reportado en un número creciente de países donde surgieron protestas sociales, incluidos Francia, España, Hong Kong, Líbano y Argentina (Rodríguez y cols., 2021).

Durante los disturbios civiles en Chile, se identificaron agentes que dispararon hacia zonas de alta letalidad como la cabeza y el tórax, lo cual, sumado al hecho de que se trataba de una munición notoriamente indiscriminada, produjo que cientos de personas sufrieran lesiones oculares y maxilofaciales (INDH, 2019). Es en este sentido que la Unidad de Traumatismos Oculares del Hospital del Salvador, en alianza con el Colegio Médico de Chile y la Sociedad Chilena de Oftalmología, elaboran un informe diario alertando sobre el drástico aumento de casos de traumatismos, especialmente del tipo ocular. Debido a lo anterior, el director de Carabineros de Chile emitió una orden que limitaba el uso de proyectiles de impacto cinético. Sin embargo, se difundió un estudio de análisis químico de las balas, mostrando una composición diferente a la declarada por Carabineros, por lo que se decretó su prohibición parcial el 19 de noviembre (Rodríguez y cols., 2021).

A pesar del retiro de la declaración de estado de emergencia y la adopción de varias medidas sociales, las protestas continuaron durante varios meses, incluso dos años después, el movimiento social sigue activo e imponiendo una Asamblea Constituyente (Castro y cols., 2021).

La violencia social indiscriminada vivida durante la crisis social en Chile podría considerarse potencialmente traumática, por cuanto constituyó un hecho extremo que desbordó la capacidad de respuesta psicológica de muchas personas. Una situación traumática puede alterar de forma temporal o definitiva la capacidad de afrontamiento y el concepto de sí mismo, y en algunos casos, puede llegar a dominar la conciencia de la víctima, despojando la vida de significado y felicidad e incluso, puede romper la relación entre la persona y su comunidad, poner en duda la creencia compartida de que la gente es buena, disminuir drásticamente el valor que las personas se otorgan a sí mismas y la creencia de que sus actos tienen algún sentido o que aportan al bienestar común (García y cols., 2016).

A raíz del quiebre causado en las creencias fundamentales de las personas que sufren un trauma, se produce una falta de confianza en el cambio, en el progreso social y en las instituciones; esto se ve potenciado si lo que genera el trauma es un

hecho de violencia colectiva, el cual puede producir heridas duraderas e imborrables en el conjunto del cuerpo social. De esta manera, la violencia social tiene efectos sobre quienes la ejercen, quienes la reciben o quienes la presencian (García y cols., 2016).

2.4 AFECTACIÓN DE IMAGEN CORPORAL POR TRAUMATISMO MAXILOFACIAL

Se estima que las lesiones traumáticas, tanto las sufridas de manera no intencional por accidentes como las relacionadas con la violencia, constituyen aproximadamente el 8 % de las muertes en todo el mundo cada año y representan aproximadamente el 10 % de los años de vida que vive una persona con una discapacidad (OMS, 2021).

La experiencia de una lesión traumática aumenta el riesgo de problemas de salud mental, abuso de sustancias, enfermedades crónicas como enfermedades cardiovasculares y diabetes tipo 2, así como pobreza, delincuencia y violencia. Además, si resulta en una desfiguración visible, probablemente conlleva una carga psicosocial adicional (Sarwer y cols., 2022).

El rostro es la primera forma de reconocimiento del ser humano ya que expresa nuestra personalidad, comunica ideas y expresa la intensidad de las emociones, siendo fundamental para la comprensión de nuestra identidad. Por lo tanto, es un componente vital de la personalidad y la imagen corporal (Mendes y cols., 2013). Tiene un papel particularmente importante en las interacciones humanas, y más que cualquier otra parte del cuerpo, está íntimamente ligado a nuestro sentido del yo, identidad, empatía, atracción y comunicación (Rahtz y cols., 2018).

El área maxilofacial, es la parte más expuesta del cuerpo y es particularmente propensa a trauma. Un traumatismo en esta zona provoca lesiones en los componentes del esqueleto, dentadura, así como en los tejidos blandos (Morales y cols., 2016).

Las personas con una desfiguración facial se califican como menos atractivas y presentan rasgos de personalidad menos positivos en comparación con aquellas que están menos desfiguradas o no desfiguradas (Sarwer y cols., 2022). Se ha reportado que las personas con deformidades faciales se ven a sí mismos como impedidos socialmente, con restricciones y carentes de habilidades sociales (Sáenz-Poma y cols., 2018).

Por otro lado, los estudios reportan similitudes en cuanto a las consecuencias psicológicas del trauma maxilofacial, siendo los síntomas más frecuentemente observados ansiedad, angustia, depresión y trastorno de estrés postraumático. (Hull, 2003; Krishnan y Rajkumar, 2018). Esto cobra especial importancia, ya que su alta frecuencia puede conducir a un deterioro de la vida cotidiana y requerir atención en la unidad de salud mental de los servicios de salud para su recuperación física y psicológica (Kishore, 2020). Debido a esto, los problemas psicológicos postraumáticos deben ser reconocidos y tratados, ya que, de lo contrario, pueden volverse crónicos (Hull, 2003).

El estigma y la discriminación contra las personas con una desfiguración visible también es común. Se ha reportado que personas adultas con desfiguración facial o corporal sufren estigmatización en situaciones sociales, incluidas las amistades y las relaciones sentimentales, así como también discriminación en el lugar de trabajo. De hecho, se ha documentado que casi dos tercios de los adultos con desfiguración facial evitan las situaciones sociales y el 71% de las personas informaron que los demás no querían tener una relación sentimental con ellos debido a su apariencia. Además, casi el 50% de estos adultos informó que su apariencia había afectado la posibilidad de ser contratados para un trabajo (Sarwer y cols., 2022).

Los traumas generalmente modifican el bienestar físico y psiquiátrico del paciente de formas inesperadas. Para el traumatismo facial, la mayor disminución de la calidad de vida se produce principalmente inmediatamente después del trauma, ya que generalmente los afectados se encuentran en una etapa productiva de sus vidas (Conforte y cols., 2016).

El curso de recuperación de una lesión traumática está relacionado con la calidad de la atención médica otorgada durante el tratamiento. Una atención de emergencia de calidad puede contribuir a reducir el riesgo de muerte, discapacidad y ajuste psicosocial. Los servicios de rehabilitación de alta calidad y la promoción de una inclusión comunitaria mediante la eliminación de las barreras a la participación social y económica, pueden garantizar que las personas que experimentan una discapacidad después de una lesión traumática disfruten de la vida más plena posible (Sarwer y cols., 2022). El tratamiento quirúrgico cuando está indicado, parece ser un factor que contribuye a mejorar la calidad de vida de estos pacientes. Sin embargo, se ha reportado que después de un tiempo los pacientes aún presentan dificultades y no han reanudado sus actividades diarias con normalidad (Conforte y cols., 2016).

En consideración a lo anteriormente expuesto, un trauma, sea por la razón que sea, puede afectar la esfera psíquica de las personas involucradas, pudiendo llegar a alterar la percepción de sí mismas. Además, conlleva un proceso de ajuste y adaptación tanto para la persona afectada como su entorno, y en la mayoría de los casos, implican desafíos con cambios profundos en su proyecto de vida.

Las lesiones provocadas por agentes del Estado impactaron no solo de manera física a las víctimas, sino que también, en el plano emocional y psicosocial. Es en este sentido que, debido al alto significado psicológico del área maxilofacial, es de especial interés estudiar el impacto del daño asociado al trauma sobre la imagen corporal, con el fin de obtener información valiosa que ayude a identificar cómo el cambio en la imagen corporal afecta la calidad de vida en estos pacientes, aportando recomendaciones para el equipo de salud que se puedan aplicar en el quehacer odontológico. Para tal efecto, el uso de investigaciones cualitativas se hace imperativo para estudiar este tipo de escenarios sociales, donde se requiere especial sensibilidad para conocer y explorar las diferentes experiencias de las personas involucradas, aportando una descripción rigurosa que ayude al investigador a complementar su conocimiento biomédico y así desarrollar consideraciones para un plan de atención individualizado.

3. PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

¿Cómo el trauma maxilofacial ocasionado por agentes del Estado afecta la imagen corporal de personas víctimas de violencia durante la movilización social en Chile en el año 2019-2020?

4. OBJETIVO GENERAL

Explorar cómo el trauma maxilofacial ocasionado por agentes del Estado afecta la imagen corporal de personas víctimas de violencia durante la movilización social en Chile en el año 2019-2020.

5. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- a.** Explorar la imagen corporal posterior al trauma maxilofacial ocasionado por agentes del Estado en personas víctimas de violencia durante la movilización social en Chile en el año 2019-2020.
- b.** Conocer las experiencias que afectan la imagen corporal posterior al trauma maxilofacial ocasionado por agentes del Estado en personas víctimas de violencia durante la movilización social en Chile en el año 2019-2020.

6. MATERIALES Y MÉTODOS

6.1 DISEÑO

Estudio observacional, exploratorio, basado en metodología cualitativa para el análisis de información del contenido de entrevistas en profundidad realizadas a participantes víctimas de trauma maxilofacial ocasionado por agentes del Estado de Chile.

6.2 CRITERIOS DE SELECCIÓN

Para efectos de este estudio se incluyeron personas, tanto mujeres como hombres de cualquier edad que sufrieron traumatismo maxilar, facial y/o ocular ocasionado por acciones de violencia ejecutadas por agentes del Estado de Chile (policías) en el contexto de la movilización social en el año 2019-2020, 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 y que aceptaron las opciones de tratamiento tanto en las distintas unidades de servicio de la Universidad de Chile como en otros servicios de salud. Los y las voluntarios/as, dieron su consentimiento en forma escrita para participar en esta investigación.

6.3 MUESTRA

Para efectos de este trabajo de investigación, se consideró una muestra constituida por 5 personas, mujeres u hombres de cualquier edad, con residencia en Chile que sufrieron traumatismo maxilar, facial y/o ocular ocasionado por acciones de violencia ejecutadas por agentes del Estado de Chile.

El tamaño de la muestra se definió por medio de un muestreo teórico, el cual consiste en la recolección de datos para generar teoría por la cual el analista selecciona, codifica y analiza la información y decide qué datos escoger y dónde encontrarlos. Por lo tanto, el proceso de recolección de información está controlado por la teoría emergente (Glaser y Strauss, 1967) en donde las decisiones iniciales para la recolección teórica de información están basadas en una perspectiva

sociológica general y sobre un tema general o el área del problema que se pretende desarrollar, y no en una estructura teórica preconcebida. El objetivo del muestreo teórico es maximizar las oportunidades de comparar acontecimientos, incidentes o sucesos para determinar cómo varía una categoría en términos de sus propiedades y dimensiones (Strauss y Corbin, 1998).

Luego de realizadas las entrevistas correspondientes, se reunieron los datos de las distintas experiencias de las personas entrevistadas, hasta cuando la recogida de nuevos datos ya no aportaba información adicional o relevante para explicar las categorías existentes o descubrir nuevas categorías con cada entrevista adicional (Vivar y cols., 2010), es decir, hasta obtener saturación teórica, que es cuando el investigador estima que una nueva fase de trabajo de campo no aportará mucho más a su explicación alcanzada (Borda y cols., 2017).

6.4 ENTREVISTA

El acceso a los participantes voluntarios se realizó a través del servicio de atención clínica correspondiente en el cual recibió tratamiento. El profesional tratante se contactó con los beneficiarios de los programas de atención a víctimas de represión por agentes del Estado y se consultó por su disposición e interés en participar en dicha investigación. Posteriormente, en caso de una respuesta afirmativa, el investigador responsable tomó contacto con los interesados para explicar en qué consistía el estudio y así proceder a realizar el proceso de consentimiento informado. Luego se realizó una entrevista en profundidad (semiestructurada) con el objetivo de recoger las experiencias de personas que sufrieron trauma físico por acción de violencia de agentes del Estado. Dicha entrevista tuvo una duración aproximada de 2 horas y fue registrada mediante una grabadora digital en aquellos casos que se realizó de manera presencial o cuando la reunión se concretó por Zoom, se grabó directamente desde esta plataforma. Posteriormente fue transcrita de acuerdo a un formato que permitió la identificación de las respectivas intervenciones (entrevistador-entrevistada). El texto fue analizado con el objetivo de generar categorías con sus propiedades y dimensiones.

- **Escenario de entrevista**

Las entrevistas se llevaron a cabo de manera presencial o por Zoom, dependiendo de cuál modalidad se ajustara a la conveniencia del entrevistado.

Cuando la modalidad acordada fue presencial, la sesión de entrevista se realizó en un lugar de común acuerdo con el entrevistado, de manera de facilitar un clima de confianza y distensión que permita un relato sincero y espontáneo.

