



**UNIVERSIDAD DE CHILE
FACULTAD DE ODONTOLÓGÍA
INSTITUTO DE INVESTIGACIÓN EN CIENCIAS
ÁREA DE CIENCIAS DEL COMPORTAMIENTO**

**PERCEPCIONES Y EXPECTATIVAS EN LA ATENCIÓN EN SALUD DE
VÍCTIMAS DE TRAUMA DENTOMAXILAR Y OCULAR CAUSADO POR
AGENTES DEL ESTADO CHILENO EN EL CONTEXTO DE LA MOVILIZACIÓN
SOCIAL EN EL PERIODO 2019-2020.**

Carolina Lineros Miño

TRABAJO DE INVESTIGACIÓN

REQUISITO PARA OPTAR AL TÍTULO DE

CIRUJANO-DENTISTA

TUTOR PRINCIPAL

Prof. Gonzalo Rojas Alcayaga

TUTORES ASOCIADOS

Prof. Andrea Herrera Ronda

Prof. Matías Ríos Erazo

Adscrito a Proyecto FONIS SA20I0049

Santiago - Chile

2024.



**UNIVERSIDAD DE CHILE
FACULTAD DE ODONTOLOGÍA
INSTITUTO DE INVESTIGACIÓN EN CIENCIAS
ÁREA DE CIENCIAS DEL COMPORTAMIENTO**

**PERCEPCIONES Y EXPECTATIVAS EN LA ATENCIÓN EN SALUD DE
VÍCTIMAS DE TRAUMA DENTOMAXILAR Y OCULAR CAUSADO POR
AGENTES DEL ESTADO CHILENO EN EL CONTEXTO DE LA MOVILIZACIÓN
SOCIAL EN EL PERIODO 2019-2020.**

Carolina Lineros Miño

TRABAJO DE INVESTIGACIÓN

REQUISITO PARA OPTAR AL TÍTULO DE

CIRUJANO-DENTISTA

TUTOR PRINCIPAL

Prof. Gonzalo Rojas Alcayaga

TUTORES ASOCIADOS

Prof. Andrea Herrera Ronda

Prof. Matías Ríos Erazo

Adscrito a Proyecto FONIS SA20I0049

Santiago - Chile

2024.

AGRADECIMIENTOS

El desarrollo de esta investigación ha sido gracias a todo el equipo de investigación, profesores, colaboradores y principalmente a los entrevistados, quienes autorizaron dar a conocer sus experiencias, permitiendo con ello, visibilizar las complejas situaciones experimentadas, esperando que, de alguna manera, esto no se repita bajo ningún contexto político o social.

A mi tutor, profesor Gonzalo Rojas, agradezco su absoluto apoyo y compromiso con el desarrollo de la presente investigación, motivándome constantemente a mejorar como persona y también como investigadora.

A mis tutores asociados, profesora Andrea Herrera y profesor Matías Erazo, agradezco su participación en los avances, correcciones y buena disposición en todas las revisiones de mi tesis. Agradezco a todo el equipo, por permitirme ser parte de la investigación y contribuir en ella.

A mi mamá Ercilia, gracias por ser mi mamá, por apoyarme siempre en todas las locuras que se me ocurran, desde que era niña hasta que ingresé a bachillerato y odontología, gracias por todos los consejos y palabras motivantes para los momentos que siento frustración, gracias siempre dar lo mejor de ti, aunque no siempre te sientas bien, te amo mucho.

A mi papá Francisco, gracias por hacerme reír, comprarme dulces cuando me va bien en la universidad, pese a que tenemos diferencias, te quiero mucho y espero que seas feliz pese a las dificultades que podemos vivir, te amo mucho.

A mis compañeras de proyecto, Isabella e Inti, gracias por todas las risas, lo entretenido que estuvo nuestro viaje a Villarrica, su compañía y enseñanzas durante la clínica y la investigación.

A mi tutor de internado Dr. Kevin M., por contribuir en mi aprendizaje odontológico, por enseñarme a confiar en mis habilidades, gracias por ayudarme a ser una mejor

profesional y asistirme siempre que tenía dudas. Agradezco mucho el recibimiento y apoyo durante toda mi estadía en Dalcahue.

A Mari, por acogerme en el sur, por enseñarme a cocinar sierra y empanadas de queso, por tus conversaciones y por recibirme siempre en su casa con los brazos abiertos.

A Feña A., agradezco su apoyo durante el internado y por seguir ahí, motivándome a probar nuevas disciplinas deportivas, por tu motivación y tu gran corazón.

A mis amigas de toda la vida, Gata, Andreita, Alinilla, por su compañía desde el kinder, por todas las risas cuando hacíamos el ridículo en el colegio, por seguir ahí, aunque no nos veamos todos los días como antes. Por apoyarme siempre y ser como son.

A Sherald, por apoyarme en la clínica, ser mi paciente y también tener paciencia mientras aprendía, gracias por todo el apoyo.

A Nato, por ser un apoyo incondicional, también desde que éramos niñas, por compartirme tus gustos musicales y por seguir ahí pese a la distancia.

A Feña I., por tu compañía desde el preuniversitario, por todas esas risas en las clases de matemáticas y los cahuines que nos mantienen conectadas pese a la distancia. Gracias por tomarte el tiempo de seguir hablando y planeando juntas.

A Bryan y a Coni, por alojarme en su hogar durante mi estadía en Chiloé, por recibirme como si fuera parte de su familia, integrándome en sus actividades, mostrándome lo hermoso del sur y su gente. Por hacerme sentir en casa pese a estar lejos.

A Kata, por integrarme cuando estuve en el sur, entenderme cuando ni yo me entendía, gracias por las salidas en Santiago y las fotos aesthetic en mi pasaje favorito.

A Javi y Andy, por acogerme en el sur, invitarme a salir y despejarme cuando lo necesitaba, por la buena energía de ambos, sus ganas de mejorar, progresar y cumplir

sus sueños. Gracias Javi por todos los cafés y las conversaciones en Kunge, Agradezco a Andy por todos tus memes de Los Simpsons y gatitos, además por tu compañía cuando recorrí Chiloé.

A mis amigos bachiodontos Simono, Lucas, Romi, Vale, Fran y Negro, por mejorar en un 1000% mi experiencia universitaria, por todas las risas, juegos de catán, y juntas de estudio que no eran de mucho estudio, por todas las salidas y la compañía durante este largo camino. Gracias por su apoyo durante toda la universidad, estando siempre en las buenas y en las malas, y por ese asado que estuvo 10/100.

A mis amigos de la universidad, Isaaquito, Rogger, Nacho, Javi, Cata, Fran M., Fer y Anita, por ser los mas apañadores que conozco, siempre motivados para salir, celebrar y también ir a extensión o actividades universitarias, gracias por mejorar increíblemente mi estadía dentro y fuera de la universidad, por las juntas para jugar juegos de mesa y por las salidas a la playa que parecían un reality.

A los bachisaurios Mane, Domi, Cami, Gemi, Javier, Diego, Carlos y Joaco, por su apoyo en bachillerato, por todas las juntas de estudio y de carretes, por esa vez que nos juntamos y nevó en Santiago, y por la hermosa salida al Cajón del Maipo, agradezco mucho haberlos conocido, todos contribuyeron de alguna forma en mi desarrollo como persona y profesional.

A mis amigas de pole Lore, Mati, Mile, Monik, Pame, Bea, Kari, Cata, Coni G., Cata F., Francis, Coni U., Eva, Vane, Marlly y a mis profesoras Dani, Coni y Fru, por enseñarme mucho sobre ustedes y sobre mí, apoyándome cuando estaba triste y celebrando cuando lograba algún truco que me costaba. Agradezco mucho haber llegado al mundo del Pole Sport y por sobre todo haberlas conocido, ya que me han enseñado sobre la constancia, perseverancia y compañerismo; todas habilidades que me han permitido aprender mucho más de la odontología.

Y a Milo, mi bebé regalón, apoyo emocional desde que llegó a nuestras vidas, por su compañía en las largas noches de estudio, por alegrarme todos los días cuando volvía de las clínicas, por su amor incondicional con mis papás y conmigo.

ÍNDICE

| | |
|---|-----------|
| 1.- RESUMEN. | 1 |
| 2.- INTRODUCCIÓN Y MARCO TEÓRICO. | 3 |
| 2.1 Trauma | 3 |
| 2.1.1 Trauma físico | 3 |
| 2.1.2 Trauma psicológico | 3 |
| 2.1.3 Trauma político | 5 |
| 2.2. Manejo clínico del trauma | 7 |
| 2.3. Agentes del estado | 9 |
| 2.4. Estudio del trauma psicológico y político | 10 |
| 3.- PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN Y OBJETIVOS. | 13 |
| 3.1 PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN. | 13 |
| 3.2 OBJETIVO GENERAL | 13 |
| 3.3 OBJETIVOS ESPECÍFICOS..... | 13 |
| 4.- METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN. | 14 |
| 4.1 Diseño de investigación | 14 |
| 4.2 Muestra | 14 |
| 4.3 Criterios de selección | 14 |
| 4.4 Procedimientos..... | 15 |
| 4.5 Entrevista | 15 |
| 4.5.1 Escenario de entrevista | 16 |
| 4.5.2 Estilo de la entrevista | 16 |
| 4.6 Modelo de análisis | 18 |
| 4.7 Aspecto ético | 19 |
| 5.- RESULTADOS | 20 |
| 5.1 Percepción de la calidad de la relación interpersonal | 22 |
| 5.2 Expectativas de la atención y tratamiento | 27 |
| 5.2.1 Expectativas del tratamiento rehabilitador | 28 |
| 5.2.2 Rol activo del paciente | 30 |
| 5.2.3 Apoyo psicológico..... | 31 |
| 5.3 Secuelas físicas y psicológicas..... | 32 |
| 5.4 Modelo integrador: Calidad de la atención en salud. | 36 |

| | |
|--|-----------|
| 6.- DISCUSIÓN. | 39 |
| 7.- CONCLUSIONES..... | 45 |
| 8.- REFERENCIAS BIBLOGRÁFICAS. | 46 |
| 9.- ANEXOS Y APÉNDICES. | 54 |

1.- RESUMEN.

Introducción: Las movilizaciones sociales llevadas a cabo en Chile durante los años 2019 y 2020 convocaron a miles de personas a manifestarse políticamente en contra del gobierno en espacios públicos, situación que fue violentamente reprimida por fuerzas policiales y otros agentes del estado chileno. El uso de elementos antidisturbios ocasionó severos daños físicos como traumatismo ocular y dentomaxilar, entre otras lesiones orgánicas. El sistema de salud cumple un rol fundamental en la rehabilitación física y psicológica del afectado a corto, mediano y largo plazo.

Objetivo: Conocer en profundidad las experiencias de atención en salud de víctimas de trauma dentomaxilar y ocular originado por violencia ejercida por agentes del estado en el contexto de la movilización social en Chile durante los años 2019 – 2020.

Método: Se realizó un estudio cualitativo de análisis de contenido, que utiliza la entrevista en profundidad como método de producción de información y la teoría fundamentada como herramienta de análisis de las experiencias de atención en salud de víctimas de violencia ejercida por agentes del estado chileno. La muestra fue conformada por dieciocho participantes. Se incluyeron hombres y mujeres mayores de edad, residentes en Chile, que hayan sufrido traumatismo ocular y/o dentomaxilar ocasionado por acciones de violencia ejecutadas por agentes del estado chileno.

Resultados: La percepción de la atención en salud en trauma ocular y/o dentomaxilar se ve modelada por la calidad de la relación interpersonal, con el personal de salud, expectativas de tratamiento, secuelas físicas y psicológicas derivadas del trauma y del tratamiento rehabilitador.

Conclusiones: La violencia ejercida por agentes del estado ocasiona una percepción

de alta vulnerabilidad en las víctimas, quienes al acudir a instituciones de salud se ven expuestos a nuevas situaciones de vulneración, debido a procedimientos invasivos o tratos que minimizan su condición de víctima, lo que puede desencadenar revictimización y/o retraumatización, aumentando las probabilidades de desarrollar un trastorno de estrés postraumático (TEPT). Modos relacionales apropiados favorecen la mejoría física y psicológica de los afectados. El sistema de salud debe evitar exponer a la víctima a una secuencia de nuevos eventos traumáticos que favorezcan la aparición de retraumatización, revictimización y TEPT.

2.- INTRODUCCIÓN Y MARCO TEÓRICO.

2.1 Trauma

El concepto de trauma proviene del griego “τραῦμα” y etimológicamente significa “herida”. Frecuentemente ha sido vinculado con el ámbito médico, sin embargo, abarca un amplio espectro de situaciones relacionadas a un evento externo y violento que produce lesión (García, 2005). Debido a que el trauma vivido difiere en el contexto físico, psicológico y social de quien lo sufre, es fundamental conocer la definición particular de trauma en los ámbitos mencionados anteriormente con la finalidad de comprender cómo puede afectar a las víctimas y sus posibles consecuencias.

2.1.1 Trauma físico

El concepto de trauma físico se puede definir como el daño a la integridad física de una persona, puede ser de diverso origen como por ejemplo de tipo mecánico, térmico, químico, entre otros. Puede ser ocasionado intencionalmente (lesiones premeditadas) o involuntariamente, por ejemplo, en accidentes automovilísticos. Producto de este daño físico resulta inevitable que los afectados acudan a servicios de salud debido al dolor, incapacidad, malestar e inclusive eventual muerte que ocasiona el trauma (Chaparro, 1999).

Como se mencionó anteriormente, los traumatismos producen muerte y discapacidad. El pronóstico de este depende de su gravedad, la reserva fisiológica del paciente, asimismo de la inmediatez y calidad de los cuidados administrados a la víctima. Además, producen un gran consumo de recursos económicos (Fernández, Fuentes y López, 2013).

2.1.2 Trauma psicológico

El trauma psicológico se ha definido como el resultado de un gran suceso traumático o de hechos traumáticos parciales de menor intensidad que producen una

sobrecarga en la barrera protectora del aparato psíquico, interfiriendo abrupta o gradualmente en los procesos psíquicos de la persona (Díaz, 2011).