En caso utilizar la plataforma Zoom, se solicitó al entrevistado buscar un lugar cómodo, tranquilo y sin mucha distracción, de tal manera de no ser interrumpido por terceros durante la realización de la entrevista. Además, se sugirió el uso de audífonos en caso de querer resguardar su privacidad.

La sesión fue programada de forma anticipada, acordando el día, hora y lugar de encuentro (en caso de ser presencial) de forma telefónica o en persona. Nadie más que el entrevistador y el entrevistado permanecieron durante la realización de la entrevista. Se dispuso la utilización de pausas cuando el entrevistado estimara conveniente.

Se utilizó una grabadora digital de audio o grabación por Zoom para transcripción del relato del paciente, y de acuerdo con la experiencia del investigador, ésta no interfirió en la disposición de la persona participante a un relato sincero, espontáneo y profundo.

- **Estilo de la entrevista**

Por ser una entrevista en profundidad que utilizó un guion de temas, la entrevista fue abierta, asumiendo el entrevistador un rol facilitador del diálogo y de la expresión de ideas y emociones, dejando libertad al entrevistado para explayarse. El sello de autenticidad de la entrevista en profundidad es el aprendizaje de lo que es importante en la mente de los informantes: sus significados, perspectivas y definiciones; el modo en que ellos ven, clasifican y experimentan el mundo (Taylor, 1987).

El entrevistador marcó el ritmo de la entrevista de manera de permitir que, en un espacio temporal aproximado de 2 horas, fuera posible desarrollar todos los temas de interés que se habían propuesto previamente como también dejar espacio para el surgimiento de otros. La entrevista se desarrolló 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 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 tanto 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 realizar unas últimas preguntas y cerrar temas. Por último, se agradeció la participación del voluntario y se le informó la posibilidad de otra entrevista si fuese necesario por razones metodológicas.

- **Análisis de entrevistas**

La ordenación de los datos obtenidos es de suma importancia para poder procesarlos y utilizarlos de acuerdo a los fines y propósitos de la investigación. Con este objetivo, para el análisis del contenido de las entrevistas se comenzó con la identificación de la procedencia de los datos, en donde a cada participante se le asignó el número de la entrevista correspondiente (E1, E2, E3, E4 y E5), mientras que, para las citas de las entrevistas, se utilizó el número de línea correspondiente en la transcripción de estas.

La primera etapa de análisis de las entrevistas implicó un primer acercamiento a través de la lectura de las transcripciones. En una segunda etapa, se examinaron e interpretaron los datos línea por línea, se les asignó un código y posteriormente se agruparon mediante “categorías” (codificación abierta). En la tercera etapa de análisis se lleva a cabo la codificación axial, en la cual se relacionan las categorías en cuanto a sus propiedades y dimensiones y se reagrupan los datos de la codificación abierta. En esta etapa es muy importante el número de veces que el concepto se repite (saturación teórica). La cuarta etapa consistió en realizar la codificación selectiva, en la cual las categorías principales se integraron para reducir el número de conceptos y delimitar así la teoría, por lo tanto, la codificación selectiva explica y da sentido a todos los datos y sus relaciones. Finalmente, con las categorías definidas, se interpretó la información obtenida y se redactó de tal manera de obtener respuestas que logren un acercamiento al objetivo de investigación.

6.5 IMPLICANCIAS ÉTICAS

- **Análisis de riesgo-beneficio**

Se reconoce que las posibilidades de un tratamiento adecuado en salud dependen en parte de la situación psicológica de quien demanda la atención, por ello se hace imprescindible disponer de información y conocimiento de las consecuencias psicológicas de las personas víctimas de agentes del Estado. De modo que, los equipos de salud públicos y privados cuenten con herramientas para contener y rehabilitar a estos pacientes, lo que favorecerá las posibilidades de éxito de los programas y tratamientos rehabilitadores que aborden no solo la rehabilitación física, sino que también promuevan una rehabilitación psicosocial.

Aun cuando toda investigación implicó un riesgo, los investigadores tomaron todos los resguardos para que las entrevistas se realizaran en un marco de respeto, generando un clima de contención y resguardo. Conscientes de que la entrevista llevó al paciente a evocar una situación de violencia vivida, se cauteló la no revictimización durante la entrevista de modo que la sesión se desarrolló en un

escenario que facilitó el clima de confianza para el entrevistado, siguiendo la metodología establecida y colocando a disposición los equipos de profesionales de salud mental de la Universidad.

- **Resguardo de la confidencialidad**

Para asegurar la confidencialidad de cada persona que decidió participar del estudio, se utilizaron códigos numéricos especiales de identificación, los cuales son conocidos solo por los investigadores (GR y AH, psicólogos) que realizaron las entrevistas. Los registros de los audios y transcripciones de las entrevistas fueron guardados con estos códigos en el disco duro de los computadores asignados al proyecto. Estos documentos fueron grabados en archivos digitales que disponen de una clave de acceso, la que está en conocimiento solo de los investigadores del proyecto. Los documentos físicos de consentimientos informados se mantendrán en archivadores acopiados en un mueble cerrado con llave.

- **Consentimiento informado**

Los pacientes que accedieron a participar del estudio debieron expresar su voluntad de participar de éste. Para ello se les entregó un consentimiento informado en formato físico o digital, 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 director del proyecto, 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.

7. RESULTADOS

La tabla 1 muestra las características sociodemográficas y relacionadas al trauma de los entrevistados, dos mujeres y tres hombres, todas víctimas de acciones de violencia por agentes del Estado de Chile. Los datos se presentan de acuerdo a edad, género, ocupación, diagnóstico o tipo de trauma, tratamiento rehabilitador recibido y tipo de previsión de salud de cada uno de los entrevistados.

Tabla 1: Características sociodemográficas de la muestra

Entrevista	Edad	Género	Ocupación	Diagnóstico/tipo de trauma	Rehabilitación	Previsión de salud
1	Sin datos	Masculino	Estudiante	Trauma ocular	Prótesis ocular	Sin datos
2	43	Femenino	Fotógrafa/ Estudiante trabajo social	Trauma Facial y Dentoalveolar	Cirugía/ Rehabilitación oral	Isapre
3	24	Masculino	Operador industrial	Trauma dentoalveolar	Rehabilitación oral/ implante dental	Fonasa
4	61	Femenino	Cuidadora de adulto mayor	Trauma ocular	Prótesis ocular	Fonasa
5	24	Masculino	Estudiante	Trauma dentoalveolar	Rehabilitación oral	Isapre

Respecto a la edad, es posible observar un amplio rango etario en los entrevistados que comprende desde la segunda hasta sexta década de vida aproximadamente. En cuanto a la ocupación, tres entrevistados se encontraban desarrollando alguna actividad laboral, mientras que los dos restantes referían estar cursando una carrera en la educación superior. Otro aspecto a destacar es que todas las personas que consultaban en el programa recibieron algún tipo de tratamiento rehabilitador, independiente del tipo de trauma o previsión de salud.

Considerando los datos anteriormente expuestos y el relato plasmado en cada una de las entrevistas, fue posible realizar un análisis más detallado que permitió

recoger las experiencias de las víctimas y explorar cómo el trauma maxilofacial afectó la imagen corporal producto de las acciones de violencia ocasionada por agentes del Estado durante la movilización social en Chile en el año 2019-2020, logrando así, una aproximación al objetivo de investigación. Mediante el método de análisis de contenido de las entrevistas y luego de múltiples lecturas, procesos de codificación abierta, axial, selectiva y triangulación permanente de los fenómenos, surgieron tres categorías generales de experiencias: Alteración de imagen corporal, Aceptación de nueva imagen corporal y Consecuencias sociales de la nueva imagen corporal. En cada una se distinguen subcategorías que dan origen a un modelo conceptual que resume y grafica los principales hallazgos que dan respuesta al objetivo de investigación.

Alteración de imagen corporal

Debido al trauma ocasionado por acciones de violencia por agentes del Estado, múltiples ámbitos de la vida de las víctimas se vieron profundamente afectados, siendo la imagen corporal un aspecto relevante para el estudio, debido a la estrecha relación con la identidad personal. Independiente de la gravedad, tipo de trauma o de la pérdida orgánica, la principal consecuencia es una alteración de la imagen corporal, constituyéndose ésta como la primera categoría por analizar y a partir de la cual surgen cuatro subcategorías: afectación emocional, importancia de la apariencia física previa, no reconocerse y afectación con perspectiva de género, las cuales intentan explicar las distintas dimensiones que influyen en que la imagen corporal se vea alterada (Ver figura 1).

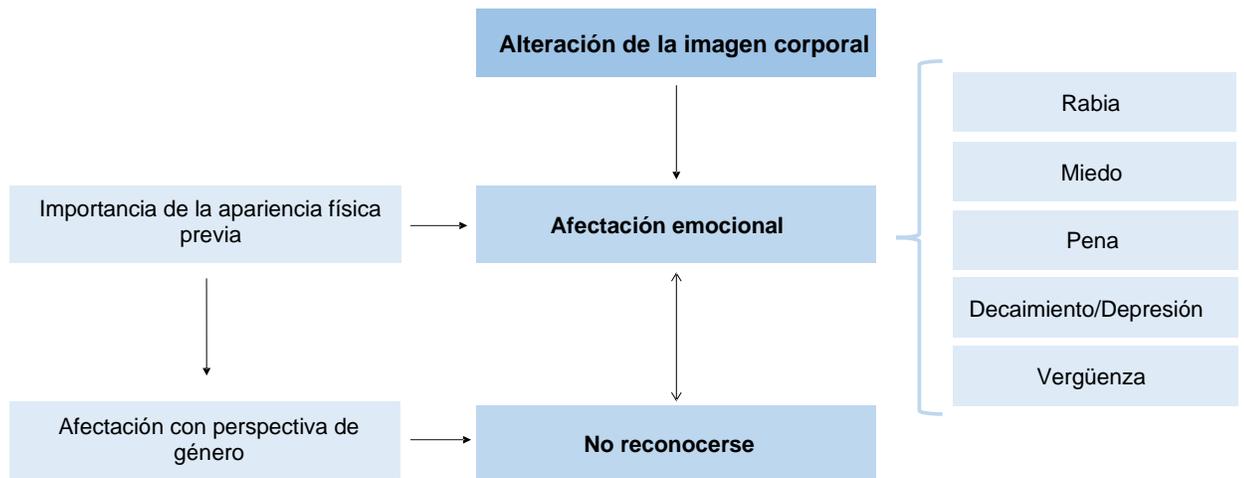


Figura 1: Alteración de la imagen corporal

De acuerdo con lo descrito en las entrevistas, existe una alteración de la percepción de la imagen corporal, siendo el factor emocional un denominador común en el relato de las víctimas. Dentro de las emociones referidas por los entrevistados, se encontraron rabia, miedo, pena, decaimiento/depresión y vergüenza, todos sentimientos negativos que se presentan de manera similar tanto en personas afectadas por trauma ocular como en trauma dentoalveolar o facial.

Además, es atinente mencionar que ninguno de los entrevistados refirió sentimientos o emociones positivas hacia su nueva imagen corporal.

“...Era como doloroso igual po’, lavarse los dientes y el reflejo de... o sea yo tenía igual mucho miedo de mirarme al espejo...[sic]” (E1, 168-170)

“...Uff yo creo que igual fue un proceso como súper denso, como de mucho de cómo sacarme fotos y oh’ que paja, que paja verme así...[sic]” (E1, 440-441)

“...No me veía, no me gustaba mirarme al espejo...” (E2, 402)

“...Tenía miedo, tenía rabia, tenía pena porque era un diente, imagínese la primera pieza de aquí yo... imagínese después de perder el diente estuve casi un mes sin diente y pasé el cumpleaños de mi hijo sin diente, no me saque casi ninguna foto en el cumpleaños de mi hijo por lo mismo porque... no, fue algo súper fome los primeros meses...[sic]” (E3, 116-120)

“...Me costó mucho retomar mi vida sexual después...con mi pareja...porque me sentía no sé le tenía un terror de verdad esto es una cosa muy íntima mía...me daba terror ser tuerta y estar en la cama sexualmente...sentía que algo me iba a pasar en el ojo...[sic]” (E4, 844-847)

“...Que me faltaban las paletas po’, o sea que no podía sonreír esa era la cosa... no podía sonreír... no quería sonreír... entonces, yo generalmente soy una persona que le gusta reír, que le gusta pasarlo bien, reír con mis amigos, reír en general y no podía reír, no quería reír ... entonces eso si fue...[sic]” (E5, 395-397)

Por otro lado, según lo analizado, esta afectación emocional, consecuencia de una imagen corporal alterada, tiene como precedente el valor de la apariencia física previa al trauma, donde lo relevante no es solo el cambio físico por sí mismo, sino el significado personal que cada víctima le atribuye a éste y cómo influye en sus estados de ánimo.

“...Sentía que mis dientes, mis dientes ¿cachái? Porque yo me cuidaba mucho mi dentadura, mis dientes porque mi mamá siempre me dijo, es tu carta de presentación entonces yo me los cuidaba mucho, entonces los tenía parejitos y todo, entonces me decía mis dientes, mis dientes, porque yo siento el impacto y después tuve sangre en la boca, entonces tuve que escupirla, porque también sentía parte de la muela que me molestaba ¿cachái?, entonces la escupí, y ahí dije ¡mis dientes! ¡Perdí mis dientes! (solloza)...[sic]” (E2, 164-170)

Además, es relevante señalar que la pérdida orgánica producto del trauma impacta de manera distinta de acuerdo con el género de las víctimas, observándose una mayor afectación en mujeres, quienes refieren que tanto su autonomía como los aspectos relacionados con su feminidad se vieron profundamente trastocados. Cabe destacar que todas las víctimas incluidas en esta subcategoría fueron víctimas de trauma ocular.

“...Tengo que estar sentada prácticamente, así como una no vidente total eh eso me da mucha rabia, depender de otras personas, que me tengas que llevar a esos lugares eh no me puedo maquillar, nunca más me he pintado, yo me maquillaba como toda mujer, rímel, pintura en los ojos...no me puedo pintar...[sic]” (E4, 838-841)

Considerando lo anteriormente referido, sentir que una parte del cuerpo fue arrebatada y probablemente solo se pueda sustituir artificialmente, conlleva un largo camino de aceptación, adaptación y recuperación ya que como se mencionó anteriormente, no solo se debe considerar la naturaleza de la pérdida, sino que también, el sentimiento de pertenencia respecto al cuerpo, el valor que cada víctima le atribuye a éste y cómo se relaciona con la identidad personal. Es en este sentido que, el tipo trauma, ya sea ocular, dentoalveolar o facial, influye de manera significativa en cómo se reconoce cada persona. De acuerdo con lo señalado en las entrevistas, se encontró que posterior al trauma el proceso hacia la aceptación y adaptación de la nueva imagen corporal se torna dificultoso y conlleva ineludiblemente a no reconocerse, fenómeno observado mayoritariamente en participantes que fueron víctimas de trauma dentoalveolar y facial.

“...por un tema también de inseguridad, porque mi cara era otra po’ ¿cachái?, si yo... aquí tengo un tajito y tengo como levantado, no se nota mucho en la imagen, pero como que no soy yo todavía...” (E2, 37-40)

“...Porque yo no soy yo po’, esta no soy yo, yo no tenía mi nariz así, yo no tenía mi boca así, ellos me conocieron de la otra forma...” (E2, 483-484)

“... E: Cuando a ti te pusieron un diente provisorio y ahora el definitivo, sientes que... ¿Qué sientes? ...P: Noo, igual me siento distinto porque igual es algo que no tengo ahí, entonces ando así (realiza un gesto al parecer) todo el día...” (E3, 464-469)

Aceptación de nueva imagen corporal

De acuerdo con las experiencias recogidas, el cambio en la percepción de sí mismo involucra un fenómeno de aceptación de la nueva imagen corporal. A partir de esta categoría, surgen cinco subcategorías: reacción cognitiva, reacción emocional, cambios en la autoestima, resiliencia, superación y/o desarrollo personal y modificación de plan de vida, las cuales intentan proporcionar una explicación de qué aspectos aborda la aceptación de la nueva imagen corporal y qué implicancias supone para las víctimas (Ver figura 2).

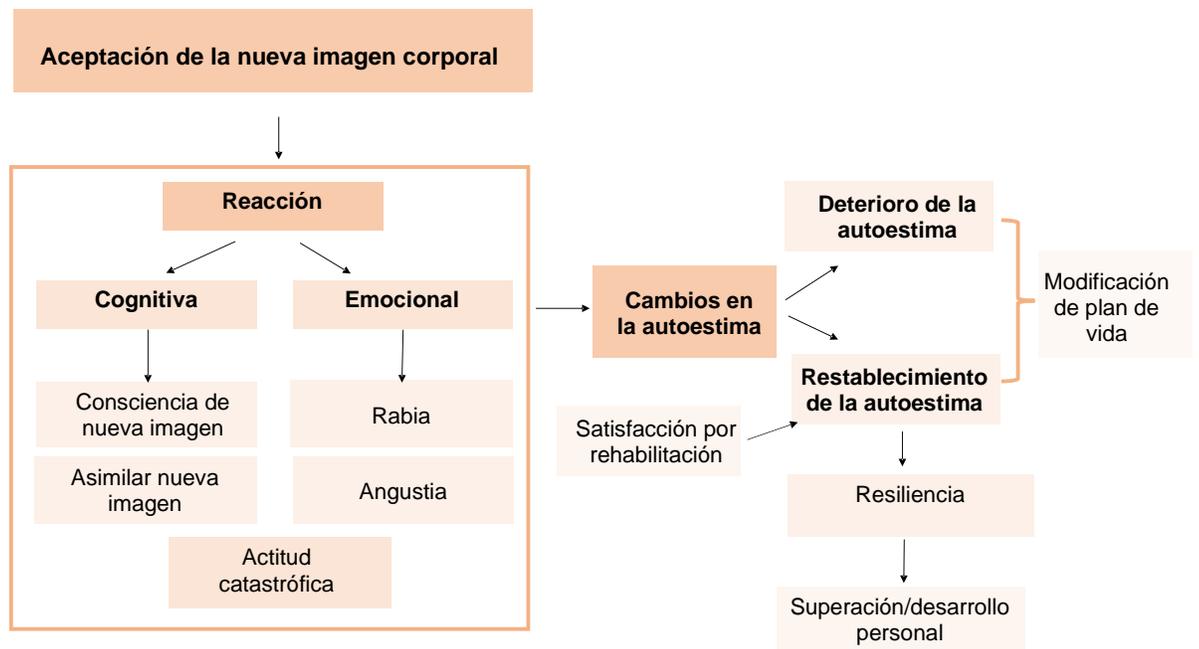


Figura 2: Aceptación de la nueva imagen corporal

En base a lo referido por los entrevistados, se encontró que ante la nueva imagen corporal hay una reacción de tipo cognitiva y emocional. En cuanto a la reacción cognitiva, se detectaron dos fenómenos que experimentaron las víctimas al recordar el episodio traumático: tomar conciencia de la nueva imagen corporal y asimilar la nueva imagen corporal.

El tomar conciencia de la nueva imagen corporal posterior al trauma, puede conducir a distintas formas de aceptación de la nueva imagen, en algunos casos se acepta desde un sentimiento tranquilizador por las consecuencias físicas (aparentemente) menores sobre el cuerpo, minimizando de esta manera la severidad del daño, mientras que, en otros casos, el ser conscientes de las secuelas físicas obliga a tomar conocimiento de su connotación en el cuerpo, imagen y entorno directo.

“...Igual me da cosa hablarlo, porque lo recuerdo y me da pena, pero... pero tengo que igual ser consciente de que pudo ser más grave y eso... eso es lo que igual me tranquiliza un poco, que gracias a Dios fue solo un diente y no fue algo más po’...” (E3, 494-496)

“Asumí en mi cabeza...ojo...pérdida total ¿Qué significara eso?, no se po’...me voy a quedar ciega, no se po’ se me pasaron mil cosas, pero mi hijo como se quebró, yo me puse a darle fuerzas a mi hijo” (E4, 287-288)

Cuando ya se es consciente de que hay un cambio, se desarrolla otro proceso cognitivo: asimilar la nueva imagen corporal, un camino para comprender e integrar las experiencias traumáticas y sus marcas físicas, facilitando de esta manera, la adaptación y la aceptación de la imagen corporal, que comienza a presentar un nuevo aspecto.

“...Poco a poco lo empecé a hacer más, como ya esta es tu cara, empezar a reconocer, a aceptar, y claro po’ como que esa aceptación estuvo, pero simultáneamente también fue como triste, como la falta de armonía...” (E1, 370-372)

“...Ya no tenía que lidiar con mis pensamientos míos sobre mi cara, si no que era como literal como hay algo distinto, acéptalo o húndete con eso jejeje y creo que, como obvio que me bajonié’ caleta, pero siento que fue una de las cosas que más fácil fui superando, como que me afectaba más sobre todo en el principio, como hinchazón, como marcas, como mucha, muchas cosas al mismo tiempo, ya después cuando había recuperado el mismo volumen toda esta parte de la cara, era solo una cosa roja en vez de un ojo, era como ya estuviste peor...[sic]” (E1, 445-451)

El segundo aspecto por considerar es la reacción de tipo emocional. Según lo referido por los entrevistados, fue posible detectar un conjunto variado de sentimientos que hacen alusión a cómo se afronta y acepta el cambio de la imagen corporal producto del trauma, destacando entre ellas, la rabia y la angustia.

“...A mí me molestaba mucho que me vieran sin el ojo, porque sentía que era como un remarque constante, ¡ya yo no veo!, pero ¿por qué tenía que tener esa imagen cambiada de mí, cara hinchada, del parche, de la ‘hueaita’, de todo? eso me afectaba harto en un principio, me daba harta rabia, pero también simultáneamente estaba, así como, ¡ya po’ así soy!, ¿porque tendría que ocultar esto? ...[sic]” (E1, 343-347)

“...Intentar procesar toda esta información como...sentir que no era el momento de... de... de como gritar, y tirar todas las emociones de golpe porque sentía que ya había tenido esas emociones como el día anterior y estaba como intentando controlarme un poco más, entonces como que claro, como que yo sentía como que ya no tengo globo, que se hace con las personas que no tienen globo ¿cómo que necesito hacer?” (E1, 286-290)

“...Creo que podría ser la palabra como angustia de empezar a sentir mis dientes y saber que me faltaban dientes...pero a la vez paz de saber que estaba saliendo de ahí, de que me estaban sacando de ahí (lugar donde ocurrió el trauma, Plaza Italia), estaba esa tranquilidad, pero también sabía que lo que se venía no era

para nada bonito y que, y que me había hecho mucho daño...” (E5, 115-119)

Además, cabe destacar la presencia de una actitud catastrófica, un tipo de reacción que se da desde un plano cognitivo y emocional, donde por un lado las víctimas desarrollan un pensamiento donde no ven solución a sus problemas, proyectando un escenario trágico y, por otro lado, predomina un sentir desde el miedo y la ansiedad.

“...Creo que la impresión cuando tenía la cara hinchada creo que era que iba a estar demasiado demacrado por el resto de mi vida, pero en realidad no po, porque en parte era como la exageración de cuando uno sobre magnifica el problema...” (E1, 484-487)

De acuerdo con lo analizado en las entrevistas, las reacciones cognitivas y emocionales estuvieron presentes en sus distintas formas en todos los tipos de trauma, y dependiendo de la predominancia de una u otra reacción, causaron cambios en la autoestima. En los casos donde los sentimientos o pensamientos predominantes fueron de carácter negativo, se produjo un deterioro de la autoestima.

“...P: No me veía, no me gustaba mirarme al espejo...E: ¿por qué no?... P: Porque me veía fea, bueno todavía me siento así, porque además estoy más guatona (refleja tristeza) entonces, más encima le digo, fea de cara y guatona de cuerpo, por último, no tengo jajaja, no sé...[sic]” (E2, 404-406)

“...Me costó mucho, mucho de retomar mi vida sexual como normal así...me sentía fea...empecé a apagar las luces lo que antes no hacía...yo soy bien, bien libertaria en ese sentido, pero apagar las luces...no se me sentía que, que no estaba bonita...[sic]” (E4, 848-850)

En cambio, cuando éstos orientaron hacia una experiencia emocional agradable y satisfactoria (ej. por tratamiento de rehabilitación), hubo un restablecimiento de la autoestima. Es interesante destacar que, debido a la prevalencia de emociones negativas hacia la propia imagen, se observó un deterioro de la autoestima en todos los tipos de trauma, en contraste con el restablecimiento de la autoestima, donde solo se observó en casos puntuales.

“...Siento que mi relación con la autoestima antes era no po’ es que yo, estoy haciendo que mi cuerpo luzca de tal forma, yo estoy a cargo de mí, como que era un proceso demasiado personal, pero siento que ya como que con esto mi autoestima se abrió a un nuevo margen de cosas...” (E1, 442-445)

“...Al final me acuerdo totalmente de la sensación de sonreír y ver mi sonrisa de nuevo así, y decía increíble o sea...” (E5, 413-414)

De igual forma, es importante señalar que en aquellas situaciones donde hubo un restablecimiento de la autoestima, esta contribuyó a fortalecer la capacidad para enfrentar las dificultades derivadas del trauma, desarrollándose así, una mayor resiliencia.