Asimismo, el trauma psicológico ha sido definido por Abbenne (2009) como una situación inesperada, repentina e incontrolable que amenaza la integridad del individuo o sus cercanos, generando un perjuicio duradero en el inconsciente de la víctima (Ruiz y Guerrero, 2017).

La vivencia de un trauma físico puede desencadenar la aparición de trauma psicológico, el cual puede verse reflejado a nivel físico, cognitivo, conductual y afectivo, como describen Ruiz y Guerrero (2017):

- a) Nivel físico: fatiga, falta de apetito, llanto, dolor de cabeza, tensión muscular, escalofrío, mareo, gastritis, entre otros.
- b) Nivel cognitivo: pensamientos negativos, ansiosos, obsesivos e intrusivos, hipervigilancia, confusión, dificultades en la concentración, atención y memoria. Sueños, pesadillas y trastornos del sueño.
- c) Nivel conductual: aislamiento, retraimiento, apatía en actividades diarias, incapacidad para descansar, necesidad de hablar una y otra vez sobre lo ocurrido o negarse a hacerlo.
- d) Nivel afectivo. Angustia o ansiedad, intranquilidad, crisis de pánico, irascibilidad, tristeza, melancolía, estados depresivos, sentimientos de culpa, inestabilidad afectiva, amargura, rencor, resentimiento e incluso odio, despersonalización.

Por otra parte, la experiencia de una amenaza puede alterar el funcionamiento de la memoria del afectado. En muchos casos ocurre un olvido masivo que contiene o encapsula la experiencia, haciéndola inaccesible a la conciencia o por otro lado amplifica la memoria en relación al hecho traumático, es decir, lo vivido se hace inolvidable en sus detalles y significaciones. En este último caso el recuerdo se impone e impide cerrar la experiencia, mediante imágenes recurrentes y angustias intolerables en vigilia e incluso durante el sueño (Lira, 2010).

Dado lo inesperado e incontrolable del hecho traumático, además de la permanencia que puede ocasionar a nivel inconsciente, se requiere un trabajo en el aparato psíquico del individuo con la finalidad de reestablecer su salud física, mental y emocional (Drago y cols, 2021).

Dentro de las posibles consecuencias desencadenadas por la vivencia de la experiencia traumática se encuentra el trastorno de estrés postraumático (TEPT), trastornos del ánimo, trastornos de ansiedad, duelo complicado, somatización, entre otros (Moreau y Zisook, 2002). Se ha descrito que de un total de personas que experimenta un trauma, el 14% aproximadamente desarrollará un TEPT (Kessler, 2000).

2.1.3 Trauma político

En el último tiempo, se ha expresado una evidente preocupación por las consecuencias de los hechos de violencia tales como guerras, guerras locales, fundamentalismos, terrorismo de estado y otras formas de violencia sistemática, renovando las nociones que se tienen respecto al trauma (Kaufman, 1998).

Además de lo mencionado anteriormente, cabe destacar que existe una amplia gama de definiciones en cuanto a lo que el trauma significa, sin embargo, es de especial relevancia considerar el trauma político, tal como sucedió, en el contexto de las movilizaciones sociales ocurridas en Chile durante los años 2019 a 2020. En el caso del trauma producido por la violencia institucionalizada, esta se extiende a todos los miembros de la sociedad, a las estructuras que los albergan, a las normas de convivencia y las instituciones reguladoras de la vida ciudadana basada en principios y valores hegemónicos, constituyendo un proceso de alteración profunda de la institucionalidad política, además de cultural y social, de modo que no puede considerarse únicamente a las víctimas directas sino a la sociedad en su conjunto (Lira et al., 1989).

Las experiencias traumáticas producto de la represión política en el contexto latinoamericano han sido denominadas, tomando como referencia la

conceptualización de Bettelheim (1981), como traumatizaciones extremas. Este término fue utilizado para referirse a las acciones donde un individuo produce daño a otro ser humano de manera consciente y voluntaria, causado por una situación social diferenciándose de los traumas producidos por causas naturales.

En Chile, el Equipo Profesional del Instituto Latinoamericano de Salud Mental ILAS (2019) plantea definiciones relacionadas con el concepto traumatización extrema propuesto por Bettelheim en 1981, donde lo definen como un proceso individual y social que se produce en un contexto sociopolítico que se caracteriza por una forma de ejercer poder en el que las estructuras sociopolíticas están basadas en destruir y eliminar a algunos miembros de la sociedad por sobre otros.

Castillo y Díaz (2011) señalan una nueva definición, que corresponde a un *“trauma de etiología sociopolítica, caracterizado por una experiencia impredecible, de duración incierta, potencialmente de larga duración por la amenaza de muerte permanente e imposibilidad de escapar de ella”* (p. 424).

El trauma político se manifiesta cuando los hechos traumáticos, como la detención, tortura, exilio forzoso, entre otros, sobrepasan la capacidad y recursos psicológicos de los grupos sociales o actores involucrados. Debido a que resulta insostenible permanecer en tal estado, los sujetos realizan ajustes que resultan destructivos o autodestructivos como una forma de sobrevivencia. Es esperable que la atención oportuna de la persona afectada pueda aminorar en gran medida las posibles secuelas en los afectados, sin embargo, cuando el trauma es ocasionado de forma consciente e intencionada por figuras de poder político y ejercido directamente por agentes del estado, se añade un estado de inseguridad, desconfianza y desesperanza en la víctima, quien no es reconocida como tal, debido a que este proceder es considerado por las autoridades respectivas como una medida necesaria para restituir el orden público (Lira y Castillo, 1991).

En estos casos, el equipo de salud juega un rol fundamental en la reparación de las víctimas de trauma, el acompañamiento profesional permite el tratamiento temprano

de síntomas de angustia, depresión y estrés postraumático (Madariaga, 2019). Sin embargo, cuando el rol del profesional de salud se distorsiona, en situaciones de tortura u otros crímenes ejercidos por agentes del estado, como ocurrió, por ejemplo, en gobiernos dictatoriales de Uruguay, Chile y Argentina, donde los profesionales de salud fueron cómplices de acciones médicas contra personas y ciudadanos enfermos, se favoreció la permanencia del trauma, generando un daño permanente en los afectados. En este contexto es relevante considerar la ética del profesional de salud, la cual no debe cambiar bajo ningún régimen totalitario o autoritario, debe ser un instrumento independiente de la forma de gobierno (Cuerda, 2019).

2.2. Manejo clínico del trauma

Considerando las definiciones mencionadas anteriormente, resulta indiscutible que la vivencia de un acontecimiento violento e inesperado produce un daño físico que ocasiona malestar, dolor, incapacidad e inclusive puede desencadenar en la muerte de la víctima. Por lo que se requiere la participación, comprometida y competente de los equipos de salud que asisten a las víctimas, tanto para la adecuada recuperación del trauma inicial como para el tratamiento posterior de trauma psicológico que se desarrolla de forma particular en cada individuo afectado.

Por consiguiente, los profesionales del equipo de salud deben estar capacitados en el ámbito científico- técnico, asimismo deben ejercer su profesión con valores, principios y normas propias de la ética profesional, entregando atención integral al paciente, ejerciendo la actividad sanitaria con respeto y comprensión, siempre teniendo como objetivo no producir daño, buscando además la recuperación y mantención del estado de salud del paciente (Pérez y Martín, 2003).

En cuanto a los principios éticos fundamentales y universales (no maleficencia, autonomía y justicia entre otros) en la relación profesional de la salud – paciente estos deben ser valorados en función de cada caso, atendiendo la particularidad del paciente y de su experiencia, puesto que cada individuo presenta un sistema de valores que difiere de otros pacientes e inclusive del profesional tratante (Pérez y

Martín, 2003).

Pacientes con antecedentes de eventos traumáticos, son particularmente vulnerables cuando acuden a servicios de atención médica ya que pueden traumatizarse nuevamente debido a las experiencias de atención médica (Coles y Jones, 2009). Además, el manejo clínico del trauma puede verse dificultado cuando los equipos de salud no cuentan con herramientas relacionales pertinentes como el trato compasivo e interesarse personalmente por el bienestar del afectado (Reeves, 2015). Cualquier procedimiento médico tiene potencial de producir retraumatización, aumentando esta posibilidad cuando el tratamiento es invasivo o implica una similitud con la agresión recibida por la víctima (Schippert y cols., 2021).

No obstante, los profesionales de salud deben cumplir obligaciones específicas impuestas por la naturaleza de su profesión que le han sido otorgadas mediante la respectiva licencia profesional (International Dual-Loyalty Working Group, 2008). La actitud moral, ética y reflexiva del profesional de salud debe incorporar el conocimiento adecuado y pertinente del contexto donde desarrolle su ejercicio profesional (Tamayo, 2002).

La ética del profesional y la calidad del servicio de salud deben estar presentes durante toda la atención. La excelencia es un objetivo propio de la ética, por lo que resulta relevante considerar constantemente la introducción de valores éticos en la toma de decisiones, con la finalidad de aumentar la calidad de la atención. El profesional en conjunto con el equipo de salud tiene dos niveles de exigencia; el más alto aspira a la excelencia mientras que el mínimo incurre en el delito de negligencia. La relación del profesional de salud con el individuo afectado no puede consistir únicamente de un trato correcto, se espera también el apoyo emocional por parte del profesional (Zamora, 2000).

El equipo de salud debe velar por la entrega de atención con enfoque biopsicosocial, en virtud de que la salud no corresponde únicamente a la ausencia de afección o enfermedad, sino que ha sido definida por la Organización Mundial

de la Salud (OMS) en 1984 como un estado de bienestar físico, mental y social completo. Es por ello que la atención de salud debe ser integral, reparando el bienestar físico, pero también psicológico y emocional del individuo.

La relevancia del proceder ético del equipo de salud radica en el impacto que tiene sobre la víctima de trauma físico ocasionado por agentes del estado. Las situaciones traumáticas pueden dejar secuelas psiquiátricas como trastorno de estrés post traumático (TEPT), depresión, trastornos de ansiedad, trastornos del ánimo, trastornos disociativos, somatización, entre otros (Moreau y Zisook, 2002). Resulta fundamental que los profesionales reconozcan el tema, detectando y manejando las reacciones inmediatas y secuelas del trauma a largo plazo (Figuroa y cols., 2016). Los profesionales de salud poseen un rol crítico dentro del sistema de salud, ya que pueden contribuir en la retraumatización del paciente si no se consideran las secuelas que conlleva el trauma (Jennings, 1994). Por otra parte, la relación con el paciente puede evidenciar trastornos que se estén desarrollando en la víctima, permitiendo su oportuna derivación y tratamiento por el profesional de salud pertinente (Madariaga, 2019).

Simultáneamente debemos incorporar las creencias del paciente en tanto a sus expectativas de atención de salud, las cuales pueden diferir del punto de vista del profesional tratante, por lo que debemos valorar y respetar las expectativas y creencias del paciente, inclusive cuando estas sean consideradas engañosas o inadecuadas, puesto que el profundo conocimiento de la misma permite la obtención de estrategias de manejo que optimicen la planificación del tratamiento y con ello la satisfacción del paciente (Rojas y cols., 2016).

2.3. Agentes del estado

Debido a la implicancia de los agentes del estado chileno en la presente investigación, es sustancial proporcionar su definición. Corresponden a las fuerzas de orden y seguridad pública, son los encargados de dar eficacia al derecho, garantizar el orden público interno y la seguridad de las personas, en la forma que

determinen sus respectivas leyes orgánicas. Son dependientes del Ministerio encargado de la Seguridad Pública, y están integrados por Carabineros de Chile y la Policía de Investigaciones. (Constitución política de la República de Chile [capítulo XI] Artículo 101, inciso 2°).

En la circular 1832, se indica que el uso de la fuerza debe ser aplicada cuando sea estrictamente necesaria. El personal de carabineros debe aplicar en lo posible, medios no violentos antes de recurrir al uso de la fuerza, y podrán hacer uso de la fuerza en casos donde se obre en legítima defensa, esto para proteger la integridad de terceros o la suya. A su vez, deben cumplir la ley, respetar, proteger y defender los derechos humanos de todas las personas, por lo que, el empleo de armas letales es considerado una medida extrema, y sólo se acepta en circunstancias excepcionales que impliquen peligro de muerte o lesiones graves para el carabinero o un tercero.

Durante octubre y noviembre de 2019, el mando estratégico de la institución de carabineros emitió documentos relacionados a la circular 1832, en relación al uso de la fuerza, uso de escopetas de balines y gases lacrimógenos, entre otros. El uso de elementos antidisturbios debía ser ejecutado según el protocolo establecido. Asimismo, se ordenó una jornada de reinstrucción al personal. Pese a ello, esto no fue suficiente para prevenir las violaciones de los derechos humanos. Las órdenes escritas se limitaban a la instrucción de carabineros a hacer uso de la fuerza según la ley y el protocolo, sin entregar instrucciones específicas que aseguraran el adecuado uso de la fuerza (Amnistía internacional, 2020).

2.4. Estudio del trauma psicológico y político

Debido a que se desea estudiar cómo afecta la violencia ejercida por agentes del estado en personas que sufrieron traumatismo ocular y/o dentomaxilar en la movilización social de Chile durante los años 2019- 2020, la investigación cualitativa permite dar énfasis a las relaciones sociales y perspectivas de las mismas. De éstas se desprenden “conceptos sensibilizadores” con los cuales es posible enfocar el

contexto social que será estudiado. Bruner (1991) y Sarbin (1986) señalan que se deben considerar los significados subjetivos, la experiencia y la práctica, además de la contemplación de las narraciones y discursos (Flick, 2007).

Como reseña histórica, esta metodología se constituye en las bases de la fenomenología debido a que se busca comprender en profundidad el fenómeno a estudiar desde el punto de vista del actor o participante de un evento determinado, teniendo en cuenta que la realidad que importa es la que las personas definen como importante. Esto es posible de realizar mediante métodos cualitativos tales como la observación participante, la entrevista en profundidad y otros que también generan datos descriptivos, así como palabras habladas o escritas de las personas y conductas observables (Flick, 2007).

Es preciso mencionar que la metodología cualitativa resulta apropiada para comprender cómo afecta el trauma físico originado por agentes del estado, ya que estudia en profundidad el sentir de la víctima, considera sus experiencias, emociones y su percepción en particular, lo que no es posible conseguir mediante el uso de metodologías de tipo cuantitativa.