“...Por eso mismo, porque, ¿por qué tenía que ocultar que no tenía un ojo?, estaba como en esa fase como...si es que la gente...va a ser más fácil que si choco con alguien. van a ver que me falta ese ojo en vez de un ‘huea’ falsa cachay, entonces tenía tantas razones prácticas como esta, también tenía razones como, no po’ si hay que salir adelante, hay que salir adelante por como soy, por como soy, lo que soy es esto...[sic]” (E1, 352-356)

“... E: Tú dices incluso me gustaría que le fuera bien en la vida...si tuvieras la oportunidad de conocerlo ¿Qué le dirías?... P: Que, que me destrozó en un momento, pero gracias a eso, igual me hizo darme cuenta de que igual soy una persona fuerte... E: Yaa... P: Porque a pesar de todo lo que pasé, a pesar de todo el momento malo, pude superar todo...” (E3, 321-326)

La resiliencia es un factor relevante que impulsa la superación y/o desarrollo personal. Además, es importante señalar que los cambios en la autoestima, tanto el deterioro como restablecimiento de ésta, influyen en las proyecciones a futuro de las víctimas y conllevan a una modificación en su plan de vida. Finalmente, cabe destacar que todos son aspectos observados mayoritariamente en víctimas de trauma ocular y constituyen factores que se deben considerar para lograr una aceptación de la nueva imagen corporal.

“...Yo siento que hay como la cara curtía, siento que se me ve en mi expresión facial, no sé, comparo mis carnet que me saqué como en cuarto medio y ahora otro que me saque con parche y siento que se ve en mi fisionomía el sufrir igual po’, claro po’ obvio que no me gusta, pero también es como aceptar que eso está, y trabajar para que cambie y no sé, después pongo el carnet de cuarto medio, el carnet con parche y después un carnet en unos años más y poder notar como esa escala de superación, como de poder superar las cosas...[sic]” (E1, 469-475)

“... E: Este episodio que vives el trauma y las secuelas que te deja te hizo cambiar un poco como tu planificación de vida como que tuvieras que decir yo antes pensaba esto para mi vida y no, ya no lo pienso, o al revés esto no lo tenía pensado y ahora si quiero incorporarlo en mi vida ¿hubo un cambio o siguió tal cual la vida?... ¿un antes y un después?... P: No yo...cambió, cambio bastante, le baje un cambio a la vida... me hizo también replantearme que estaba haciendo también en esas manifestaciones, ese mensaje también externo de varias personas era de que yo era una persona que tenía conocimientos, que tenía academia y que podía llegar a hacer cambios muchos más grandes para el mundo, para el planeta, para las gentes fuera de las marchas, que, que realmente mi posición estando en esas marchas no era relevante para el planeta tierra como lo podría llegar a hacer yo desde mi capacidad de gestión de trabajo con personas, de creación de grupos, de trabajo en equipo, de distintas cosas...[sic]” (E5, 415-427)

Consecuencias sociales de nueva imagen corporal

Considerando lo analizado en las entrevistas, esta categoría surge como resultado de las distintas aristas sociales que se ven involucradas en el cambio de la imagen corporal producto del trauma. A partir de esta, se originan seis subcategorías: vergüenza ante la mirada de otros (exposición social), aislamiento, deterioro de las relaciones interpersonales, incertidumbre laboral, género y discriminación asociado a trauma y necesidad de aceptación social ante nueva condición, las cuales intentan dar cabida a las distintas dimensiones que engloban las consecuencias sociales de la nueva imagen corporal (Ver imagen 3).

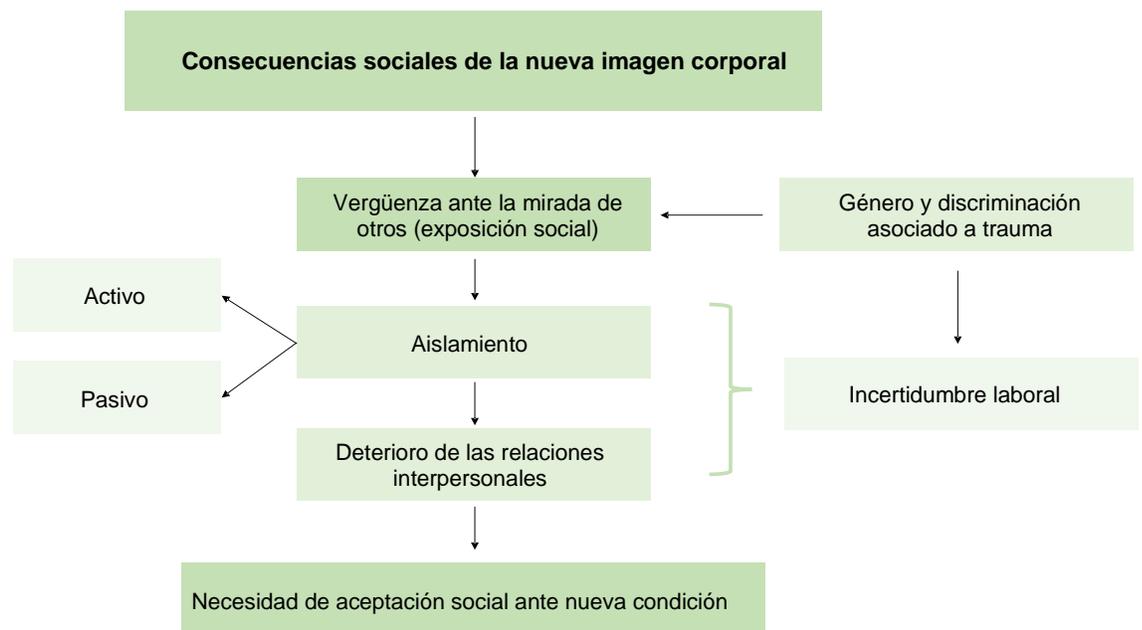


Figura 3: Consecuencias sociales de la nueva imagen corporal

Dentro de las consecuencias sociales de la nueva imagen corporal, se encontraron fragmentos en las entrevistas que aludían a un sentimiento de vergüenza ante la mirada de otros o frente a la exposición social.

“...Yo no podía trabajar ¿cachái?, no podía salir porque me daba vergüenza, o cuando salías o cuando andaba en el supermercado, andaba con mascarilla ¿Por

qué esta 'hueona' anda con mascarilla? ¿Cachái?, la 'hueona' loca, [cambia la voz como imitando a otra persona] no sé, porque ¿qué dirá la gente? ...[sic]" (E2, 428-431)

"...Cuando yo ando sin mascarilla a Felipe me cuesta mirarlo a la cara, porque mi nariz igual esta como chueca ¿cachái?, no es mi nariz, la tengo como más caída, es un hoyo más grande que el otro entonces, me da...me da lata mirarlo a la cara...bueno cuando ando con mascarilla no po', porque no se nota, pero a Felipe y a la gente que me conoce, si me cuesta..." (E2, 475-479)

"...Pero realmente yo recuerdo no querer salir de mi casa porque tenía los dientes partidos y no quería ver a nadie o sea no quería juntarme con nadie no quería eso..." (E5, 290-292)

"...Que me faltaban las paletas po', o sea que no podía sonreír esa era la cosa no podía sonreír, no quería sonreír 'tonces' yo generalmente soy una persona que le gusta reír que le gusta pasarlo bien, reír con mis amigos, reír en general y no podía reír, no quería reír 'tonces' eso si fue... [sic]" (E5, 395-398)

El sentirse avergonzado, por su parte, implicó que la interacción con el entorno cercano o los contactos sociales fueran cada vez menos regular, ocasionando que las víctimas se aislen socialmente, situación que se observó en todos los tipos de trauma y que puede tener un carácter voluntario (activo) o involuntario (pasivo).

"...Claro po' es que en un momento fue así, las primeras semanas, deben haber sido las primeras dos semanas que me quede en la casa, que más que no querer ver a las personas eran como ganas de no salir no ma'..." (E5, 389-391)

"...llegó la pandemia, cuando llego eso de encerrarse, lo primero que hizo mi mama fue llevarme de vuelta a Valpo y que viviera con ellos un tiempo, y ahí cambio la cosa po', ahí ya no importaba como iba a salir a la calle, porque ya no se podía salir a la calle, entonces ahí se empezó a modificar un poco ese pensamiento..." (E1, 358-362)

Además, según lo referido por los entrevistados, esta condición de aislamiento social los llevó a enfrentarse a situaciones donde expresar lo que piensan o sienten, dio como resultado un deterioro de las relaciones interpersonales.

“...Fue un quiebre de muchas de mis relaciones como ser brutalmente honesto y directo y emmh y eso como que marcó mucho a mucha gente que ya no se pudo relacionar conmigo de la misma manera...” (E1, 736-738)

“...Estas personas comenzaron a tomar distancia por no saber cómo relacionarse conmigo o yo también tampoco saber cómo relacionarme con estas otras personas...” (E1, 762-764)

“...E: ¿tu sientes que ellos actúan distinto por esto que te pasó?... P: Lo que pasa es que la vista se va y es como que, no es que ellos estén pendientes de, pero se va la vista a esta zona ¿cachaí? Y tú lo notas cuando estás conversando y la vista baja al labio y a los dientes...” (E2, 516-519)

Asimismo, el cambio en la imagen corporal trae consecuencias directas en el ámbito laboral, en donde las víctimas sienten incertidumbre acerca de cómo continúan su actividad ocupacional o qué deben hacer para que la pérdida orgánica no interfiera en su desempeño cotidiano. Es de relevancia señalar que el no relacionarnos con nuestro entorno (aislamiento y deterioro de las relaciones interpersonales) es un componente que potencia la falta de certeza laboral.

“...Estaba como súper urgido, porque había decidido continuar la carrera, ¿cómo van a ser mis personajes ahora que no tengo algo para falsear como un ojo?, ¿qué hago? ¿qué hago? ...” (E1, 373-375)

Además, es importante resaltar, que hay un factor de género y discriminación asociado a trauma que impacta de manera importante en mujeres, tanto en sentir vergüenza ante la exposición social (vergüenza ante la mirada de otros) como en el aspecto laboral (incertidumbre laboral), y que se observó predominantemente en

víctimas de trauma ocular.

“...mi hijo al otro día me llevo el teléfono ehm y yo bueno empecé a ver cosas... bueno ¡eso creo yo que fue chocante! Yo creo que de verdad en serio si yo pongo en un contexto mi agresión en las redes sociales que la gente fascista decía mira esto le paso a otras compañeras mías de trauma ocular, puta me quiero culear una tuerta, cachái, esos eran los comentarios...[sic]” (E4, 428-432)

Debido a lo antes descrito, una de las principales consecuencias es la constante búsqueda de aprobación y reconocimiento por parte de los demás, es decir, el sentirse aceptado (e incluido) socialmente ante la nueva condición. Aspecto interesante por analizar ya que se observa preferentemente en víctimas de trauma ocular.

“...Creo que es heavy es no tener globo ocular, porque igual hay otros compas que perdieron la visión total pero tienen el ojo po, se mueve igual, y eso es como más sencillo en ciertas cosas como sociales, como caminar por la calle, como siento que era más, era súper difícil para mí y pa’ mi imagen propia, pa’ mi familia o pa’ mis conocidos, a mí me molestaba mucho que me vieran sin el ojo, porque sentía que era como un remarque constante, ¡ya yo no veo!, pero ¿por qué tenía que tener esa imagen cambiada de mí...[sic]” (E1, 339-345)

“... ¿por qué tenía que ocultar que no tenía un ojo?, estaba como en esa fase como, si es que la gente... va a ser más fácil que si choco con alguien van a ver que me falta ese ojo en vez de una huea’ falsa, cachay’...[sic]” (E1, 352-354)

“... P: Ellos me conocieron de la otra forma, entonces ellos...bueno producto de la pandemia la gente que de repente me ha visto sabe que...como...como...como no nos hemos visto muy seguido, ellos van a notar altiro...un cambio... ¿cachái?, porque ellos conocen a la otra XY, no a la XY del tajo, de la nariz quebrada ¿cachái?, entonces ellos lo notan, siento yo, no lo he hablado con ellos, pero es una apreciación mía [...] E: Ya, entonces ¿tú sientes que la gente te mira cómo

diferente?... P: mm sí, creo...[sic]" (E2; 484-493)

A partir de los resultados anteriormente expuestos, es posible establecer relaciones entre las distintas categorías, dando como resultado, la codificación selectiva de esta investigación. La Fig. 4 muestra cómo la imagen corporal debido a un trauma maxilofacial puede experimentar dos fenómenos que, dependiendo de los recursos dispuestos por el entorno social, traen consigo distintas consecuencias sociales para cada uno.

Cuando el entorno social no proporciona las herramientas o recursos para afrontar el cambio en la imagen corporal, hay una alteración de la imagen corporal que involucra principalmente una afectación emocional, y que, en conjunto a otros componentes, llevan a las víctimas a no reconocerse. Mientras que, por otro lado, cuando el entorno social funciona como un mecanismo de soporte para las víctimas, el resultado es una aceptación de la nueva imagen corporal que, dependiendo de la predominancia o combinación de una u otra reacción (cognitiva y/o emocional), puede ocasionar cambios en la autoestima que conducirán a una modificación en su plan de vida.