Respecto a la metodología también se debe mencionar que es holística, considera a las personas, escenarios o grupos como un todo, estudiando el contexto actual y también el pasado de cada sujeto. En la investigación cualitativa el investigador se identifica con las personas a quienes estudia para comprender cómo éstos ven los hechos. También en este tipo de investigación no se busca juzgar a las personas, por el contrario, considera que todas las perspectivas son valiosas por igual. Finalmente se debe tener en cuenta que los métodos utilizados necesariamente influyen en nuestro modo de ver los hechos, debido a que se llega a conocer a las personas en lo personal, experimentar que sienten y sus luchas cotidianas, éxitos y fracasos, a diferencia de lo observado en la metodología cuantitativa, en la que no se considera esta información (Taylor y Bogdan, 1987).

Por otra parte, durante el desarrollo de la investigación cualitativa es importante que el investigador exprese de forma categórica y consciente su rol en la investigación

(Finlay, 2002). En vista que cada individuo se desarrolla en un contexto social, cultural, político y económico determinado resulta fundamental reconocer la tendencia propia del investigador, la cual no puede ni busca ser eliminada, sino que debe ser reconocida debido a su importancia en la credibilidad del estudio. Para ello se deja constancia en notas de campo o memorandos con el análisis reflexivo y las interpretaciones de las experiencias por parte del investigador.

Pese a que no existe consenso en su definición, la reflexividad se entiende como el proceso introspectivo donde el autor examina críticamente el efecto que produce su presencia en el desarrollo de la investigación, manifestando su conciencia y conexión con la situación presentada en la investigación. Es parte de todos los niveles del estudio, desde la orientación teórica, pregunta de investigación, análisis de datos y elaboración final del informe (De la Cuesta- Benjumea, 2011).

La reflexividad se ha establecido como una herramienta que permite asegurar el rigor y la calidad de la investigación, aumentando la confiabilidad y credibilidad de los hallazgos, ya que identifica la importancia del autoconocimiento del investigador, permite comprender el papel del autor en la creación de conocimiento, con la finalidad de controlar el impacto de los prejuicios, creencias y experiencias personales en la investigación (Dodgson, 2019).

También favorece el reconocimiento del impacto que tiene la posición, perspectiva y presencia del enfoque del investigador, puesto que expone sus motivaciones inconscientes y sesgos implícitos, permitiendo evaluar la integridad de los métodos y resultados, a través del registro de las decisiones del autor durante la investigación (Finlay, 2002).

En la presente investigación se debe dejar registro de la posición política de la investigadora, considerando su clara tendencia a favor de las manifestaciones ocurridas en Chile durante los años 2019 y 2020, siendo partícipe de algunas ellas, la disconformidad con el proceder de las autoridades de gobierno, además de la influencia política de su entorno familiar y social, que influyen indiscutiblemente en su modo de pensar y, por ende, en su interpretación de lo expresado por los participantes del estudio.

3.- PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN Y OBJETIVOS.

3.1 PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN.

¿Cuáles son las percepciones y expectativas de la calidad de la atención en salud, de personas que han sufrido trauma dentomaxilar y ocular ocasionado por agentes del estado en el contexto de la movilización social en Chile durante los años 2019-2020?

3.2 OBJETIVO GENERAL.

Conocer la experiencia de la atención en salud de las víctimas de trauma dentomaxilar y ocular, causado por violencia de agentes del estado en el contexto de la movilización social en Chile, durante los años 2019 – 2020.

3.3 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.

1. Describir las percepciones de las personas afectadas por trauma por violencia física ocasionada por agentes del estado, respecto a la calidad de la relación interpersonal en la atención de salud que reciben.
2. Identificar las expectativas de tratamiento de los pacientes afectados posterior al trauma físico experimentado.
3. Describir la percepción de los participantes en relación a la entrega de información respecto al diagnóstico, plan de tratamiento y pronóstico.
4. Relacionar la percepción de los aspectos técnicos de la atención en salud con las eventuales consecuencias psicológicas en el paciente posterior al trauma.

4.- METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN.

4.1 Diseño de investigación

Estudio cualitativo de análisis de contenido que utiliza la entrevista en profundidad como método de producción de información y la teoría fundamentada como herramienta de análisis de las experiencias de atención en salud de las víctimas de trauma dentomaxilar y ocular, suscitada por agentes del estado chileno durante los años 2019-2020.

4.2 Muestra

La muestra final se constituyó por dieciocho entrevistados, se incluyeron hombres y mujeres mayores de edad, residentes en Chile, que hayan sufrido traumatismo ocular y/o dentomaxilar ocasionado por acciones de violencia ejecutadas por agentes del estado de Chile durante los años 2019-2020.

Se diversificó toda la gama de perspectivas de los entrevistados hasta llegar al punto que entrevistas adicionales no produjeran ninguna comprensión auténticamente nueva (Taylor y Bogdan, 1987), es decir, se obtuvo la saturación de la muestra. Conforme el investigador va viendo casos similares, adquiere confianza empírica para determinar si una categoría indica un nuevo aspecto o solo agrega volumen a los datos codificados previamente, sin aportar nuevo conocimiento al desarrollo de la teoría (Glaser y Strauss, 1967).

4.3 Criterios de selección

En este estudio se incluyeron hombres y mujeres mayores de edad, que hayan sufrido traumatismo maxilar, facial y/o ocular ocasionado por acciones de violencia ejecutadas por agentes del estado de Chile (policías) durante los años 2019-2020 y que hayan aceptado la entrevista. Los y las voluntarios/as, dieron su consentimiento en forma escrita para participar en esta investigación.

En la selección de la muestra, se excluyeron personas que por motivos de salud mental no estaban en condiciones de participar en las acciones desarrolladas en la investigación. Se consideró como criterio de exclusión un estado psicológico (angustia, ansiedad extrema, etc.) que impidiera realizar la entrevista. En estos casos, se detuvo la grabación, invitando al entrevistado a expresar lo que está sintiendo, dar tiempo, discutir pertinencia de seguir con la entrevista, normalizar y orientar a la búsqueda de apoyo profesional (psicólogo, psiquiatra).

4.4 Procedimientos

El profesional tratante se contactó con el beneficiario de cualquiera de los programas de atención a las víctimas de represión de agentes del estado consultando por su disposición e interés en participar en la investigación. Si la respuesta del voluntario fue afirmativa, se contactó con el investigador responsable, quien explicó en qué consiste el estudio y procedió a realizar el proceso de consentimiento informado (Anexo 1).

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 de estado.

4.5 Entrevista

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 de estado. Las entrevistas fueron realizadas mediante vía remota (dada la contingencia sanitaria de ese momento) y presencial, teniendo una duración aproximada de dos horas. En caso de entrevistas realizadas por vía remota, las sesiones fueron grabadas desde la plataforma digital en uso. Las entrevistas realizadas presencialmente fueron registradas mediante el uso de una grabadora digital de audio. considerando en ambos casos, la entrega previa del consentimiento informado, el cual debió ser firmado por el voluntario. Una vez

registrada la entrevista fue transcrita de acuerdo a un formato que permitió la identificación de las respectivas intervenciones (entrevistador-entrevistado/a).

Estos registros (entrevistas y transcripciones) fueron almacenados de modo seguro en discos duros de propiedad del equipo de investigación, donde únicamente ellos pudieron acceder, con la finalidad de resguardar la identidad de los entrevistados y evitar la posibilidad de filtración de las entrevistas. El análisis del texto fue en particular a la dimensión de calidad de la atención en salud (anexo 2), con la finalidad de generar categorías con sus propiedades y dimensiones en específico.

4.5.1 Escenario de entrevista

Las entrevistas desarrolladas de forma presencial fueron realizadas en un lugar determinado previamente con el voluntario, con la finalidad de facilitar un clima de confianza y distensión que permitiera un relato sincero y espontáneo. Tanto en entrevistas desarrolladas presencialmente, como a través de vía remota, las sesiones fueron programadas anticipadamente, acordando el día y la hora.

4.5.2 Estilo de la entrevista

Debido a que se realizó una entrevista en profundidad que utiliza un guion de temas, la entrevista fue abierta, donde el entrevistador asumió un rol facilitador del diálogo y de la expresión de ideas y emociones, dejando libertad al entrevistado para expresarse. 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 y Bogdan, 1987, pág. 114).

El entrevistador marcó el ritmo de la entrevista de manera de permitir que, en un espacio temporal aproximado de dos horas, fuera posible desarrollar todos los temas de interés, propuestos previamente como también dejar espacio para el

surgimiento de otros. La entrevista se desarrolló en cinco fases: apertura, orientación, conversación, conclusión y término.

En la fase de apertura el entrevistador introdujo el tema de la investigación. Se comenzó el diálogo con temas cotidianos tratando de generar una atmósfera de confianza, luego se realizó una introducción a la entrevista. En la fase de orientación el investigador entregó un punto de vista general, iniciando las primeras aproximaciones al tema. En la fase de conversación se ofreció responder preguntas estimulando el habla libre. Se prestó atención a la comunicación verbal como a las emociones expresadas por 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, dando la oportunidad al entrevistado de que haga unas últimas preguntas y cerrar temas. Por último, se agradeció la participación del voluntario y se le informó la posibilidad de otra entrevista si fuera necesario por razones metodológicas.

La entrevista en profundidad es definida por Taylor y Bogdan en 1987 como los reiterados encuentros entre el investigador y los informantes, los que tienen la finalidad de comprender la perspectiva del informante respecto a su vida, experiencias o situaciones expresado con sus propias palabras, motivo por el cual es considerada una conversación entre iguales. El mismo autor señala que la entrevista en profundidad es adecuada para distintas situaciones, una de las cuales es cuando el investigador quiere esclarecer una experiencia humana subjetiva, es decir conocer íntimamente a las personas, ver el mundo a través de sus ojos e introducirnos vicariamente en sus experiencias. De acuerdo a lo anterior es que la entrevista en profundidad se ajusta adecuadamente a los intereses y objetivos de la presente investigación.

En la entrevista en profundidad es posible utilizar un guion de la entrevista con el objetivo de asegurarse de que todos los temas claves sean explorados, se trata de una lista de áreas generales que deben cubrirse con cada entrevistado, pero no es un protocolo estructurado (Taylor, 1987). El guion contuvo los temas y subtemas de

la entrevista sin constituir preguntas específicas, sin necesariamente tratarse de una secuencia predeterminada. Fue posible incorporar nuevos temas cuando la situación lo requirió. Los temas fueron los siguientes y están en relación a los objetivos específicos de la presente investigación: percepción de la institución de salud y del personal de salud tratante, expectativas del tratamiento rehabilitador y psicológico, beneficios y dificultades percibidas en el tratamiento médico, percepción de los aspectos técnicos de la atención en salud y sus consecuencias psicológicas, reacciones psicológicas en el momento que ocurrió el trauma físico, secuelas físicas y psicológicas desencadenadas por el trauma físico.

Las entrevistas fueron realizadas por psicólogos, psicóloga y terapeuta ocupacional, quienes tienen las habilidades y conocimiento profesional para contener a personas con reacciones o colapso emocional. En términos generales se recomienda no continuar con la entrevista, cortar la grabación e invitar a expresar lo que está sintiendo, dar tiempo, discutir pertinencia de seguir con la entrevista, normalizar y orientar a la búsqueda de apoyo profesional (psicólogo, psiquiatra).

4.6 Modelo de análisis

El modelo de análisis siguió las pautas del análisis de contenido. La operación consistió en la codificación del texto, es decir se procedió a comparar la información obtenida en las entrevistas dando una denominación común a fragmentos diversos del texto pero que comparten una misma idea o concepto (código). La identificación de los códigos fue realizada en forma conjunta por el equipo investigador y las/los participantes del estudio. En un primer paso, las entrevistas fueron transcritas en un formato que permitiera identificar las intervenciones del investigador y entrevistado. Posteriormente, los investigadores identificaron y nominaron los códigos en el texto transcrito mediante un método de triangulación, los que fueron presentados y discutidos con las/los entrevistado(a)s. La formulación final de los códigos es por lo tanto un trabajo interactivo. Posteriormente se realizó la codificación axial y selectiva, donde se identificaron categorías y subcategorías del fenómeno a

estudiar, las cuales fueron presentadas a través de esquemas en la sección de resultados.

Cabe destacar que en la presente investigación no fueron considerados todos los códigos recabados, se priorizaron los fragmentos del texto que compartían una idea o concepto relacionado con el objetivo de la investigación desarrollada en el presente trabajo.

Con la finalidad de asegurar la rigurosidad y calidad de la investigación cualitativa, la presente investigación se realizó siguiendo los criterios descritos por Guba y Lincoln (1981) como: credibilidad, confirmabilidad y transferibilidad. El criterio de credibilidad se logra cuando los participantes del estudio reconocen como verdaderos los hallazgos identificados por los investigadores (Castillo y Vásquez, 2003), para ello se requiere la reflexión y escucha activa del investigador, así como expresar empatía con el participante. El investigador consulta a los participantes, durante la producción de información para confirmar los hallazgos. (Cornejo y Salas, 2011).

El criterio de auditabilidad o confirmabilidad se refiere a la habilidad de que otro investigador sea capaz de seguir la pista o ruta que el investigador original ha realizado. Esto se logra a través del registro de estrategias y decisiones metodológicas, junto con la descripción detallada de los pasos llevados a cabo durante la investigación. Esta estrategia permite que otro investigador examine los datos y pueda llegar a conclusiones similares a las presentadas por el investigador original (Cornejo y Salas, 2011).

El criterio de transferibilidad o aplicabilidad se describe como la posibilidad de extender los resultados del estudio a otros contextos o poblaciones (Guba y Lincoln, 1981). Para ello es necesario describir detalladamente el lugar y las características de los participantes del estudio (Cornejo y Salas, 2011).

4.7 Aspecto ético

El trabajo de investigación es parte del proyecto FONIS SA20I0049: “Identificación de experiencias psicológicas frente al trauma maxilofacial y ocular, en personas

afectadas por la violencia de Agentes del Estado en el contexto de la movilización social en Chile el año 2019-2020” el cual cuenta con la autorización del Comité Ético Científico del Hospital Clínico de la Universidad de Chile. Código de autorización 1177/21 (Anexo 3).