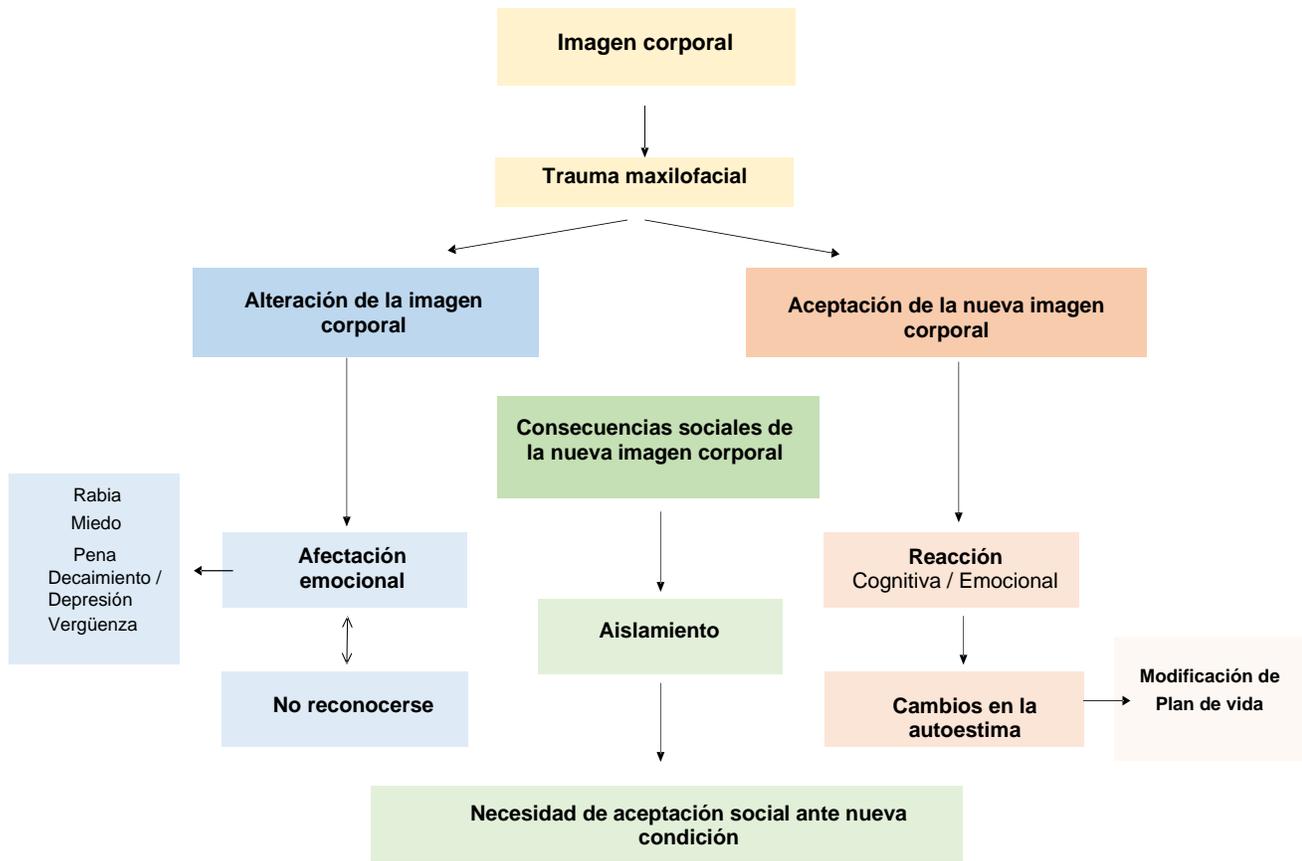


Figura 4: Modelo comprensivo e integrador de las categorías de experiencias.

8. DISCUSIÓN

El objetivo de este estudio fue explorar cómo el trauma maxilofacial ocasionado por agentes del Estado afecta a la imagen corporal en víctimas de violencia durante la movilización social en Chile en el año 2019-2020. Para ello se utilizaron entrevistas en profundidad como técnica de producción de información y el método de análisis de contenido para desarrollar un modelo conceptual emergente que lograra una aproximación al objetivo de investigación.

Una de las causas más importantes de trauma en el área maxilofacial es la violencia, definida como el uso deliberado de la fuerza física por parte de un atacante contra una víctima (Sikora y cols., 2019). Se ha demostrado que la violencia interpersonal es la causante del 44% de los casos de fractura maxilofacial en un período de observación de 11 años (Lee, 2009). Además a nivel global, los informes de Turquía, Países Bajos, América del Norte, Bulgaria, Suiza y Sudáfrica también confirman que una de las causas más frecuentes de trauma maxilofacial es la violencia física. Los resultados de otros estudios citan el abuso de alcohol y el aumento de la prevalencia de la agresión como causas dominantes (Conforte y cols., 2016)

En la literatura las experiencias más comunmente documentadas respecto a la imagen corporal posterior un trauma son baja autoestima, angustia, ansiedad, restricciones y carencia de habilidades sociales, depresión y el estrés postraumático, entre otros (Krishnan y Rajkumar, 2018; Sáenz-Poma y cols., 2018; Kishore y cols., 2020).

De acuerdo a los datos analizados en el presente trabajo de investigación, se identificaron tres categorías generales de experiencias: Alteración de imagen corporal, Aceptación de nueva imagen corporal y Consecuencias sociales de la nueva imagen corporal. En su conjunto, las categorías exploran las distintas dimensiones de la imagen corporal que se ven afectadas en las víctimas, desde las vivencias propias de cuando hay objetivamente una alteración de la imagen corporal hasta el proceso mismo de aceptar que hay un cambio y surge una nueva imagen

corporal. Además, es importante destacar que el entorno social cumple un rol determinante, que trae consigo diversas consecuencias sociales para los afectados.

En primer lugar, en la categoría Alteración de la imagen corporal se describe cómo el trauma en el área maxilofacial genera un cambio tanto a nivel corporal como en la percepción de la imagen corporal, incidiendo en diferentes gradualidades tanto en el plano emocional como personal. Para Conforte & cols., el trauma facial es considerado uno de los eventos más devastadores en la vida de un paciente, ya que generalmente resulta en deformidades fisionómicas y posibles consecuencias emocionales (Conforte y cols., 2016).

En cuanto al ámbito emocional, los resultados de esta investigación mostraron que la mayoría de las víctimas referían sentimientos negativos, lo que se debe a la alteración perceptiva y la insatisfacción que el cambio en la fisonomía genera, conduciendo a una distorsión de la imagen corporal. Algunos estudios refieren que la distorsión de la imagen corporal es un síntoma multidimensional que comprende varios componentes de la imagen corporal, siendo los de mayor aceptación el componente cognitivo, perceptivo y afectivo, por lo tanto, la alteración de la imagen corporal puede manifestarse como una alteración de la percepción (es decir, distorsión) y del concepto (es decir, insatisfacción corporal). Es precisamente en este último, donde los sentimientos negativos desempeñan un rol determinante ya que una imagen corporal negativa demuestra característicamente una insatisfacción con el cuerpo o partes de este, preocupación por la apariencia y conductas como mirarse frecuentemente en el espejo, pesarse o evitar situaciones públicas (Jiménez-Flores, 2017; Hosseini y Padhy, 2022). En el caso de esta investigación, los sentimientos negativos predominaron en todos los tipos de trauma, evidenciando de esta manera el impacto en el componente emocional de un trauma de estas características.

Por otro lado, en el plano personal, la alteración en la imagen corporal en algunos casos modificó la pertenencia respecto al cuerpo, llevando a las víctimas a no reconocerse. Esto puede deberse al alto significado psicológico que tiene la zona

oral y maxilofacial para la identidad personal. En la literatura se pueden encontrar coincidencias con lo observado en este trabajo, tal como lo documenta Lozano-Arrazola & cols. quien sostiene que la carga emocional invertida en la zona de cabeza y cuello es mayor que la de cualquier otra parte del cuerpo debido al valor que la integridad facial tiene en la interacción social, la comunicación y expresión emocional. Por lo que las alteraciones en el área facial suponen un ataque directo a la propia identidad personal y la autoestima, y que estos cambios están asociados a una insatisfacción corporal y un deterioro en la percepción de la imagen corporal. (Lozano-Arrazola y cols., 2011). Otro estudio también concuerda con los resultados de esta investigación, señalando que debido a que el rostro es el centro de la identidad de un individuo, la presencia de una cicatriz puede cambiar la identidad de una persona, pudiendo conducir al aislamiento y la pérdida de autoestima. Además, cuando dichas lesiones afectan funciones como el habla y la alimentación, un sujeto con lesiones en el área facial puede desarrollar complicaciones psicosociales (Braithwaite y cols., 2019).

Aunque en el presente estudio el no reconocerse se observó mayoritariamente en víctimas de trauma dentoalveolar y facial, eso no implica que no esté presente en el traumatismo ocular. Esto puede deberse a varios factores, entre ellos, el carácter exploratorio de esta investigación, el hecho de que el paciente no compartió algunas experiencias debido a la sensibilidad que el tema suscita, o que el entrevistador no profundizó en ciertos tópicos. Si bien la pérdida ocular es una consecuencia grave, la pérdida de dientes conlleva consecuencias importantes para la identidad social ya que también impacta en las actividades funcionales y en la interacción social (Kudsi y cols., 2020). Además, un trauma facial también involucra problemas emocionales, sociales y de comportamiento. Se han reportado niveles más altos de depresión, ansiedad y malestar con respecto a su imagen corporal, en este tipo de trauma (Levine y cols., 2005).

Otro aspecto interesante a destacar en los resultados de esta investigación es que la pérdida orgánica producto del trauma impactó de manera distinta de acuerdo con el género de las víctimas, observándose una mayor afectación en mujeres, quienes,

además, realizaban una comparación frecuente con su apariencia física previa. Algunos estudios señalan que la preocupación por la imagen corporal se presenta durante toda la vida de las personas, mostrando una mayor incidencia en las mujeres adolescentes y jóvenes (Vaquero-Cristóbal y cols., 2013). Además, Cruzat-Mandich & cols. menciona que las diferencias de género en torno a las actitudes corporales y la feminidad son factores individuales que pueden influir en la apreciación de la imagen corporal (Cruzat-Mandich y cols., 2016). Por lo tanto, el no reconocerse en mujeres, se explica por el alto significado histórico que se le ha atribuido a preocupación por la imagen corporal.

En cuanto a la categoría Aceptación de la nueva imagen corporal, en esta se describen los aspectos que aborda el aceptar la nueva imagen corporal, ya sea la reacción cognitiva y/o emocional implicada en el proceso, los efectos sobre la autoestima y su influencia tanto en el desarrollo personal como en el plan de vida de las víctimas. Figueroa & cols., señala que durante los primeros días o semanas después de una situación traumática, la mayoría de las personas experimenta reacciones emocionales intensas y perturbadoras, como rabia, labilidad emocional, irritabilidad, dolor, tristeza, entre otras reacciones (Figueroa y cols., 2016). Lo anterior coincide con las experiencias recogidas en este trabajo, donde las emociones, principalmente rabia y angustia, son un elemento relevante que se presenta inmediatamente y durante toda la experiencia posterior al trauma, transformándose así, en un factor determinante para aceptar la nueva imagen corporal.

De forma simultánea a la reacción emocional, también se presentó una reacción de tipo cognitiva, la cual tenía como principales componentes el tomar consciencia y asimilar la nueva imagen corporal. Esto implicó en una primera instancia tomar conocimiento de cómo las secuelas físicas afectaron la fisionomía, imagen y percepción de la víctima respecto a otros, y posteriormente, integrar las experiencias para adaptar y aceptar la nueva imagen corporal. En la literatura se han reportado dificultades para concentrarse o tomar decisiones, dificultades de memoria, sentimientos de culpa, confusión, recuerdos intrusivos sobre el evento y/o

aversión a claves que recuerden el trauma, preocupación, entre otras reacciones cognitivas, lo que indudablemente son respuestas esperables frente a un trauma de cualquier índole. De hecho, en el mismo estudio de Figueroa & cols., se destaca que todas estas reacciones se consideran “normales frente a una situación anormal” y no constituyen necesariamente un signo de algún trastorno (Figueroa y cols., 2016). Sin embargo, la persistencia de estos estados emocionales o cognitivos sin un manejo médico multidisciplinario adecuado pueden llegar a ocasionar afecciones en la esfera psicosocial de las víctimas. Lo anterior va en consistencia con otro estudio, donde se refiere que, aunque se ha demostrado que los cambios en la apariencia facial debido a traumatismos pueden dar lugar a problemas de adaptación, relativamente pocos estudios han evaluado el estado psicológico después de traumatismos maxilofaciales. Además, también se señala que los médicos generalmente no prestan mucha atención a los síntomas psicosociales en el trauma (Gandjalikhan-Nassab y cols., 2016). En efecto, el estudio anteriormente citado reporta que un 24% de los pacientes con traumatismos maxilofaciales presentó algún grado de depresión y el 32,5% algún grado de ansiedad, además de una peor calidad de vida (Islam y cols., 2009) (Gandjalikhan-Nassab y cols., 2016). Otras investigaciones refieren que el 20% de los pacientes presentaba algún grado de trastornos de ansiedad y depresión debido a un trauma maxilofacial (Islam y cols., 2009) e incluso puede llegar a desencadenar trastorno de estrés postraumático, afectando el cumplimiento del tratamiento y la recuperación de una lesión (Hu, y cols., 2022).

Es precisamente en este punto, donde los resultados plasmados en este trabajo muestran que la predominancia de sentimientos negativos hacia el propio cuerpo en conjunto con síntomas psicológicos, resultaron en algunos casos en un deterioro de la autoestima de las víctimas. Esto va en concordancia con lo documentado por Braimah & cols., quien refiere que después del trauma puede haber disfunción física, principalmente debido a lesiones ortopédicas y desfiguración facial por lesiones en área facial, lo que puede afectar negativamente la capacidad de los pacientes para realizar actividades diarias, disminuir su estado de ánimo y autoestima (Braimah y cols., 2019).

Por otra parte, a pesar de que en esta investigación se presentó un deterioro de la autoestima en todos los tipos de trauma, en algunos casos se observó un restablecimiento de la autoestima, lo que se debió, entre otros factores, a un tratamiento rehabilitador satisfactorio y principalmente al aprendizaje y crecimiento personal post trauma que derivó a fortalecer los mecanismos de afrontamiento y desarrollar una mayor resiliencia. Figueroa & cols., sustenta la base de estos resultados, quien señala que en el largo plazo un grupo significativo de personas afectadas por experiencias traumáticas puede llegar a desarrollar un “crecimiento postraumático”, fenómeno caracterizado por cambios positivos en la relación con uno mismo, los demás y la filosofía de vida, y de hecho, da a conocer que el 35-65% de los casos puede seguir la resiliencia como un curso de evolución luego de un trauma, y que es observada principalmente en personas que son capaces de continuar sus rutinas familiares, laborales y sociales con un mínimo nivel de perturbación (Figueroa y cols., 2016). Keys & cols., en un estudio donde exploran los factores psicosociales y los desafíos que afectan la vida de quienes usan una prótesis ocular después de una lesión ocular traumática, describe que para superar la devastación emocional que experimentaron después de la lesión, necesitaban aceptar que la lesión había ocurrido y comenzar el proceso de recuperación de la vida, siendo el apoyo familiar un pilar fundamental en este proceso. También señala que algunos de los encuestados informaron que recurrieron a recursos psicológicos internos para mejorar la resiliencia (Keys y cols., 2021; Linardon y cols., 2022).

En concordancia con lo anteriormente expuesto, los resultados del trabajo evidencian que los cambios en la autoestima llevaron a una modificación en el plan de vida de las víctimas. Sin embargo, estos fenómenos forman parte del proceso de aceptar la nueva imagen corporal, desde la devastación emocional que experimentaron después de la lesión traumática que llevó a un deterioro de la autoestima, hasta la capacidad de reflexionar sobre las adversidades que se transformaron en un impulso para seguir adelante y proyectar un plan de vida.

Finalmente en la categoría Consecuencias sociales de la nueva imagen corporal, se describe cómo la mirada de otros (entorno social) afecta la percepción de la imagen corporal en las víctimas.

Es evidente que el cambio en la fisionomía trae consigo dificultades personales para adaptarse y aceptarse, tal como se analizó en las categorías expuestas anteriormente, sin embargo, ajustarse e integrarse nuevamente en la sociedad conlleva mayores desafíos.

Desde luego, los cambios en la fisionomía facial son particularmente notables, tanto para la persona afectada como para los observadores, por lo que la mayor preocupación es cómo el entorno social reacciona frente a este cambio.

Según los resultados de este estudio, se encontró que frente a la exposición social había un sentimiento de vergüenza, derivado de la preocupación y evaluación que la sociedad pudiera hacer. En todos los casos analizados, el sentirse avergonzado desencadenó un estilo de afrontamiento de evitación social que los llevó a aislarse socialmente, ya sea de manera voluntaria o involuntaria, impactando significativamente en las relaciones interpersonales. Se ha documentado en la literatura que tener una desfiguración visible puede afectar el bienestar psicológico de un individuo, incluyendo su calidad de vida, autoestima y la calidad de sus interacciones sociales, además se señala que un 48% de los adultos que viven con una “diferencia visible” experimentan síntomas de ansiedad (Rahtz y cols., 2018).

Una diferencia visible puede afectar la interacción social de múltiples maneras y que se traduce en sentimientos de disminución del control de los encuentros con los demás, siendo frecuentes los relatos de miradas fijas, comentarios audibles, preguntas no solicitadas sobre la naturaleza y/o causa de la diferencia, junto con otros comportamientos negativos o de evitación por parte de miembros de la población general (Rumsey y Harcourt, 2004). Sarwer & cols. sugiere que tener una desfiguración visible puede aumentar la vulnerabilidad a la angustia psicológica, incluida la depresión, la ansiedad y la insatisfacción con la imagen

corporal. Además, sostiene que en las personas que tienen una desfiguración visible, también se puede observar el trastorno de ansiedad social, definiéndose esta como un miedo marcado y persistente a una o más situaciones sociales o de desempeño en las que la persona está expuesta a personas desconocidas o al posible escrutinio de otros. En esta situación, el individuo teme actuar de cierta manera o mostrar síntomas de ansiedad, que lo hagan experimentar una situación humillante o vergonzosa (Sarwer y cols., 2022).

También se ha documentado que los pacientes que han sido dados de alta y han retomado sus actividades sociales con familiares y amigos, se sienten vulnerables a preguntas y comentarios sobre los cambios causados por el trauma, como cicatrices, pérdida de dientes y deformidades adquiridas, lo que puede resultar en un mayor riesgo de desarrollar secuelas psicosociales (Conforte y cols., 2016).

Por otro lado, los resultados de esta investigación muestran que el cambio en la imagen corporal desencadena una incertidumbre laboral, que es reforzada por el aislamiento social y el deterioro de las relaciones interpersonales. Según lo reportado por Levine & cols., posterior a un trauma facial hay una incidencia estadísticamente más alta de desempleo que antes de la ocurrencia del trauma, desencadenando una posible relación entre los fenómenos, evidenciando de esta manera un significativo impacto funcional y social negativo relacionado con el trauma facial (Levine y cols., 2005). Cabe destacar que esta incertidumbre laboral se observó mayoritariamente en víctimas de trauma ocular, que, pese a su rehabilitación mediante una prótesis ocular, sentían la inseguridad de no poder continuar con sus actividades ocupacionales precisamente porque su cara formaba parte de su trabajo. Keys reafirma estos hallazgos en su estudio, donde informa que las víctimas de trauma ocular lograron renegociar un camino a seguir en la vida, usando fortalezas internas y resiliencia para volver a cultivar un sentido de valor, orgullo o dirección que incluyó para muchos, un replanteamiento del trabajo y la carrera. Sin embargo, afirma que la apariencia habitual de la prótesis ocular continuó atrayendo miradas, pero miradas no deseadas cuando los afectados se encontraban en espacios públicos o en encuentros con otras personas que

desconocían de su lesión (Keys y cols., 2021)

En la literatura se han documentado estudios relacionados con los efectos del género sobre la imagen corporal. Se ha asumido que las mujeres sufren una mayor perturbación psicológica, como resultado del mayor énfasis que la sociedad pone en la apariencia femenina, observándose mayores niveles de angustia relacionada con la apariencia y la evitación social (Rumsey y cols., 2004). Además, en otro estudio se muestra que la tasa de incidencia de depresión en personas afectadas por un trauma facial se relacionaba con el género (mayor en mujeres en comparación con hombres) y ocupación (mayor en desempleados en comparación con empleados) (Gandjalikhan-Nassab y cols., 2016) . Lo anterior coincide con los hallazgos de este trabajo, en cual se observó un componente de género relacionado al trauma que impacta en mayor proporción a mujeres que hombres, tanto en el sentir vergüenza ante la mirada de otros como en el aspecto laboral. Además, esta afectación con perspectiva de género se observó predominantemente en víctimas de trauma ocular, quienes referían dichos discriminatorios e inapropiados por parte del género opuesto, principalmente a través de redes sociales, reforzando de esta manera, su rol como factor implicado en el cambio de la imagen corporal.

Debido a lo anteriormente expuesto, los resultados muestran que la mayoría de las experiencias incluidas en esta categoría confluyen en la constante búsqueda de la aceptación, y principalmente, la inclusión en la sociedad ante la nueva condición. Si bien esta búsqueda por la aceptación social se encontró en todos los tipos de trauma, se observó mayoritariamente en víctimas de trauma ocular. *Para* Rumsey & cols. la percepción subjetiva de una persona de cuán notable es su diferencia para los demás, es un mejor predictor de la perturbación psicológica y de la imagen corporal que la propia evaluación de un observador o médico. Sin embargo, la visibilidad de una diferencia puede ser un factor estresante adicional, ya que, al verse afectadas grandes áreas de la cara, es probable que la desfiguración sea evidente en la mayoría de los encuentros sociales (Rumsey y cols., 2004). Además, señala que el papel del apoyo social ha sido ampliamente reconocido como amortiguador de las consecuencias del estrés, pero desafortunadamente, la

evitación social y el retraimiento que son reacciones comunes a la desfiguración, pueden resultar en una red de apoyo más pequeña para los afectados. En efecto, ante una desfiguración visible, al observar los comportamientos de los demás aprendemos que las personas que se ven diferentes deben ser tratadas de manera diferente, y en el caso de los afectados por una desfiguración, ese trato es menos favorable. Las personas con desfiguración facial se califican como menos atractivas y se supone que tienen rasgos de personalidad menos positivos en comparación con aquellas que no presentan una desfiguración (Sarwer y cols., 2022).

En el caso de este estudio, para las personas víctimas de trauma ocular el manejo de las interacciones sociales se dificulta aún más, de hecho, algunos coincidían que la mirada de otros hacia el globo ocular faltante era un recordatorio constante de que había un cambio en su fisonomía e imagen corporal. Aunque puede haber muchos factores involucrados, esta apreciación por parte de las víctimas también puede deberse a una mala interpretación ante la mirada de otros, generando un estigma hacia los demás. Asimismo, muchos de los afectados coincidían que, si las personas tuvieran conocimiento del trauma sufrido, quizás cambiarían su actuar frente a ellos. Es así como, en la literatura se ha reportado que para manejar la ansiedad relacionada con la apariencia y los miedos a la evaluación social negativa, los afectados de trauma ocular desarrollan varias estrategias para minimizar la visibilidad de sus ojos que incluían usar su cabello en estilos particulares y maquillarse, evitar el contacto visual o la predisposición a girar la cabeza con frecuencia al dirigirse a las personas para minimizar la percepción de la falta de motricidad de su ojo artificial. Además, reafirmando los resultados de esta investigación, se ha informado que los afectados de trauma ocular expresan la creencia de que si las personas conocieran la experiencia traumática que originó su lesión, esto reduciría la preocupación por la evaluación social negativa, el sentimiento de vergüenza y estigmatización, ya que de esta manera, los extraños atribuirían las alteraciones de la apariencia o discapacidades visuales al impacto de la lesión y no como un resultado de fallas personales inherentes (Keys y cols., 2021).

De acuerdo a las categorías analizadas anteriormente, no cabe duda de que el trauma ocasionado conmovió diferentes aristas de la vida de las víctimas. Sin embargo, se debe prestar especial atención a la dimensión personal y social que se vieron afectadas.

Afirmar que hubo una alteración de la imagen corporal no necesariamente hace referencia a una alteración de la apariencia física. La imagen corporal es la imagen que forma nuestra mente de nuestro propio cuerpo, siendo aspectos claves, las actitudes y valoraciones que el individuo hace de su propio cuerpo, por lo tanto, corresponde a una representación psíquica de cómo cada persona imagina o siente su cuerpo (Vaquero-Cristóbal y cols., 2013). Por otra parte, la apariencia física se refiere a la importancia que se le otorga a la mirada del otro o la propia sobre sí mismo, es decir, a cómo los demás (sociedad) ven dicho cuerpo (Villagrasa, 2003). Es en este sentido que, de acuerdo con los hallazgos de esta investigación, es posible afirmar que hubo una mayor afectación de la imagen corporal de las víctimas, siendo la alteración corporal, uno de los aspectos que influye en gran medida esta afectación.