La participación en la entrevista fue voluntaria, el participante se pudo retirar en cualquier momento, aunque haya firmado el consentimiento informado. La renuncia no implicó perjuicio alguno al participante. Por otra parte, no consideró retribución económica, menos aún representó gastos adicionales a los entrevistados. En cuanto a la confidencialidad, las grabaciones fueron resguardadas en discos duros, propiedad del equipo de investigación, donde solo ellos pudieron acceder a tal información. Cualquier publicación o comunicación científica de los resultados fue anónima. Las complicaciones fueron poco frecuentes, sin embargo, si el entrevistado presentó algún episodio de revictimización o descompensación emocional, se realizó la derivación a la Clínica Psiquiátrica Universitaria de la Universidad de Chile. Las entrevistas fueron realizadas por psicólogos expertos, con la finalidad de minimizar episodios de revictimización. En cuanto a los riesgos, los investigadores tomaron todos los resguardos para que las entrevistas hayan sido realizadas en un marco de respeto, generando un clima de contención y resguardo. La entrevista pudo llevar al participante a evocar la situación de violencia vivida, por lo que se cauteló la no revictimización durante la entrevista. Se planificó la sesión en un escenario que facilitara un clima de confianza; en caso de que haya sido necesario para el participante, la entrevista pudo ser interrumpida, siendo retomada en otro momento.

5.- RESULTADOS.

La muestra final se constituyó por dieciocho entrevistados, en su mayoría participaron hombres (trece), y cinco mujeres, con edades comprendidas desde los veintiuno hasta los sesenta y un años, principalmente residentes en la Región Metropolitana (trece participantes). Se entrevistaron residentes de otras regiones de Chile: Chillán (uno), Temuco (uno), Concepción (uno) y Valparaíso (dos). Se

entrevistaron diez pacientes con trauma ocular, siete pacientes con trauma dentomaxilar y un paciente con trauma ocular y dentomaxilar (tabla 1).

Tabla 1. Caracterización de la muestra.

| Número de Entrevista | Género | Edad (años) | Región o comuna | Tipo de traumatismo |
|----------------------|-----------|-----------------|-----------------|-----------------------|
| 1 | Masculino | Sin información | Santiago | Ocular |
| 2 | Femenino | 42 | Santiago | Dentomaxilar |
| 3 | Masculino | Sin información | Santiago | Dentomaxilar |
| 4 | Femenino | 61 | Chillán | Ocular y Dentomaxilar |
| 5 | Masculino | Sin información | Santiago | Dentomaxilar |
| 6 | Femenino | 27 | Santiago | Ocular |
| 7 | Masculino | 21 | Santiago | Dentomaxilar |
| 8 | Masculino | Sin información | Santiago | Ocular |
| 9 | Masculino | Sin información | Valparaíso | Ocular |
| 10 | Masculino | 28 | Santiago | Ocular |
| 11 | Masculino | 30 | Santiago | Ocular |
| 12 | Masculino | 26 | Santiago | Ocular |
| 13 | Femenino | 32 | Santiago | Dentomaxilar |
| 14 | Masculino | 36 | Santiago | Dentomaxilar |
| 15 | Femenino | 25 | Concepción | Ocular |
| 16 | Masculino | 31 | Temuco | Ocular |
| 17 | Masculino | 26 | Valparaíso | Dentomaxilar |
| 18 | Masculino | Sin información | Santiago | Ocular |

El análisis, mediante codificación abierta y luego codificación axial de los relatos de experiencia de la atención en salud de personas víctimas de trauma ocular y dentomaxilar causado por agentes del estado chileno, generó el surgimiento de tres categorías principales; (5.1) Percepción de la calidad de la relación interpersonal, (5.2) Expectativas de la atención y tratamiento y (5.3) Secuelas físicas y psicológicas. La primera categoría representa la experiencia y percepción de los entrevistados, referidas a la calidad de la relación interpersonal con el personal de salud. Estos aspectos relacionales fueron organizados en experiencias adecuadas y deficientes. La segunda categoría, se organiza en expectativas asociadas al tratamiento recibido, al apoyo psicológico y a la participación en el proceso terapéutico. La tercera categoría, se organizó en torno a las consecuencias físicas

y psicológicas derivadas del trauma y a las consecuencias psicológicas derivadas del tratamiento.

5.1 Percepción de la calidad de la relación interpersonal

Inicialmente, en lo concerniente a la primera categoría emergente, la percepción de calidad de la relación interpersonal se dividió en dos categorías: aspectos considerados adecuados y aspectos considerados deficientes. Ambas percepciones mencionadas anteriormente son moduladas por las condiciones estructurales del sistema sanitario chileno presentes en toda atención de salud.

Los aspectos relacionales de la atención corresponden a la relación interpersonal desarrollada entre el paciente y tratante durante la atención en salud, tanto en la atención de urgencia como en la etapa de rehabilitación. Aspectos relevantes identificados en las entrevistas, considerados parte de una atención adecuada constituyen el trato compasivo, personalizado, comunicación efectiva y apoyo emocional durante el proceso terapéutico. Por contraste, los aspectos identificados como deficientes durante la atención recibida lo constituyen la falta de empatía, el trato despersonalizado, la falta de acompañamiento en el mediano y largo plazo, la invisibilidad del paciente durante el proceso de atención ante el equipo de salud, desinformación de los procedimientos y la falta de prioridad en la atención.

Un aspecto que afecta las percepciones son las condiciones estructurales. Estas comprenden elementos de recursos humanos, infraestructura y aspectos organizacionales preexistentes en la atención en salud, los cuales no son dependientes de usuarios o prestadores, es decir, no pueden ser modificadas directamente por los mismos usuarios y/o integrantes del equipo de salud debido a que representan elementos constitutivos en toda atención de salud (de urgencia o tratamiento rehabilitador).

Las condiciones estructurales se materializan en ámbitos como el tiempo de espera, recursos materiales, disponibilidad de especialistas, integración del sistema de salud y atención en salud mental a largo plazo (Figura 1).

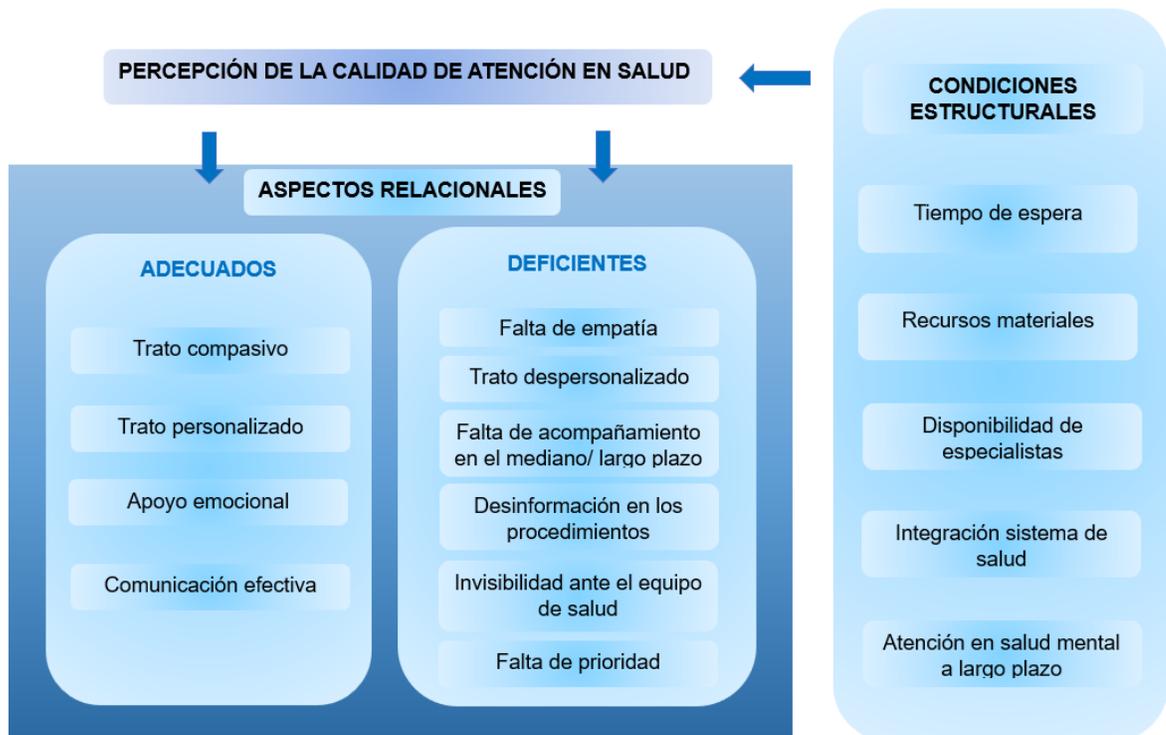


Figura 1. Percepción de la calidad de la relación interpersonal. Aspectos relacionales categorizados como adecuados o deficientes durante la atención y su vínculo con las condiciones estructurales presentes en el sistema de salud chileno.

La atención de salud se consideró adecuada cuando el personal de salud actuó de forma compasiva, es decir, tuvo un trato empático, amable, humanizado y sincero en la atención, lo que se reflejó en una forma adecuada y precisa de entregar información sensible para las víctimas y sus familiares.

“El tema de manejo como paciente, cómo me explicó las cosas, cómo trataba de que, de explicarme así sin hacerme que me sintiera mal ni nada de eso, ahí trataba de abordar el tema lo más, lo más simple posible, en explicarme todo y que yo estuviera tranquilo”. (E.12).

“Cada vez que digo que vengo a tratamiento como víctima de los Derechos Humanos, la expresión de las personas que me toman los rayos, de la persona que me recibe en la entrada, de todas esas personas, es de pura bondad en sus caras... claro...de bondad...de cariño, de querer que realmente mejore”. (E.5).

El apoyo emocional es otro aspecto que incide en las percepciones de la atención, brindada por otros que asisten a las personas que recibieron un trauma físico, interpretándose como un genuino interés en su condición de salud. Un trato personalizado favorece la relación tratante-paciente y con ello, la adherencia al tratamiento. Por otra parte, la comunicación efectiva, incide positivamente cuando el profesional de salud explica en términos comprensibles para el paciente, procedimientos quirúrgicos o rehabilitadores.

“Por la forma que me atiende (refiriéndose a actuar cariñoso del médico), que me revisaba, en todo sentido. Cuando después salí de la recuperación, me iba a ver a cada rato, que como estaba y todo”. (E.11).

“¿Por qué estoy tan agradecido? Porque ellos mismos se han dado el tiempo de volver a, a contactarme, a buscarme por decirlo así, a mandarme correos, saber si puedo ir a tal citación, ponerme y todo eso”. (E.10).

Los aspectos relacionales considerados deficientes se caracterizan, entre otras cosas, por una atención despersonalizada o deshumanizada. La ausencia de contención emocional, empatía, un trato brusco y distante sin consideración por la condición de enfermo, genera confusión en el paciente ya que no representa una forma esperada de relación médico- paciente. Además, la situación clínica en sí misma es invasiva lo que genera una mayor percepción de vulnerabilidad cuando el trato es poco empático.

“En el hospital Salvador una pura vez vi a un oftalmólogo ahí y la experiencia fue penca, porque me estaban haciendo como la evaluación para ingresar al programa y el oftalmólogo como que me pedía datos, llenaba papeles y nunca me miró, yo le hacía (manifestaba) dudas y nunca me las respondía...lo único que se preocupó fue como de firmarme el papel, listo y ya, toma, chao”. (E.6).

“Como que me hubiesen dejado por lo menos darme un tiempo para poder respirar y dejaran que hicieran lo que tenían que hacer, porque me acuerdo que el dentista que me dijo... si no dejas de llorar, la anestesia no te va a tomar y te lo voy a tener que sacar así”. (E.13).

La falta de acompañamiento en el mediano y largo plazo, la invisibilidad ante el equipo de salud, la desinformación y falta de explicación de los procedimientos a realizar, en cuanto a la justificación de ellos o de posibles consecuencias y complicaciones, suscitó insatisfacción durante la atención de salud.

“Yo creo que, explicarte más, como lo que estás pasando, aunque tú no entiendas lo que te van a explicar, pero tratar de qué te orienten más en lo que te está pasando y en las consecuencias que puede haber con respecto al futuro”. (E.18).

“Llegó mucha gente a verme, me sacan el parche, me miraban y se iban, nadie se presentó conmigo, nadie me dijo lo que iban a hacer, nadie me dijo nada, como que solo iban a mirar y se iban”. (E.6).

La falta de prioridad en la atención de salud se expresó en largas horas de espera, pese a las evidentes lesiones físicas, lo que denotó la poca preocupación por el estado de salud de los afectados.

“Llegué allá más menos a las siete de la tarde o siete y media tal vez, no me acuerdo, pero me fueron a atender a las doce de la noche, cuando ya estaba convulsionando, vomitando, ya no daba más del dolor del ojo”. (E.10).

“Y en el hospital como que nadie me pescaba porque habíamos llegado muy tarde, me dieron medicamentos a las diez y yo había llegado a las ocho”. (E.1).

Referente a los elementos mediadores de la atención de salud denominados condiciones estructurales, fue posible identificar el tiempo de espera como un factor relevante. Esta subcategoría participa en toda atención de salud, independiente de

la causa que origina la necesidad de atención, sin embargo, en una situación de trauma es aun mayormente crítico.

“Pero recuerdo como en llegar en un principio, que me tuvieron en camilla, pero en el pasillo, como harto rato”. (E.1).

“Aparte de eso, para sacar hora había que hacer mucho trámite en el hospital, había que dejar la hora en el buzón y esperar que me llamen”. (E.9).

La ausencia de equipamiento suficiente para una atención resolutive y de calidad en centros hospitalarios de alta complejidad, la falta de profesionales capacitados en atención de salud mental y especialidades médicas, además de la postergación de procedimientos médicos y quirúrgicos que aumentaron los tiempos de espera y recuperación generó disconformidad en los afectados.

“Me derivaron al traumatológico (derivación realizada desde la Posta Central), porque ellos no tenían especialistas, porque a lo mejor hubiesen podido haber operado altiro, pero como no había (especialistas) y la hora (de atención)”. (E.2).

“En la asistencia pública nunca hay un oftalmólogo, ¡un domingo menos!”. (E.4).

Por otra parte, la falta de integración del sistema de salud chileno, que se describe como segmentado y marcadamente diferenciado entre los sistemas público y privado, con sus consecuencias en las posibilidades de acceso, moduló negativamente la percepción de los afectados, como también la ausencia de atención psiquiátrica y psicológica a largo plazo.

“Llegué al hospital Salvador y no me alcance ni bajar ni nada y dijeron: no porque ella es Isapre entonces te podemos atender, pero te va a salir súper caro”. (E.6).

Entrevistador: ¿Y al final fuiste al psicólogo, psiquiatra?

Entrevistado: Sí, si fui.... Un tiempo y después con esto de la pandemia todo cerró, el tratamiento ahí quedó, después lo íbamos a retomar, pero algo le paso al médico que me iba a ver y ahí ya quedó". (E.13).

5.2 Expectativas de la atención y tratamiento

Las expectativas de atención y tratamiento que emergieron de las entrevistas se refieren a tres ámbitos: al tratamiento rehabilitador, al rol del paciente y al apoyo psicológico.

En cuanto a las expectativas referidas al tratamiento rehabilitador, la oportunidad de tratamiento, una atención preferencial, la calidad técnica y estética del tratamiento surgieron como experiencias relevantes.

Por otra parte, los pacientes esperaban tener un rol activo en su tratamiento, donde les fuera posible manifestar su opinión en caso de requerir modificaciones como también del resultado obtenido. En el caso de trauma ocular, el paciente esperaba la posibilidad de solicitar cambios en los aspectos estéticos de la prótesis sin perjuicio de afectar la relación dentista-paciente.

La satisfacción del paciente con el tratamiento pareció lograrse en caso de cumplir las expectativas mencionadas anteriormente, sin embargo, si se sintieron disconformes con la atención, fue posible evidenciar una sensación de cansancio y agotamiento.

En relación a la expectativa de apoyo psicológico, los entrevistados esperaban contar con apoyo psicológico, ya sea atención psicológica pública o privada, y que el mismo apoyo mencionado anteriormente haya sido eficaz, es decir, que atendiera las necesidades propias de cada individuo afectado por este tipo de trauma (Figura 2).

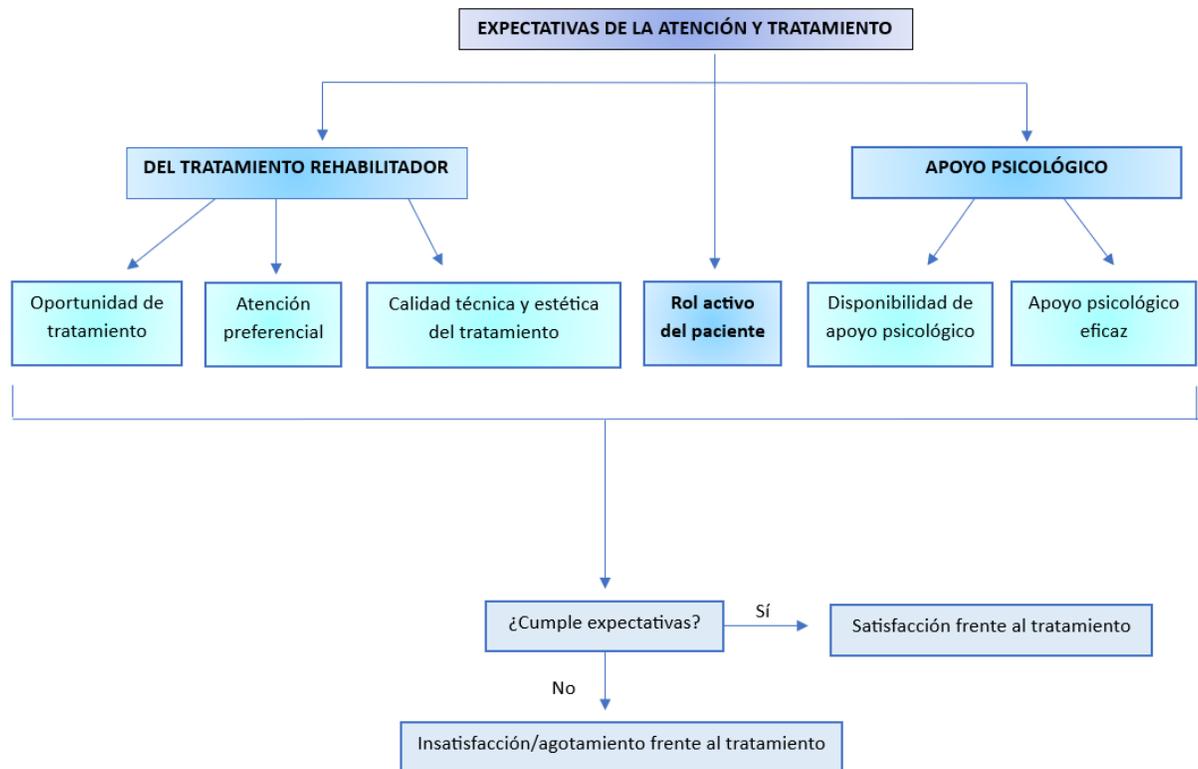


Figura 2. Expectativas de la atención y tratamiento. Los entrevistados refirieron tres expectativas principales asociadas a una atención de salud de calidad. Se esperó un tratamiento rehabilitador integral y satisfactorio, donde se permitiera el rol activo del paciente; además se esperó apoyo psicológico disponible y eficaz.

5.2.1 Expectativas del tratamiento rehabilitador

a) Oportunidad de tratamiento

El acceso oportuno y sin largos tiempos de espera en procedimientos médicos u odontológicos generó satisfacción con el tratamiento. Por otro lado, las dificultades de un acceso oportuno por disminución de las horas de consulta, debido a la pandemia de COVID-19, produjeron insatisfacción en los afectados.

“La atención de él siempre ha sido buena, a mí me gustó mucho cómo el hecho de que me haya hecho la cirugía rápida, de que me haya explicado los procesos”. (E.6).

“El tiempo entre sesión, al alargar tanto el tiempo entre sesión y después entrar en la pandemia hizo que se agotaran aún más las horas... en verdad no sé cómo será en el sistema privado, pero estuve dos años, yo creo que si hubiera sido más corto quizás hubiera sido mejor”. (E.5).

b) Atención preferencial

La existencia de programas preferenciales de prestaciones (menor costo en los tratamientos) para víctimas de violencia ejercida por agentes del estado fue percibida como una necesidad, puesto que un gran número de tratamientos o intervenciones requeridas fueron de alto costo económico.

“Toda la restauración que me he hecho es algo millonario, muchas sesiones, o sea y es impagable para el chileno común o estar endeudado parte de su vida para poder hacerlo, o derechamente no va a poder hacerlo porque no va a tener un crédito para pagar eso (En el Programa de Rehabilitación Dentomaxilar de la Facultad de Odontología de la Universidad de Chile)”. (E.5).

“A mí me gustaría, por ejemplo, haber tenido rehabilitación... no sé si de neuro o quizás con un kinesiólogo. Creo que falta mucho en el área de salud, como de prestaciones que se podrían hacer o de cosas que necesitamos”. (E.6).

c) Calidad técnica y estética del tratamiento

El interés expresado por parte del tratante en obtener adecuados resultados estéticos en la rehabilitación favoreció una satisfacción por parte del paciente con el tratamiento recibido, no obstante, las expectativas previas del tratamiento afectaron la percepción de satisfacción o insatisfacción con los resultados del tratamiento rehabilitador y con ello las respuestas emocionales que se generaron, principalmente en lo referido a aspectos estéticos y funcionales relacionados con la autoimagen y autoestima.

“Estoy contenta porque por lo menos, el provisorio que tengo ahora, se parece mucho al que tenía real, entonces por ese lado ahora, estoy como contenta y conforme también”. (E.13).

“Estaba teniendo problemas con el tema de la confección de la prótesis, porque todo lo que yo quería de prótesis es que se viera igual que como yo tenía antes mi ojo, pero eso no estaba siendo posible y eso me estaba generando mucha frustración. Así que la confección de las primeras prótesis fue súper tortuosa, también lloré por entremedio porque no era lo que yo quería, no se movía como yo quería”. (E.6).

5.2.2 Rol activo del paciente

Por otra parte, el rol activo del paciente permitió generar una sensación de satisfacción con el tratamiento, mientras que, aminorar su participación en el proceso pudo generar un obstáculo en la relación tratante-paciente. Permitir que el afectado tenga un rol activo durante el tratamiento, permitió resultados aún más exitosos, ya que el rol activo del entrevistado jugó un papel fundamental en la corrección de detalles del aparato protésico, permitiendo una mejor retroalimentación del odontólogo.

“Con el protesista, como lo mismo, ha sido buena experiencia, pero con esto fue como un traspies al sentir que no puedo dar tanto mi opinión y de quedarme un poco más callada”. (E.6).

Cuando todos los ámbitos mencionados anteriormente se cumplieron, es decir, existió oportunidad de tratamiento, atención preferencial, percepción de un tratamiento de buena calidad técnica y resultado estético acorde a las expectativas de los entrevistados, junto con una apropiada retroalimentación o trabajo conjunto, emergió la sensación de satisfacción con el tratamiento.

“Gran parte del tratamiento ya está terminado, ya tengo mis dientes definitivos, estamos como en las últimas limpiezas, pulidas, pero ya está casi. Y también, el

apoyo que me han dado acá (en el Programa de Rehabilitación Dento Maxilar de la Facultad de Odontología de la Universidad de Chile) ha sido increíble”. (E.5).

“A mí me atendió el doctor XY... que me hizo la prótesis más espectacular, si no tengo nada que decir de nadie”. (E.8).

Por otro lado, un gran número de sesiones de tratamiento médico y odontológico, junto con procedimientos quirúrgicos complejos produjo una sensación de agotamiento e insatisfacción debido a la duración de estos.

“Controles médicos que eran dolorosos, eran insufribles, eran largos, tediosos. Estar con médicos para allá, médicos para acá, hospital en hospital, pero tenía que seguir, no podía abandonar eso”. (E.8).

“Te vamos a tener que operar para sacarte los balines (le dicen al entrevistado) ...me operaron, me sacaron por la nariz el balón y dije ya aquí estamos, resulta que pasan una o dos semanas y vuelvo a ir para ver la cuestión del balón y me dicen: te vamos a tener que operar. ¿de nuevo?: Sí me dicen que tu ojo se achicó, el globo ocular redujo la forma, entonces vamos a tener que eviscerar o enuclear y ahí vinieron mis dudas de nuevo, lo pase super mal, de verdad”. (E.10).

5.2.3 Apoyo psicológico

Por otra parte, dentro de las expectativas de atención y tratamiento surgió la necesidad de apoyo psicológico, el cual incluyó dos ámbitos asociados directamente a la atención psicológica, estos corresponden a la disponibilidad de atención y al apoyo psicológico eficaz.

La disponibilidad de apoyo en salud mental no solo involucra la atención psiquiátrica y medidas farmacológicas para controlar los efectos generados por el trauma. Estos tratamientos debieron complementarse con apoyo psicológico pertinente, que proporcionara herramientas necesarias para afrontar situaciones adversas derivadas del trauma.

"Yo creo que igual voy a necesitar siempre terapia psicológica, como por lo menos para estar contando mis cosas, desahogándome y reflexionando otra vez de eso... tratando de llegar a alguna conclusión que me ayude cómo sobrellevar esto". (E.6).

"Creo que estuvo un poco al debe el psiquiatra, porque me recetaba pastillas para dormir, para que conciliara el sueño...pero del todo no me ayudó como a confrontar la situación, siempre era como evadir los temas, evadir a los Carabineros". (E.7).

Asimismo, además de la presencia de apoyo en salud mental es relevante que esta haya sido eficaz, es decir que permitiera mejoras significativas en el estado general del afectado. La posibilidad de reprocesar el trauma permite mejorar la condición de salud mental en los afectados.

"Recuerdo que el primer mes, sobre todo, tome otra terapia, una que me ofreció alguien del Colegio Médico y que siento que me dejó así como súper en mis cabales y como que siento que, sin eso, no sé si te podría estar hablando con tanta lucidez como ahora, ¡cachay!". (E.1).

5.3 Secuelas físicas y psicológicas

La intensa represión ejercida por agentes del estado chileno durante el estallido social resultó en numerosas lesiones y perjuicios a quienes acudían a manifestarse, quienes se vieron afectados por el uso de diversos armamentos, entre ellos escopetas, cañones de agua y disuasivos químicos. Estas agresiones a la integridad física de los manifestantes generaron secuelas derivadas del trauma en sí mismo, como producto del tratamiento.

En relación a las secuelas derivadas del trauma se identificaron limitaciones de la función visual y masticatoria. Estas limitaciones producen dificultades en el desempeño de acciones cotidianas, laborales y recreacionales de los afectados. Adicionalmente, como consecuencia del trauma mismo surge la conciencia del

hecho traumático el cual genera secuelas psicológicas como reacciones emocionales negativas de diversa índole (angustia, pena, rabia, shock, aplanamiento emocional, entre otras). Respecto a las secuelas del tratamiento rehabilitador, destacan las consecuencias psicológicas, generadas por procedimientos médicos y odontológicos. (Figura 3).