Por lo tanto, hay una construcción psíquica que se ve alterada por aspectos emocionales, cognitivos, perceptuales y conductuales recogidos desde las experiencias individuales de las víctimas. Sin embargo, el entorno social al parecer juega un papel clave en cómo cada uno de estos componentes afectan la imagen corporal. Se ha reportado en la literatura que un alto nivel de apoyo social (subjetivo, informacional, emocional e instrumental), después de un hecho traumático, disminuye su impacto cognitivo, permite regular mejor las emociones negativas, controlar conductas disfuncionales, reforzar las actividades de distracción y gratificantes, y resolver mejor los problemas prácticos. Además se afirma que las reacciones de las personas estarían moduladas por el apoyo social que posean al momento de experimentar una vivencia traumática (García y cols., 2016).

Según lo observado en esta investigación, todas las víctimas recibieron la rehabilitación requerida de acuerdo a cada tipo de trauma, sin embargo, hubieron

diferencias en cuando a la rapidez de la atención que se relacionaba con el tipo de previsión de salud que tenía cada una. Se observó que en el caso de aquellas personas atendidas en el sistema de salud privado, la atención fue inmediata y la rehabilitación se realizó de acuerdo a los tiempos requeridos, lo que contrasta con las víctimas atendidas en el sistema público de salud, quienes pese a haber recibido una atención adecuada, referían que el tratamiento rehabilitador precisó más tiempo de lo estipulado, lo que implicó prolongar la vivencia del trauma.

Este tipo contextos sociales supone una complejidad única, la cual debe ser abordada con especial sensibilidad por parte del investigador. Para ello, el carácter cualitativo de esta investigación ayuda comprender y analizar desde otra perspectiva las experiencias de aquellos pacientes que estuvieron expuestos a estos tipos de trauma en escenarios sociales similares.

Dado que los cirujano/as dentistas nos encontramos insertos y formados en un gran porcentaje desde el ámbito biomédico, el presente estudio ofrece una mejor comprensión de las necesidades psicosociales de este grupo de pacientes, contribuyendo con evidencia que se pueda incorporar tanto en nuestras atenciones como en las del resto del equipo de salud, aportando consideraciones que complementen el proceso de tratamiento y generando recomendaciones para guías de atención en salud en caso de víctimas de trauma maxilofacial en contextos sociales similares.

Limitaciones

Una de las limitaciones de esta investigación fue el sesgo del investigador, ya que los procesos de codificación, interpretación y análisis de los datos fue realizada por los investigadores sin la participación de los pacientes. Sin embargo, para reducir el sesgo, se realizó una triangulación permanente de los fenómenos de tal manera que tres investigadores participaron en la codificación de los resultados, el análisis de las categorías generales de experiencias y la discusión de los hallazgos obtenidos.

Otra limitación fue que se recogieron experiencias de personas participantes que en su mayoría pertenecían a la Región Metropolitana, por lo que en una investigación futura sería de especial interés ampliar el análisis de estas experiencias hacia personas provenientes de otras zonas del país.

Asimismo, otra de las limitaciones fue el reducido número de participantes, por lo cual los resultados se entregan desde una perspectiva exploratoria que debe seguir confirmándose con nuevas entrevistas consideradas en el proyecto.

Finalmente, debido a la sensibilidad de los relatos, las entrevistas contaban con un guion de acuerdo a los objetivos iniciales y en donde las experiencias fueron reportadas conforme a lo que cada víctima estuvo dispuesta a profundizar.

Proyecciones

Se espera que las futuras investigaciones en el área se beneficien de la exploración de las experiencias de quienes vieron afectada su imagen corporal como resultado del uso de violencia desmedida en contextos sociales similares, para de esta forma, aportar con nueva evidencia que ayude a establecer si los hallazgos actuales son generalizables.

9. CONCLUSIONES

Este estudio muestra que las víctimas de trauma maxilofacial por el uso de violencia desmedida por agentes del Estado presentaron una afectación de la imagen corporal, siendo el aspecto emocional y psicosocial los principales factores influyentes.

La alteración, aceptación y consecuencias sociales de la imagen corporal, son el resultado de un conjunto de sucesos traumáticos, derivados del uso desproporcionado de fuerza quedó plasmado en alteraciones físicas, emocionales y psicosociales, que marcaron un antes y después en la vida de las víctimas.

Las experiencias recogidas reflejan un escenario complejo, muchas veces hostil, y donde el entorno social es un actor clave que interfiere en los procesos de alteración y aceptación de la imagen corporal y que configura el curso de las consecuencias sociales para las víctimas.

A pesar de los importantes avances en medicina y odontología, el manejo de estos pacientes sigue siendo un desafío. Sumado al cambio en la fisionomía, estos traumatismos pueden dañar funciones específicas del área afectada, causando trastornos psicológicos que podrían ser duraderos.

La recuperación de estos pacientes, por lo tanto, está asociada con una serie de problemas sociales que deben abordarse trabajando en conjunto con equipo terapéutico. Se deben identificar cómo los cambios en la imagen corporal afectan la calidad de vida y qué aspectos pueden incidir en la atención en salud de estas personas, de tal manera de otorgar una atención oportuna que incluya no solo el tratamiento físico, sino que también, un apoyo psicológico, impactando en menor medida en la calidad de vida de los pacientes.

10. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Amnistía internacional. (2019). Chile: Ojos sobre Chile: Violencia policial y responsabilidad de mando durante el estallido social. *Amnistía Internacional*. <https://www.amnesty.org/es/documents/amr22/3133/2020/es/>
- Bailey, K. A., Gammage, K. L., & van Ingen, C. (2017). How do you define body image? Exploring conceptual gaps in understandings of body image at an exercise facility. *Body image*, 23, 69–79. <https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2017.08.003>
- Borda, P., Dabenigno, V., Freidin, B. y Güelman, M. (2017). HIS 2: Estrategias para el análisis de datos cualitativos (2017). *Instituto de Investigaciones Gino Germani*. <http://iigg.sociales.uba.ar/2019/11/07/his-2-estrategias-para-el-analisis-de-datos-cualitativos-2017/>
- Braimah, R. O., Ukpong, D. I., Ndukwe, K. C., & Akinyoola, L. (2019). Self-esteem following maxillofacial and orthopedic injuries: preliminary observations in sub-Saharan Africans. *Oral and maxillofacial surgery*, 23(1), 71–76. <https://doi.org/10.1007/s10006-018-0735-5>
- Castro-Abril P, Da Costa S, Navarro-Carrillo G, Caicedo-Moreno A, Gracia-Leiva M, Bouchat P, Cordero B, Méndez L, Paez D. (2021). Social Identity, Perceived Emotional Synchrony, Creativity, Social Representations, and Participation in Social Movements: The Case of the 2019 Chilean Populist Protests. *Front Psychol*. 12:764434. doi: 10.3389/fpsyg.2021.764434.
- Conforte, J. J., Alves, C. P., Sánchez, M., & Ponzoni, D. (2016). Impact of trauma and surgical treatment on the quality of life of patients with facial fractures. *International journal of oral and maxillofacial surgery*, 45(5), 575–581. <https://doi.org/10.1016/j.ijom.2015.11.022>
- Cortez, D., Gallegos, M., Jiménez, T., Martínez, P., Saravia, S., Cruzat-Mandich, C.,

Arancibia, M. (2016). *Influence of sociocultural factors on body image from the perspective of adolescent girls. Revista Mexicana de Trastornos Alimentarios, 7(2), 116–124.* Doi:10.1016/j.rmta.2016.05.001

Cruzat-Mandich, Claudia, Díaz-Castrillón, Fernanda, Lizana-Calderón, Paula, & Castro, Andrea. (2016). Comparación por sexo en imagen corporal, síntomas psicopatológicos y conductas alimentarias en jóvenes entre 14 y 25 años. *Revista médica de Chile, 144(6), 743-750.* <https://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872016000600008>

Figueroa, Rodrigo A, Cortés, Paula F, Accatino, Luigi, & Sorensen, Richard. (2016). Trauma psicológico en la atención primaria: orientaciones de manejo. *Revista médica de Chile, 144(5), 643-655.* <https://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872016000500013>

Gandjalikhan-Nassab SA, Samieirad S, Vakil-Zadeh M, Habib-Aghahi R, Alsadat-Hashemipour M. (2016). Depression and anxiety disorders in a sample of facial trauma: A study from Iran. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal. 21(4):e477-82.* doi: 10.4317/medoral.21068. PMID: 26946207; PMCID: PMC4920462.

García, F. E., Capponi, C., Hinrichs, F., Lillo, F., Rodríguez, C., & Sánchez, J. (2016). Violencia policial y afrontamiento: crecimiento postraumático en pobladores de una comunidad aislada del sur de Chile. *Universitas Psychologica, 15 (4).* <http://dx.doi.org/10.11144/Javeriana.upsy15-4.vpac>

Glaser, B. y A. Strauss (1967). The discovery of grounded theory: strategies for qualitative research. New York: Aldine Publishing Company, Capítulo 3: "El muestreo teórico", pp. 45-77

Hockey, A., Milojev, P., Sibley, C. G., Donovan, C. L., & Barlow, F. K. (2021). Body image across the adult lifespan: A longitudinal investigation of developmental and cohort effects. *Body image, 39, 114–124.*

<https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2021.06.007>

Hosseini, S. A., & Padhy, R. K. (2021). Body Image Distortion. In *StatPearls*. StatPearls Publishing.

Hosseini, S. A., & Padhy, R. K. (2022). Body Image Distortion. In *StatPearls*. StatPearls Publishing. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK546582/>

Hu, W., Mehta, D., Garg, K., Patel, S., Shukla, S., Agrawal, M., & Thadani, S. (2022). Post traumatic stress disorder following facial and dental trauma: preliminary findings from a study conducted in India. *Oral and maxillofacial surgery*, 10.1007/s10006-022-01068-9. Advance online publication. <https://doi.org/10.1007/s10006-022-01068-9>

Hull, A., Lowe, T., Devlin, M., Finlay, P., Koppel, D., & Stewart, A. (2003). Psychological consequences of maxillofacial trauma: a preliminary study. *British Journal of Oral and Maxillofacial Surgery*, 41(5), 317–322. Doi:10.1016/s0266-4356(03)00131-1

Instituto Nacional de Derechos Humanos. (2019). *Informe Anual 2019: Situación de los Derechos Humanos en Chile en el Contexto de la Crisis Social*. Biblioteca Digital INDH. <https://bibliotecadigital.indh.cl/handle/123456789/1701>

Islam, S., Hooi, H., & Hoffman, G. R. (2009). Presence of pre-existing psychological comorbidity in a group of facially injured patients: a preliminary investigation. *Journal of oral and maxillofacial surgery : official journal of the American Association of Oral and Maxillofacial Surgeons*, 67(9), 1889–1894. <https://doi.org/10.1016/j.joms.2009.04.044>

Jiménez Boraita, R., Arriscado Alsina, D., Dalmau Torres, J. M., & Gargallo Ibor, E. (2021). Determinantes de la satisfacción corporal en adolescentes de La Rioja [Determinants of body satisfaction in adolescents.]. *Revista española de salud pública*, 95, e202106077.

- Jiménez-Flores, Paloma, Jiménez-Cruz, Arturo, & Bacardí-Gascón, Montserrat. (2017). Insatisfacción con la imagen corporal en niños y adolescentes: revisión sistemática. *Nutrición Hospitalaria*, 34(2), 479-489. <https://dx.doi.org/10.20960/nh.455>
- Jiotsa, B., Naccache, B., Duval, M., Rocher, B., & Grall-Bronnec, M. (2021). Social Media Use and Body Image Disorders: Association between Frequency of Comparing One's Own Physical Appearance to That of People Being Followed on Social Media and Body Dissatisfaction and Drive for Thinness. *International journal of environmental research and public health*, 18(6), 2880. <https://doi.org/10.3390/ijerph18062880>
- Keys, J., Dempster, M., Jackson, J., Williams, M., & Coyle, S. (2021). The psychosocial impact of losing an eye through traumatic injury and living with prosthetic restoration: A thematic analysis. *Acta psychologica*, 219, 103383. <https://doi.org/10.1016/j.actpsy.2021.103383>
- Kirszman, D., & Salgueiro, M. D. C. (2015). Imagen Corporal. Dimensiones mediadoras en la psicopatología y modalidades de intervención. *Revista Mexicana de Trastornos Alimentarios*, 6(2), 129-136. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=425743626007>
- Kirszman, Diana, & Salgueiro, María del Carmen. (2015). Imagen corporal. Dimensiones mediadoras en la psicopatología y modalidades de intervención. *Revista mexicana de trastornos alimentarios*, 6(2), 129-136. <https://doi.org/10.1016/j.rmta.2015.10.004>
- Kishore, J., Vatsa, R., Singh, J., Kumari, M., Kumar, T., & Bandgar, S. (2020). Psychological Impact on Maxillofacial Trauma Patients - An Observational Study. *Journal of medicine and life*, 13(4), 458-462. <https://doi.org/10.25122/jml-2020-0111>

- Kremer, I., Orbach, I., & Rosenbloom, T. (2013). Body image among victims of sexual and physical abuse. *Violence and victims*, 28(2), 259–273. <https://doi.org/10.1891/0886-6708.vv-d-12-00015>
- Krishnan, B., & Rajkumar, R. P. (2018). Psychological Consequences of Maxillofacial Trauma in the Indian Population: A Preliminary Study. *Craniomaxillofacial trauma & reconstruction* 11(3), 199–204. <https://doi.org/10.1055/s-0037-1604426>
- Kudsi, Z., Fenlon, M. R., Johal, A., & Baysan, A. (2020). Assessment of Psychological Disturbance in Patients with Tooth Loss: A Systematic Review of Assessment Tools. *Journal of prosthodontics : official journal of the American College of Prosthodontists*, 29(3), 193–200. <https://doi.org/10.1111/jopr.13141>
- Lee K. H. (2009). Interpersonal violence and facial fractures. *Journal of oral and maxillofacial surgery : official journal of the American Association of Oral and Maxillofacial Surgeons*, 67(9), 1878–1883. <https://doi.org/10.1016/j.joms.2009.04.117>
- Levine, E., Degutis, L., Pruzinsky, T., Shin, J., & Persing, J. A. (2005). Quality of life and facial trauma: psychological and body image effects. *Annals of plastic surgery*, 54(5), 502–510. <https://doi.org/10.1097/01.sap.0000155282.48465.94>
- Linardon, J., McClure, Z., Tylka, T. L., & Fuller-Tyszkiewicz, M. (2022). Body appreciation and its psychological correlates: A systematic review and meta-analysis. *Body image*, 42, 287–296. <https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2022.07.003>
- Lozano-Arrazola, A., Cupil-Rodríguez, A.L., Alvarado-Aguilar, S., & Granados-García, M. (2011). Impacto psicológico en la imagen corporal de pacientes con cáncer de cabeza y cuello sometidos a cirugías deformantes. *Gaceta Mexicana de Oncología*, 10, 156-161.