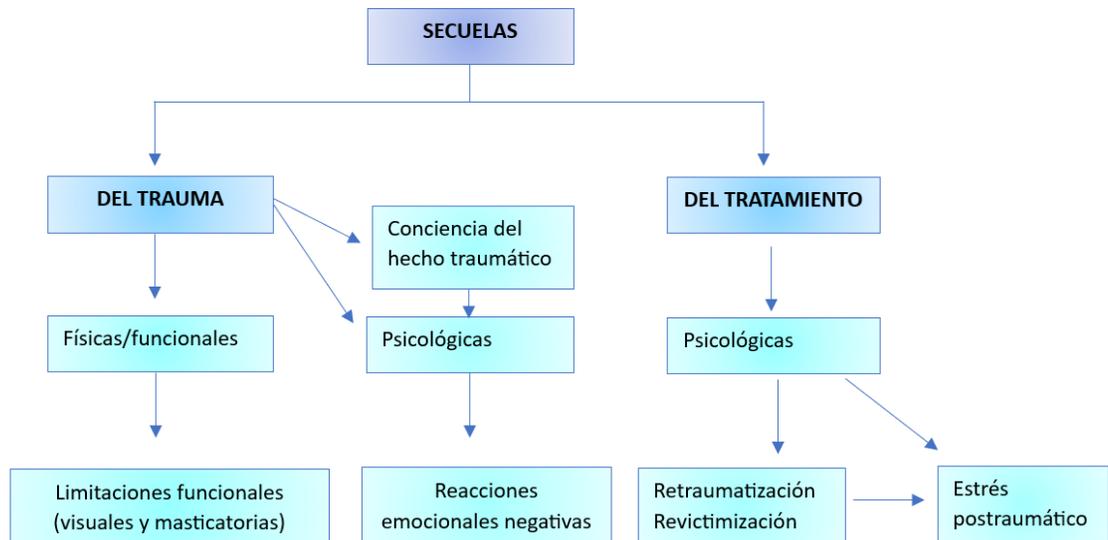


Figura 3. Secuelas del trauma ocasionado por agresión física ejercida por agentes del estado chileno. Derivadas del trauma, como secuelas físicas/funcionales y conciencia del hecho traumático que desencadena respuestas psicológicas como reacciones emocionales negativas. Asociadas al tratamiento rehabilitador emergen secuelas psicológicas como retraumatización, revictimización y estrés postraumático.

Dentro de las secuelas físicas y funcionales ocasionadas por el trauma se encuentran las limitaciones a nivel funcional. La pérdida ocular dificulta la percepción de profundidad y la capacidad de juzgar distancias, afectando también la realización de tareas cotidianas. A nivel bucal, la fractura o pérdida dentaria dificultó la adecuada funcionalidad masticatoria. La alimentación habitual debió ser reemplazada por dieta blanda y empleo de dientes no afectados.

“Me quemo, me pego en los brazos. Porque hay un lado donde no veo, entonces siempre va a tener su complicación (entrevistado que se desempeña en labores de cocina)”. (E.18).

“Tengo que tener cuidado con todo lo que sea duro, porque tengo que comer por el lado, y eso también es un tema en el diario (vivir) porque en el trabajo, yo tengo que picar las cosas para poder comérmelas. Estuve mucho tiempo también comiendo papillas”. (E.13).

La percepción de conciencia del hecho traumático suele ser inmediata, debido a que el impacto recibido es de gran magnitud. La pérdida del órgano ocular o dentario desencadena diversas reacciones emocionales negativas. En algunos casos, el apoyo familiar fue imprescindible para sobrellevar la situación traumática.

“Antes de que me dieran la noticia del diagnóstico y llegara a la urgencia yo ya tenía claro (la pérdida de visión) porque me intentaron abrir el ojo para limpiarme ahí en los primeros auxilios, toda la cuestión... intentaron abrir y yo ya no tenía percepción de luz, nada”. (E.12).

“Cuando yo vi que me faltaban los dientes...entré en shock, empecé a gritar que quería ver a mi familia, que quería ver a mi papá”. (E.6).

Dentro de las secuelas procedentes del trauma, la atención odontológica ocasiona revictimización durante la anamnesis e inclusive durante el tratamiento rehabilitador.

“Ellos siempre, siempre fueron muy, muy amables en cuanto, así como a ocupar como las palabras así precisas... para que yo no me sintiera mal, porque ellos ya habían notado que la angustia todavía estaba ahí cuando me empecé a atender, entonces contar la historia me da pena, igual que ahora (durante la entrevista)”. (E.13).

Por otra parte, una secuela psicológica experimentada por las víctimas de este tipo de trauma corresponde al trastorno de estrés post traumático. Es posible observar síntomas como: recuerdos intrusivos, evitación, alteraciones negativas en la cognición y estado de ánimo. Resulta frecuente la aparición de recuerdos recurrentes de la situación traumática, sueños o pesadillas del episodio traumático, sufrimiento emocional, reacciones físicas que produzcan recuerdos del trauma, posteriores a la atención médica u odontológica. Por otra parte, las acciones terapéuticas desencadenaron retraumatización en víctimas de trauma ocular, las cual se evidenció a través de sensaciones físicas semejantes a las experimentadas durante el evento traumático. Estos episodios de intensa angustia psicológica y fisiológica fueron desencadenados durante procedimientos de confección protésica. En caso de víctimas de trauma dentomaxilar, el sonido del instrumental rotatorio generó la aparición de recuerdos asociados a la vivencia traumática.

“Totalmente... porque la mayoría de las rehabilitaciones me hacían reconstruir la historia, que yo recordara lo que me había pasado para que ellos se enterarán y así poder ayudarme. Entonces cada vez que yo conversaba le contaba para mí ese tema era frío... pero en la noche cuando tenía los mismos sueños despertaba llorando, despertaba triste, despertaba gritando por todo el tema...” (E.7).

“Entonces poner ahí como el embudo que te ponen y la que es igual como media tibia (entrevistado se refiere al material de impresión) ... suscitaba altiro esa sensación...las primeras veces no la podía controlar porque pasó por mí, fue como ¡oh! me va a dar una crisis y esa sensación. De a poco me fui haciendo el hábito de que me explicaran el proceso, me explicó (el tratante) cada una de las cosas que iba haciendo...” (E.1).

“Cada vez que escuchaba el sonido de la turbina y que sabía que me iba a doler lo que me iban a hacer, era de nuevo traerme de vuelta a ese momento (el del trauma dentomaxilar)”. (E.5).

5.4 Modelo integrador: Calidad de la atención en salud.

El modelo integrador que surgió de las codificaciones identifica como experiencia central la calidad de atención en salud. La categoría central mencionada anteriormente abarcó las percepciones de la relación interpersonal durante la atención de salud, las expectativas y las secuelas del trauma.

En primer lugar, la calidad de la relación interpersonal se consideró adecuada cuando se centró en la persona; en contraste, se consideró deficiente cuando se percibió despersonalizada.

En segundo lugar, las expectativas de los entrevistados influyeron directamente en la percepción de la calidad de la atención de salud, y también, experiencias previas de atención sanitaria modificaron la percepción en las expectativas de los afectados. Las expectativas de atención en salud se dividieron en tres subcategorías: del tratamiento rehabilitador, apoyo psicológico y rol activo del paciente.

En tercer lugar, todos los entrevistados presentaron secuelas derivadas directamente del trauma, como limitaciones funcionales debido a la pérdida orgánica (ocular, dentaria, fracturas en el territorio dentomaxilar, entre otras), el surgimiento de reacciones emocionales negativas como rabia, pena, ira, aplanamiento emocional, angustia, etc. Además, fue posible identificar secuelas principalmente psicológicas durante la etapa rehabilitadora. Estas consecuencias se presentaron a través de retraumatización, revictimización y estrés post traumático (Figura 4).

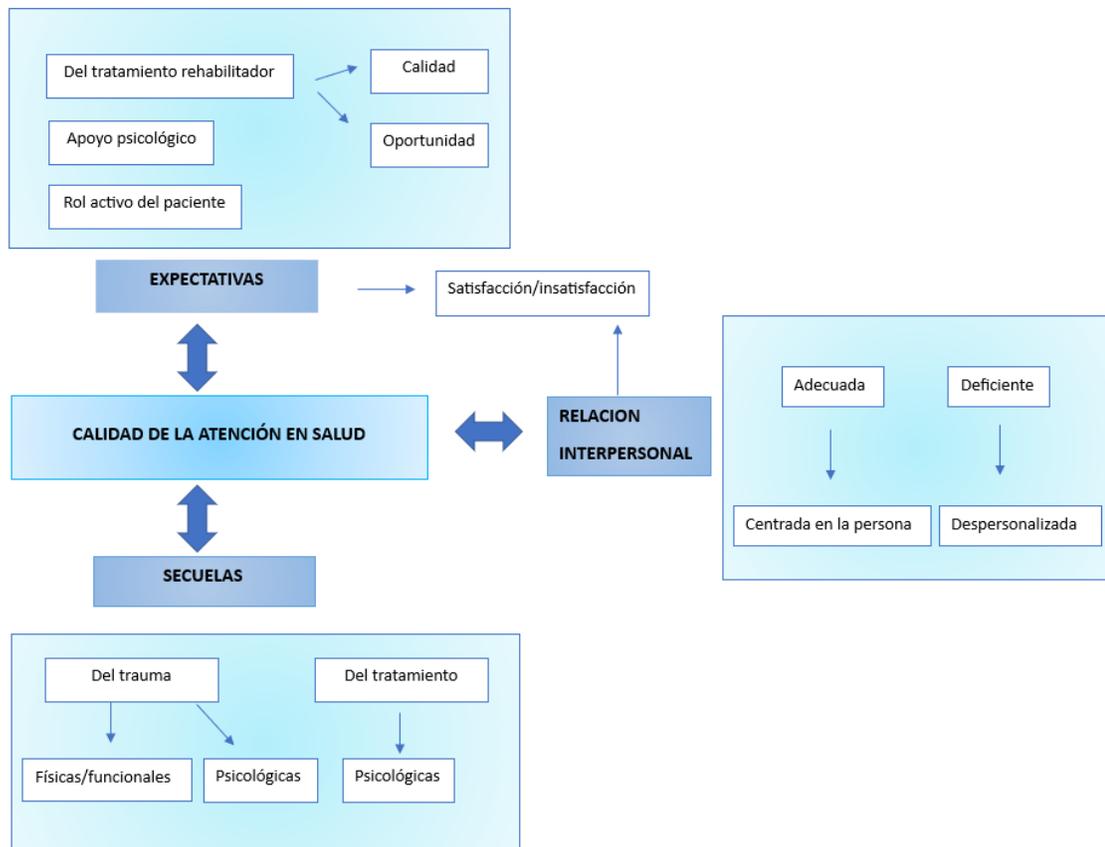


Figura 4. Modelo integrador: Calidad de la atención en salud. La calidad de la atención en salud recibida se relaciona con las expectativas del tratamiento, la relación interpersonal con el personal de salud, secuelas físicas y psicológicas derivadas directamente del trauma y durante la etapa de tratamiento rehabilitador.

La calidad de la atención en salud influye en la percepción de la relación interpersonal con el equipo de salud y viceversa. Se considera de buena calidad cuando el personal de salud transmite una genuina preocupación por el afectado de trauma. Por otra parte, se percibe deficiente cuando el trato es poco empático o deshumanizado.

Las expectativas de los entrevistados, entorno a la atención de salud se dividieron principalmente en lo esperado del tratamiento rehabilitador, como por ejemplo la percepción de una buena calidad técnica, atención sin largos tiempos de espera, tratamientos a costos accesibles. Además de ello, la importancia de un tratamiento conjunto con personal especializado en salud mental puede disminuir la aparición

de secuelas psicológicas que afecten la vida cotidiana de los entrevistados. En suma, a lo anterior, y considerando la alta vulnerabilidad que experimentan las víctimas de trauma ejercido por figuras de autoridad, es imprescindible que los afectados puedan expresar activamente su opinión en el proceso rehabilitador, durante la confección protésica en víctimas de trauma ocular; o en provisionales, prótesis fija, implantes oseointegrados en el caso de víctimas de traumatismo dentoalveolar, sin temor a conflictos con el profesional tratante.

Por otra parte, las secuelas físicas y psicológicas ocasionadas por el trauma físico se dividen en las derivadas directamente del trauma y las producidas durante el tratamiento rehabilitador. En primera instancia, la pérdida de dientes por fractura o avulsión, como también en el caso de los afectados por trauma ocular produjo un efecto negativo en la vida diaria de los afectados. Los entrevistados expresaron la dificultad para realizar actividades cotidianas. Por otra parte, quienes sufrieron traumatismo dentoalveolar refirieron complicaciones para alimentarse con alimentos de mayor dureza. Como secuela del trauma, se manifestaron diversas reacciones emocionales negativas. Algunos entrevistados expresaron sentir rabia, pena, miedo, angustia en situaciones de presencia policial. En otros casos existió la aparición de aplanamiento emocional, donde el afectado no fue capaz de expresar y experimentar emociones.

Durante el tratamiento rehabilitador pudieron surgir secuelas psicológicas, tales como retraumatización, revictimización y estrés postraumático. Es importante señalar, que en la presente investigación se consideró la retraumatización como una experiencia sensorial ocasionada por procedimientos médicos u odontológicos. Se observó que inclusive la toma de impresiones para prótesis ocular pudo desencadenar la reproducción del evento traumático, generando en el afectado sentimientos y emociones negativas.

En relación a la revictimización, que ocurre en el contexto de la atención en salud, esta puede ser desencadenada por el actuar de otros, pero principalmente suscitadas por el personal de salud. Un trato poco empático por parte del personal

de salud, durante procedimientos de urgencia o de rehabilitación pudo generar un daño psíquico y mental, convirtiendo al afectado nuevamente en víctima.

Adicionalmente, muchas de las víctimas de trauma dentomaxilar y ocular pudieron presentar trastorno de estrés postraumático, donde la aparición de recuerdos recurrentes y desagradables vinculados al episodio traumático son comunes, inclusive meses después del episodio. Los entrevistados que sufrieron de este trastorno expresaron numerosas secuelas negativas, destacando en los entrevistados la dificultad para conciliar el sueño, pesadillas, con mayor frecuencia después de la atención de salud, ya que se indagó en la anamnesis, motivo de consulta, solicitando que los entrevistados expliquen el suceso traumático para entregar el mejor tratamiento posible.

6.- DISCUSIÓN.

Los resultados de la investigación muestran que la percepción de la calidad de la atención en salud en las personas afectadas por trauma ocular y dentomaxilar, se asocia con el tipo de relación interpersonal, las expectativas de los/las pacientes y las secuelas físicas y psicológicas desencadenadas por el trauma físico. La calidad de la atención en salud es percibida deficiente e insatisfactoria cuando existe un daño físico y mental grave (previo), la relación interpersonal es deficiente y el afectado tiene altas expectativas del tratamiento.

La percepción de la calidad de atención en salud se ve condicionada por la calidad de la relación interpersonal con el equipo de salud que tiene trato directo con el paciente. Estudios de percepción de la calidad de la atención, en pacientes que acuden a servicios de urgencia son consistentes con los hallazgos de la investigación. Los usuarios consideran apropiado un trato empático, compasivo y respetuoso, donde además se les informe de forma adecuada y oportuna su estado de salud y tratamiento (Cuadros y Ruiz, 2023), estos elementos son identificados como relevantes en la presente investigación.

Un modelo utilizado para evaluar la calidad de la atención en los servicios de salud corresponde al de Donabedian (1966) quien establece dimensiones de: estructura (recursos materiales, recursos humanos y financieros), proceso (actitudes, habilidades técnicas) y resultado (satisfacción del paciente por la atención recibida). Los hallazgos de la investigación concuerdan con las dimensiones propuestas por Donabedian, dado que los entrevistados modifican sus percepciones durante la atención en salud considerando las condiciones estructurales del sistema de salud, por ejemplo, en cuanto a recursos materiales de la institución, disponibilidad de especialistas, actitudes del equipo de salud (relación interpersonal), entre otros.

La calidad, según otros autores (Bautista, 2016) se compone de las siguientes dimensiones: dimensión técnica (aplicación de la ciencia y tecnología), dimensión de servicio, relacionada con la oportunidad y continuidad de la atención. La dimensión de servicio considera la relación interpersonal con el paciente, características de infraestructura y la facilidad para acceder al servicio de salud. Estos hallazgos son consistentes con los identificados en la investigación, puesto que los entrevistados esperan tratamientos de oportunos, preferenciales, de buena calidad técnica y estética, junto con un apropiado trato por parte del equipo de salud.

Por otra parte, en relación a las consecuencias del trauma, nuestros hallazgos muestran que los y las afectados/as presentaron secuelas psicológicas tales como reacciones emocionales negativas, retraumatización, revictimización e inclusive estos últimos podrían desencadenar en trastorno de estrés postraumático. En estudios de trauma psicológico, se ha documentado la amplificación del recuerdo traumático a través de imágenes recurrentes y angustias intolerables en vigilia y durante el sueño (Lira, 2010) similar a lo expuesto en la presente investigación.

Algunos entrevistados refirieron síntomas de TEPT tales como alteración en el sueño, pesadillas, recuerdos recurrentes y angustiantes del hecho traumático posterior a procedimientos médicos y odontológicos. Estos resultados son consistentes con estudios en trauma psicológico en los que se describen dichos fenómenos además de aplanamiento emocional, pensamientos intrusivos, tristeza,

minimización del incidente traumático, desesperación, desesperanza, entre otros (Wainrib y Bloch, 1998).

La revictimización y retraumatización pueden ser favorecidas durante procedimientos médicos y odontológicos (Grossman y cols, 2021). Los afectados por este tipo de trauma quedan en un estado de alta vulnerabilidad psicológica, por lo cual, pueden experimentar reacciones similares a las experimentadas en el trauma mismo, ya sea durante la anamnesis, procedimientos odontológicos e inclusive durante la realización de la entrevista para la presente investigación. En estas situaciones, el recuerdo se impone e impide cerrar la experiencia traumática, como se ha descrito en estudios de trauma psicológico (Madariaga, 2019).

Junto con tratamientos médicos y odontológicos deficientes en ámbitos técnicos y relacionales, la falta de justicia y reparación también pueden desencadenar retraumatización en las víctimas. En estudios de retraumatización, se ha observado que la impunidad y el silenciamiento de la memoria social, junto con los nuevos eventos traumáticos, como los descritos anteriormente, aportan elementos que favorecen la aparición de retraumatización, ocasionando reacciones emocionales negativas como rabia y dolor (Madariaga, 2006), lo que va en deterioro de la salud psicológica de los afectados. Esto evidencia la relevancia de considerar la situación de trauma psicológico durante la atención en salud.

Las experiencias traumáticas producto de la represión política han sido descritas por Bettelheim como traumatizaciones extremas. Se ha descrito ampliamente la condición de alta vulnerabilidad en las víctimas de trauma político, quienes experimentan tal agresión como una amenaza constante a las condiciones de vida o a la vida misma, aumentando con ello la aparición de revictimización y retraumatización en las víctimas (Madariaga, 2006). Los hallazgos de la investigación concuerdan con lo expuesto anteriormente, ya que este tipo de trauma sociopolítico desencadena en conductas destructivas, autodestructivas y síntomas de estrés postraumático (Madariaga, 2019), similares a los experimentados por los afectados.

La falta de apoyo en salud mental, a mediano y largo plazo puede perpetuar la sensación de vulnerabilidad. Estudios en trauma psicológico coinciden con la investigación, puesto que la vivencia de una experiencia traumática permite la mantención de un estado de vulnerabilidad, inclusive al acudir a servicios de atención de salud (Coles y Jones, 2009). Esta condición de vulnerabilidad es acrecentada por las condiciones estructurales del sistema de salud chileno, dada por la falta de especialistas, la insuficiente cobertura de los programas de reparación para víctimas de regiones, junto con un trato deshumanizado por parte del personal de salud favorece la aparición de revictimización y reacciones emocionales negativas asociadas a la atención (Tejada y cols, 2024).

Aun cuando no se identificó el intento de suicidio como consecuencia del trauma experimentado por las víctimas en la investigación, ciertas experiencias relatadas se ajustan a lo que constituye una ideación suicida, por lo que resulta primordial la necesidad de apoyo permanente en salud mental en víctimas de trauma ocular y dentomaxilar. Es de considerar que los medios de comunicación masivos, en Julio de 2023, han informado el suicidio de cuatro víctimas de trauma ocular (Saldivia, 2023). La invisibilidad que se genera a las víctimas de este tipo de trauma puede contribuir en el desarrollo de enfermedades asociadas a la salud mental. El apoyo psicológico oportuno permite disminuir la aparición de reacciones emocionales negativas como la retraumatización, revictimización, TEPT e ideación suicida (Gómez y cols, 2016).

Debido al inesperado cambio en la experiencia vital en los afectados, se produce una modificación abrupta de la vivencia psíquica del cuerpo, la cual es conocida como imagen corporal (Madariaga, 2019). Esta se construye progresivamente según las experiencias corporales y psicológicas. En el caso de las víctimas de la investigación, la experiencia de mutilación producto del trauma físico desencadena nuevas experiencias con fuerte carga emocional, lo que se traduce como un cambio en la imagen corporal. Este cambio requiere apoyo en salud mental, que permita confrontar la situación traumática. Además, se debe considerar la importancia del

apoyo de un equipo de salud interdisciplinario que contribuya en la readaptación sensorial y espacial (Tejada y cols, 2024).

En relación a la percepción de las expectativas del tratamiento rehabilitador surge como elemento relevante la calidad técnica y estética del aparato protésico. Un elemento protésico que cumple satisfactoriamente con la función y la forma deseada por el entrevistado contribuye en la percepción de satisfacción con el tratamiento, mejorando la adherencia al tratamiento. Estudios de satisfacción usuaria son consistentes con los hallazgos de la investigación. Se ha descrito que la satisfacción con procedimientos médicos puede aumentar la adherencia al tratamiento (Villar y cols, 2009). Otros autores señalan que la competencia técnica es una variable relevante. Los pacientes que reciben un adecuado tratamiento perciben positivamente la atención del equipo de salud, contribuyendo en la satisfacción general expresada por el paciente (Sonis y cols, 2023), similar a lo identificado en la investigación.

El rol activo del paciente constituye una expectativa que permite disminuir la sensación de vulnerabilidad. La participación en las decisiones terapéuticas entrega al afectado una percepción de visibilidad ante el equipo de salud, permitiendo una mejor recuperación a nivel físico. La consideración del punto de vista del paciente expresado como sugerencias o demandas terapéuticas que son acogidas mejoran la percepción de calidad del tratamiento. Estos resultados son consistentes con la literatura. Se ha descrito que una atención tratante-paciente que incorpora los deseos y capacidades de los pacientes, donde los usuarios tienen el control en la toma de decisiones sobre su atención de salud es fundamental para lograr la autonomía de los pacientes, disminuyendo la angustia y por ende la vulnerabilidad en víctimas de trauma (Reeves, 2015).

En cuanto a la percepción de la atención en salud en el ámbito relacional, se espera un trato amable, compasivo y empático que facilite la relación tratante – paciente. Estudios en el ámbito comunicacional son consistentes con los presentes resultados. Actitudes como la escucha activa, amabilidad y entrega de palabras de

consuelo favorecen el desarrollo de una buena comunicación entre el paciente y tratante, disminuyendo el riesgo de retraumatización en los afectados (Schippert y cols, 2021). Debido a que los afectados requieren procedimientos con gran número de sesiones y largos tiempos de espera entre sesión, es fundamental desarrollar una buena comunicación entre el afectado y el equipo de salud. Los hallazgos de este estudio están en consonancia con los conceptos señalados por Schippert y por lo tanto son un fundamento para incorporar tales acciones en la atención en salud de víctimas de trauma físico y mental.

En este sentido, evitar tratos despersonalizados y deshumanizados contribuyen en el bienestar físico y psicológico del paciente (Reeves, 2015). Estudios de violencia ejercida por profesionales de salud en periodos de dictadura en Latinoamérica, muestran la trascendencia del actuar ético del personal de salud, independiente de la posición política u económica del paciente (Cuerda, 2019) como se ha manifestado en la presente investigación.

Los profesionales de la salud tienen un compromiso ético con el bienestar de las personas más allá de las preferencias personales (políticas, religiosas, de género, entre otras). El equipo de salud tiene la obligación de velar por la integridad de los afectados por este tipo de trauma, cumpliendo en todo momento con los principios éticos fundamentales, como la beneficencia, no maleficencia, autonomía y justicia, con la finalidad de ayudar a la víctima y no producir un daño mayor durante la atención de salud.

Limitaciones del estudio

- La mayoría de las entrevistas corresponden a pacientes de Santiago de Chile, lo que no permite una comprensión más integrada de la experiencia dada la posible diferencia originada por el lugar de residencia.
- Entrevista por zoom debido a la pandemia. El entorno puede haber sido un facilitador o dificultar la expresión del entrevistado durante la entrevista. Considerando que un gran número de entrevistas se realizaron de manera

virtual, los participantes se encontraban principalmente en sus domicilios, lo que pudo haber favorecido o haber perturbado un relato libre y sincero considerando que si bien es un lugar privado y seguro la presencia de distracciones ambientales o presencia de otras personas puede afectar la honestidad y espontaneidad de la comunicación interpersonal.

- No se entrevistaron pacientes con otras lesiones corporales debido a su menor frecuencia y por no representar un daño a estructuras de significado psicológico y funcional de alta relevancia. Las lesiones a nivel ocular representan un gran impacto en las víctimas, debido al significado psicosocial que tiene el rostro, vinculado directamente con las relaciones sociales, la autoestima, autoconcepto, y funciones sensoriales propias del órgano ocular. Sin embargo, la ausencia de relatos de otro tipo de lesiones corporales podría haber impedido acceder a experiencias relevantes en la atención en salud.

7.- CONCLUSIONES.

La violencia ejercida por agentes estatales ocasiona una sensación de alta vulnerabilidad en las víctimas, quienes al acudir a instituciones de salud mantienen tal vulnerabilidad cuando los procedimientos clínicos no son debidamente informados y acordados con los afectados, o frente a una interacción deficiente con el equipo de salud, lo que puede desencadenar revictimización, retraumatización, aumentando las probabilidades de desarrollar un TEPT en las víctimas.

Modos relacionales apropiados (centrados en la persona) favorecen la mejoría del afectado, disminuyendo la aparición de reacciones emocionales y consecuencias psicológicas negativas, mencionadas anteriormente.

La reparación y justicia es un deber del estado ante la violencia institucional. En ese sentido, el apoyo en salud mental a largo plazo para las víctimas es fundamental puesto que los afectados y afectadas son víctimas de un trauma extremo y sufren secuelas físicas por mutilaciones que son permanentes.

8.- REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.