- Mellor, D., McCabe, M., Ricciardelli, L., & Merino, M. E. (2008). Body dissatisfaction and body change behaviors in Chile: the role of sociocultural factors. *Body image*, 5(2), 205–215. <https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2008.01.004>
- Mendes, José Carlos da Silva, & Figueiras, Maria João. (2013). Desfiguramento facial adquirido: breve revisão narrativa. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 14(3), 484-501. http://scielo.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1645-00862013000300009&lng=en&tlng=pt.
- Morales Navarro, Denia, & Vila Morales, Dadonim. (2016). Aspectos generales del trauma maxilofacial. *Revista Cubana de Estomatología*, 53(3), 116-127. http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75072016000300005&lng=es&tlng=es.
- Organización Mundial de la Salud [OMS] (2021). Lesiones y Violencia. Ginebra: *Organización Mundial de la Salud*
- Quiroga, C. M. (2005). La convención americana: Teoría y jurisprudencia: vida, integridad personal, libertad personal, debido proceso y recurso judicial. *Universidad de Chile, Facultad de Derecho, Centro de Derechos Humanos*. <http://repositorio.uchile.cl/handle/2250/142533>
- Rahtz, E., Bhui, K., Hutchison, I., & Korszun, A. (2018). Are facial injuries really different? An observational cohort study comparing appearance concern and psychological distress in facial trauma and non-facial trauma patients. *Journal of plastic, reconstructive & aesthetic surgery : JPRAS*, 71(1), 62–71. <https://doi.org/10.1016/j.bjps.2017.08.006>
- Robertson, M., Duffy, F., Newman, E., Prieto Bravo, C., Ates, H. H., & Sharpe, H. (2021). Exploring changes in body image, eating and exercise during the COVID-19 lockdown: A UK survey. *Appetite*, 159, 105062. <https://doi.org/10.1016/j.appet.2020.105062>

- Rodríguez Á, Peña S, Cavieres I, Vergara MJ, Pérez M, Campos M, Peredo D, Jorquera P, Palma R, Cortés D, López M, Morales S. (2021). Ocular trauma by kinetic impact projectiles during civil unrest in Chile. *Eye (Lond)*. 35(6):1666-1672. doi: 10.1038/s41433-020-01146-w.
- Roy, M., & Payette, H. (2012). The body image construct among western seniors: a systematic review of the literature. *Archives of gerontology and geriatrics*, 55(3), 505–521. Doi:10.1016/j.archger.2012.04.007
- Rumsey, N., & Harcourt, D. (2004). Body image and disfigurement: issues and interventions. *Body image*, 1(1), 83–97. [https://doi.org/10.1016/S1740-1445\(03\)00005-6](https://doi.org/10.1016/S1740-1445(03)00005-6)
- Sáenz-Poma, Gustavo, Chávez-Asmat, Roberto, Silva-Valencia, Javier, Simón-Romero, Sonia, & Tejada-Llacsá, Paul Jesús. (2018). Satisfaction level of post-operated facial trauma patients. A cohort study of a National Hospital in Peru. *Revista chilena de cirugía*, 70(1), 46-52. <https://dx.doi.org/10.4067/S0718-40262018000100046>
- Sarwer DB, Siminoff LA, Gardiner HM, Spitzer JC. (2022). The psychosocial burden of visible disfigurement following traumatic injury. *Front Psychol*. 30;13:979574. doi: 10.3389/fpsyg.2022.979574.
- Schilder, P. (1935). *The Image and Appearance of the Human Body*. Londres: Kegan Paul
- Shoraka, H., Amirkafi, A., & Garrusi, B. (2019). Review of Body Image and some of Contributing Factors in Iranian Population. *International journal of preventive medicine*, 10, 19. <https://doi.org/10.4103/ijpvm.IJP>
- Shontz, f. C. (1969). *Perceptual and cognitive aspects of body experience*. New york, ny: macmillan.

- Sikora M, Chlubek M, Grochans E, Jurczak A, Safranow K, Chlubek D. (2019). Analysis of Factors Affecting Quality of Life in Patients Treated for Maxillofacial Fractures. *Int J Environ Res Public Health*. 18;17(1):4. doi: 10.3390/ijerph17010004. PMID: 31861285; PMCID: PMC6981460.
- Silva, D., Ferriani, L., & Viana, M. C. (2019). Depression, anthropometric parameters, and body image in adults: a systematic review. *Revista da Associação Médica Brasileira* (1992), 65(5), 731–738. <https://doi.org/10.1590/1806-9282.65.5.731>
- Strauss, A. y Corbin, J. (1998). *Bases de la investigación cualitativa: técnicas y procedimientos para desarrollar la teoría fundamentada* (2ª ed.). Editorial Universidad de Antioquia. (Obra original publicada en 1998)
- Taylor, S., & Bogdan, R. (1987). La entrevista en profundidad. In S. Taylor & R. Bogdan (Eds.), *Introducción a los métodos cualitativos de investigación* (1987 ed., pp. 100-131). Madrid: Paidós Básica
- Van Den Berg, P. A., Mond, J., Eisenberg, M., Ackard, D., & Neumark-Sztainer, D. (2010). The link between body dissatisfaction and self-esteem in adolescents: similarities across gender, age, weight status, race/ethnicity, and socioeconomic status. *The Journal of adolescent health: official publication of the Society for Adolescent Medicine*, 47(3), 290–296. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2010.02.004>
- Vandenbosch, I., Fardouly, J., & Tiggemann, M. (2022). Social media and body image: recent trends and future directions. *Current opinion in psychology*, 45, 101289. <https://doi.org/10.1016/j.copsyc.2021.12.002>
- Vaquero-Cristóbal, R., Alacid, F, Muyor, JM., & López-Miñarro, P. (2013). Imagen corporal: revisión bibliográfica. *Nutrición Hospitalaria*, 28(1), 27-35. <https://dx.doi.org/10.3305/nh.2013.28.1.6016>

Villagrasa, M. A., Fermín, R., Readí, M. & Fernández, R. (2003). Trauma facial y su repercusión en la imagen corporal. *Oficial Journal of the Venezuelan Society of Plastic, Reconstructive, Aesthetic and Maxillofacial Surgery (SVCPREM)*, 5(1 y 2), 28–33. [Http://sociedadvenezolanacirugiaplastica.org/wp-content/uploads/2014/07/CPRB-Vol-5-N-1-2-2003.pdf](http://sociedadvenezolanacirugiaplastica.org/wp-content/uploads/2014/07/CPRB-Vol-5-N-1-2-2003.pdf).

Vivar, Cristina G., Arantzamendi, María, López-Dicastillo, Olga, & Gordo Luis, Cristina. (2010). La Teoría Fundamentada como Metodología de Investigación Cualitativa en Enfermería. *Index de Enfermería*, 19(4), 283-288. http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962010000300011&lng=es&tlng=es.

11. ANEXOS Y APÉNDICES

11.1 CARTA DE APROBACIÓN DEL COMITÉ DE ÉTICA Y BIOSEGURIDAD

1



ACTA DE APROBACION N° 01

Santiago, 04 de enero de 2021.

El Comité Ético Científico o de Investigación del Hospital Clínico de la Universidad de Chile, integrado por los siguientes miembros:

Dra. Teresa Massardo Vega. Especialista en Medicina Nuclear. Presidenta
 Sr. Mauricio Venegas Santos. Bioquímico. Vicepresidente.
 Dra. Aída Verónica Araya Quintanilla. Médico Endocrinóloga. Secretaria de actas.
 Dr. Sergio Valenzuela Puchulu. Médico Gineco-Obstetra. Integrante.
 Dr. Juan Carlos Prieto Domínguez. Médico Farmacología Clínica. Integrante.
 Dra. Ana María Madrid Silva. Gastroenteróloga. Integrante.
 Srta. Rina Sepúlveda Alfaro. Abogado. Integrante.
 Dra. Gloria López Stewart. Médico Endocrinóloga. Integrante.
 Dr. Juan Jorge Silva Solís. Médico Cirujano. Integrante.
 Dr. Melchor Lemp Miranda. Médico Neurocirujano. Integrante.
 Sra. Ginette Zúñiga Navarrete. Miembro de la comunidad.

Ha analizado 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”**, cuyo Investigador Principal es el **Dr. Gonzalo Rojas Alcayaga, del Servicio Dento Maxilofacial**. El proyecto será desarrollado en ese mismo servicio del Hospital Clínico de la Universidad de Chile.

Para estos efectos se tuvo a la vista los siguientes documentos:

- Carta de presentación de proyecto.
- Carta de compromiso del investigador principal.
- Carta de compromiso de los co-investigadores.
- Curriculum vitae del investigador principal.
- Curriculum vitae de los co-investigadores.
- Formulario de Solicitud de Evaluación de Proyecto.
- Presentación de proyecto Versión 1.0, fechado 17 de diciembre de 2020.
- Documento de Consentimiento Informado, Versión 1.0, fechado 31 de diciembre de 2020.
- Revocación del Consentimiento Informado, Versión 1.0, fechado 04 de diciembre de 2020.

El Proyecto y los documentos señalados en el párrafo precedente han sido analizados a la luz de los postulados de la Declaración de Helsinki, de las pautas Éticas Internacionales para la investigación Biomédica en Seres humanos CIOMS 2002, de las Guías de Buenas prácticas Clínicas de ICH y Normativa Nacional Vigente.

2

a) Carácter de la población estudiada

Terapéutica.

b) Utilidad del Proyecto

Adecuada.

c) Riesgos

Controlados.

d) Beneficios

Adecuados.

e) Confidencialidad del Estudio

El investigador principal asegura la confidencialidad de todos los datos.

Por lo tanto, el Comité estima que el Estudio propuesto estuvo bien justificado y que no significa para los sujetos involucrados riesgos físicos, psíquicos o sociales mayores.

El consentimiento informado, es adecuado en forma y fondo.

En virtud de las consideraciones anteriores, el Comité otorga la Aprobación Ética del estudio propuesto, de forma expedita el 04 de enero de 2021, la que se extiende por un plazo de 12 meses y que será registrada en acta de la próxima sesión. Se adjunta Declaración de Cumplimiento de las Buenas Prácticas Clínicas.

Se debe tener presente que se debe realizar:

- Envío para aprobación o toma de conocimiento de nueva documentación relacionada al estudio.
- Cambio en los Delegados del Director de la Institución.
- Notificación de reacciones adversas serias o no serias, en que las serias deben ser notificadas en un plazo de 72 horas hábiles de ocurrido el evento.
- Enviar anualmente avances del Proyecto.
- Solicitud de Extensión de plazo de aprobación.
- Enviar Informe Final del Proyecto.

Los ítems mínimos que deben contener los informes semestrales y finales, son los siguientes:

- Cumplimiento de los objetivos.
- Numero de Sujetos enrolados.
- Número y motivo de los sujetos que abandonan o se retiran.

Saluda atentamente a Ud.



04-01-2021

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

11.2 CONSENTIMIENTO INFORMADO

28/04/2021

DOCUMENTO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

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



28-04-2021

28/4/2021

DOCUMENTO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

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.

SI, 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



28-04-2021