- Abbenne, A. (2009). Trastorno por estrés postraumático. Un caso clínico. Recuperado de <http://www.psicoadolescencia.com.ar/docs/final1.pdf>
- Amnistía Internacional. (2020). Ojos sobre Chile: Violencia policial y responsabilidad de mando durante el estallido social. Amnistía Internacional. Recuperado de <https://www.amnesty.org/es/wp-content/uploads/sites/4/2021/05/AMR2231332020SPANISH.pdf>
- Bautista, L. (2016). La calidad en salud un concepto histórico vigente. *Revista ciencia y cuidado*, 13(1), 5-9. Recuperado de <https://doi.org/10.22463/17949831.731>
- Bettelheim, B. (1981). Sobrevivir: el holocausto una generación después. Barcelona Ed. Crítica 1981 España. Recuperado de <https://pdfcookie.com/download/bettelheim-bruno-sobrevivir-el-holocausto-un-a-generacion-despuespdf-8v440qwoz4vg>
- Bruner, J. (1991). "The Narrative Construction of Reality", *Critical Inquiry*, 18: págs. 1-21.
- Castillo, M., y Díaz, M. (2011). Hay heridas que sanan (II). Casos clínicos: Tortura sexual y abordaje terapéutico grupal. *Revista GPU*, 2011, 7; 4; 424. Recuperado de https://www.academia.edu/3845368/hay_heridas_que_sanan_tortura_sexual_Margarita_Diaz
- Castillo, E., y Vásquez, M. (2003). El rigor metodológico en la investigación cualitativa. *Colombia Médica*, 34(3), 164-167. Recuperado de <https://www.redalyc.org/pdf/283/28334309.pdf>

- Chaparro, P. (1999). Traumas y accidentes. *Revista de Salud Pública*, 1(3), 274-285. Recuperado de <https://revistas.unal.edu.co/index.php/revsaludpublica/article/view/18961>
- Coles, J., y Jones, K. (2009). "Universal Precautions": perinatal touch and examination after childhood sexual abuse. *Birth (Berkeley, Calif.)*, 36(3), 230–236. Recuperado de <https://doi.org/10.1111/j.1523-536X.2009.00327.x>
- Constitución política de la República de Chile [capítulo XI] Artículo 101, inciso 2°.
- Cornejo, M., y Salas, N. (2011). Rigor y Calidad Metodológicos: Un Reto a la Investigación Social Cualitativa. *Psicoperspectivas*, 10(2), 12-34. Recuperado de <https://dx.doi.org/10.5027/psicoperspectivas-Vol10-Issue2-fulltext-144>
- Cuadros, K., y Ruiz, P. (2023). Percepción de la calidad de la atención otorgada a los pacientes en el servicio de urgencia. *Horizonte de Enfermería*, 34(3), 539-560. Recuperado de <https://horizonteenfermeria.uc.cl/index.php/RHE/article/view/65435/55505>
- Cuerda, E. (2019). Medicine and State Violence. *Conatus - Journal of Philosophy*, 4(2), 245-262. Recuperado de <https://doi.org/10.12681/cjp.20901>
- Díaz, D. (2011). "Transgeneracionalidad del Trauma Psicosocial en descendientes de afectados por la represión política en Chile". 16. Recuperado de <https://bibliotecadigital.indh.cl/bitstream/handle/123456789/490/tesis.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- De la Cuesta-Benjumea, C. (2011). La reflexividad: un asunto crítico en la investigación cualitativa. *Enfermería clínica*, 21(3), 163-167. Recuperado de <https://doi.org/10.1016/j.enfcli.2011.02.005>
- Dodgson J. E. (2019). Reflexivity in Qualitative Research. *Journal of human*

lactation: official journal of International Lactation Consultant Association, 35(2), 220–222. Recuperado de <https://doi.org/10.1177/0890334419830990>

Donabedian A. (2005). Evaluating the quality of medical care. 1966. *The Milbank quarterly*, 83(4), 691–729. Recuperado de <https://doi.org/10.1111/j.1468-0009.2005.00397.x>

Drago, H., Olaya, A., y Andrade, M. (2021). El trauma psicológico y las heridas afectivas: Una revisión sobre sus definiciones y abordajes para la clínica psicológica. *Revista de Psicología*, 11(2), 121-143. Recuperado de <https://revistas.ucsp.edu.pe/index.php/psicologia/article/view/1401/1421>

Fernández, M., Fuentes, C., y López, F. (2013). Registros de trauma: una prioridad sanitaria, un proyecto estratégico para la SEMICYUC. *Medicina intensiva*, 37(4), 284-289. Recuperado de <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0210569113000144>

Figuroa, R., Cortés, P., Accatino, L., y Sorensen, R. (2016). Trauma psicológico en la atención primaria: orientaciones de manejo. *Revista médica de Chile*, 144(5), 643-655. Recuperado de <http://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872016000500013>

Finlay, L. (2002). Negociar el pantano: la oportunidad y el desafío de la reflexividad en la práctica de la investigación. *Investigación cualitativa*, 2 (2), 209-230. <https://doi.org/10.1177/146879410200200205>

Finlay, L. (2002). “Outing” the Researcher: The Provenance, Process, and Practice of Reflexivity. *Qualitative Health Research*, 12(4), 531–545. Recuperado de <https://doi.org/10.1177/104973202129120052>

- Flick, U. (2007). *Introducción a la investigación cualitativa*. Ediciones Morata, SL. Recuperado de <http://investigacionsocial.sociales.uba.ar/wp-content/uploads/sites/103/2013/03/INVESTIGACIONCUALITATIVAFLICK.pdf>
- Garcías, S. (2005). Trauma psíquico y método psicoanalítico. *Revista Uruguaya de Psicoanálisis*, 100, s/p. Recuperado de http://www.apuruguay.org/revista_pdf/rup100/100-garcia.pdf
- Glaser, B., y Strauss, A. (1967). Theoretical sampling. In B. Glaser & A. Strauss (Eds.), *The discovery of grounded theory* (Primera ed., pp. 55-89). New Jersey: Aldine Transaction. Recuperado de http://www.sxf.uevora.pt/wp-content/uploads/2013/03/Glaser_1967.pdf
- Gómez, A. Valdés, J. y Manzanero, A. (2016). Evaluación demorada de trauma psicológico en víctimas de tortura durante la dictadura militar en Chile. *Revista de victimología*, (4), 105-123. Recuperado de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5774201>
- Grossman, S., Cooper, Z., Buxton, H., Hendrickson, S., Lewis-O'Connor, A., Stevens, J., Wong, L., y Bonne, S. (2021). Trauma-informed care: recognizing and resisting re-traumatization in health care. *Trauma surgery & acute care open*, 6(1), e000815. Recuperado de <https://doi.org/10.1136/tsaco-2021-000815>
- Guba, E., y Lincoln, Y. (1981). *Effective evaluation: improving the usefulness of evaluation result drought responsive and naturalist approach*. Hoboken: Jossey-Bass Publishers; p. 103-27. Recuperado de <https://gwern.net/doc/sociology/1981-guba-effectiveevaluation.pdf>
- ILAS. Instituto Latinoamericano de Salud Mental. (2019). Trauma político y la transmisión transgeneracional del daño. Recuperado de

<https://ilas.cl/nuevo/wp-content/uploads/2019/12/TRAUMA-POLITICO-Y-LA-TRANSMISION-TRANSGENERACIONAL-DEL-DAN%CC%83O.pdf>

International Dual-Loyalty Working Group. (2008). Dual-Loyalty and Human Rights in Health Professional Practice: Proposed Guidelines and Institutional Mechanisms. In *Physicians at War*. 19. Springer, Dordrecht. Recuperado de https://www.google.com/url?q=https://s3.amazonaws.com/PHR_Reports/dual-loyalties-2002-report.pdf&sa=D&source=editors&ust=1627366408663000&usg=AOvVaw2ooW4VNoTNCO4bHvSunK0t

Jennings, A. (1994). On being invisible in the mental health system. *Journal of mental health administration*, 21(4), 374–387. Recuperado de <https://doi.org/10.1007/BF02521356>

Kaufman, S. (1998). Sobre violencia social, trauma y memoria. *Trabajo preparado para el seminario: Memoria Colectiva y Represión auspiciado por el SSRC. Montevideo*, 16-17. Recuperado de https://www.comisionporlamemoria.org/archivos/jovenesymemoria/bibliografia_web/historia/Kauffman.pdf

Kessler, R. (2000). Posttraumatic stress disorder: the burden to the individual and to society. *The Journal of clinical psychiatry*, 61 Suppl 5, 4–14. Recuperado de <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/10761674/>

Lira, E., Becker, D., y Castillo, M. (1989). Psicoterapia de víctimas de represión política bajo dictadura: un desafío terapéutico, teórico y político. *Todo es según el dolor con el que se mire*. Recuperado de https://www.researchgate.net/profile/Elizabeth-Lira-4/publication/265353721_

PSICOTERAPIA_DE_VICTIMAS_DE_REPRESION_POLITICA_BAJO_DICTADURA

ADURA_UN_DESAFIO_TERAPEUTICO_TEORICO_Y_POLITICO_1/links/
56 6cab3d08ae1a797e3da40b/PSICOTERAPIA-DE-VICTIMAS-DE-
REPRESION-POLITICA-BAJO-DICTADURA-UN-DESAFIO-
TERAPEUTICO-TEORICO-Y POLITICO-1.pdf

Lira, E., y Castillo, M. (1991). Psicología de la amenaza política y del miedo. Ed. ILAS CESOC Ediciones Chile América Santiago Chile. Recuperado de https://www.bivipas.unal.edu.co/bitstream/10720/436/1/D-132-Lira_Elizabeth_1991-360.pdf

Lira, E. (2010). Trauma, duelo, reparación y memoria. *Revista de Estudios Sociales* (36), 14-28. Recuperado de <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=81514696002>.

Madariaga, C. (2006). Retraumatización: hacia una conceptualización necesaria. *Reflexión*, 32, 4-8. Recuperado de <http://www.cintras.org/textos/reflexion/r32/retraumatizacion.pdf>

Madariaga, C. (2019). El “Estallido social” y la salud mental de la ciudadanía: Una apreciación desde la experiencia PRAIS. *Revista Chilena de Salud Pública*, 23(2), 146-156. Recuperado de <https://revistasaludpublica.uchile.cl/index.php/RCSP/article/view/56475>

Ministerio del Interior y Seguridad Pública; Subsecretaría del Interior/ División Carabineros; Carabineros de Chile; Dirección General. (17 de Julio 2020). Circular 1832. Uso de la fuerza: Actualiza instrucciones al respecto. Recuperado de <https://www.bcn.cl/leychile/navegar?idNorma=1129442&idVersion=2020-07-17>

Moreau, C., y Zisook, S. (2002). Rationale for a posttraumatic stress spectrum disorder. *Psychiatric Clinics of North America*, 25(4), 775–790. Recuperado

de [https://doi.org/10.1016/S0193-953X\(02\)00019-9](https://doi.org/10.1016/S0193-953X(02)00019-9)

Organización Mundial de la Salud. (1948). Official Records of the World Health Organization, N° 2. 16. Recuperado de <https://www.who.int/es/about/frequently-asked-questions>

Pérez, A., y Martín, X. (2003). Educación en valores en el profesional de Ciencias Médicas. *Revista Cubana de Salud Pública*, 29(1), 65-72. Recuperado en 14 de diciembre de 2021, de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662003000100010&lng=es&tlng=es.

Reeves, E. (2015). A Synthesis of the Literature on Trauma-Informed Care. *Issues in Mental Health Nursing*, 36(9), 698–709. Recuperado de <https://doi.org/10.3109/01612840.2015.1025319>

Rojas, G., Herrera, A., Espinoza, I., Bustos, C., Ríos, M y cols. (2016). Illness Experiences in Women with Oral Dryness as a Result of Sjögren's Syndrome: The Patient Point of View. *Musculoskeletal care*, 14(4), 233–242. <https://doi.org/10.1002/msc.1134>

Ruiz, A., y Guerrero, E. (2017). Afectaciones psicológicas en personal de primera respuesta: ¿Trastorno por Estrés Postraumático o Estrés Traumático Secundario? *Revista Puertorriqueña de Psicología*, 28(2), 252-265. Recuperado de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6234347>

Saldivia, C. (2023). Cuarto suicidio de víctima de trauma ocular abre flanco en La Moneda. *Diario El Mostrador*. Recuperado de <https://www.elmostrador.cl/noticias/pais/2023/07/06/cuarto-suicidio-de-victima-de-trauma-ocular-abre-flanco-en-la-moneda/>

Sarbin, T. (1986). Narrative psychology. *The storied nature of human conduct*. Nueva York. Praeger.

Schippert, A., Grov E., y Bjørnnes, A. (2021) Uncovering re-traumatization experiences of torture survivors in somatic health care: A qualitative systematic review. *PLoS ONE* 16(2): e0246074. Recuperado de <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0246074>

Sonis, J., Aaronson, E., Lee, R., Philpotts, L., y White, B. (2018). Emergency Department Patient Experience: A Systematic Review of the Literature. *Journal of patient experience*, 5(2), 101–106. Recuperado de <https://doi.org/10.1177/2374373517731359>

Tamayo, R. (2002). Ética médica laica. Fondo de Cultura Económica, El Colegio Nacional. Recuperado de <https://www.scielosp.org/pdf/spm/2005.v47n3/245-251/es>

Taylor, S., y Bogdan, R. (1987). *Introducción a los métodos cualitativos de investigación* (Vol. 1). Barcelona: Paidós. Recuperado de <http://mastor.cl/blog/wp-content/uploads/2011/12/Introduccion-a-metodos-cualitativos-de-investigaci%C3%B3n-Taylor-y-Bogdan.-344-pags-pdf.pdf>

Tejada, J., Arriaza, A., Sinclair, D., y Vargas, A. (2024). Armas menos letales: Trauma ocular como trauma psicosocial en Chile; Desafíos desde una perspectiva de derechos humanos y reparación integral. *Torture Journal*, 34(1). Recuperado de <https://doi.org/10.7146/torture.v34i1.146779>

Villar, J., Lizán, L., Soto, J. y Peiró, S. (2009). La satisfacción con el tratamiento [Treatment satisfaction]. *Atencion primaria*, 41(11), 637–645. Recuperado de <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2008.10.021>

Zamora, J. (2000). Los retos de la bioética en América Latina: equidad, salud y derechos humanos. *BIOÉTICA Y CUIDADO DE LA SALUD*, 19. Recuperado de <https://www.paho.org/chi/dmdocuments/cuidado2.pdf>

Wainrib, B., y Bloch, E. (1998). *Crisis intervention and trauma response: Theory and practice*. Springer Publishing Company.

9.- ANEXOS Y APÉNDICES.

Anexo 1: Documento de 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

DOCUMENTO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Gonzalo Rojas Alcayaga al teléfono 229781811 (fijo) o al +56990597872 (celular). También es posible hacerlo al siguiente correo: gorojas@odontologia.uchile.cl

Otros Derechos del participante

En caso de duda sobre sus derechos comunicarse con el Comité Ético Científico o de Investigación del Hospital Clínico Universidad de Chile, Teléfono: 229789008, Email: comiteetica@huchc.cl, ubicado en Dr. Carlos Lorca Tobar Nº 999, 4 Piso Sector D, Comuna de Independencia, Santiago.

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

<https://docs.google.com/forms/d/1VSLQNPnCUepuFtwLeINPXEB9CvYrMz3fpTu0hNPTymoU/edit>



28-04-2021

2/3

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.

Sí, acepto

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

Este contenido no ha sido creado ni aprobado por Google.

Google Formularios

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

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



28-04-2021

3/3

Anexo 2: Quinto bloque, Asistencia en salud.

17. ¿Cuál es tu vivencia con el tratamiento médico / atención profesional / institución que has recibido hasta ahora? ¿Estás conforme con el tratamiento? ¿Tienes alguna sugerencia en relación al tratamiento recibido?

Anexo 3: Carta de aprobación Comité de Ética.



CERTIFICADO N° 1177/21

La Oficina de Apoyo a la Investigación Clínica, certifica que el Proyecto que se individualiza a continuación fue revisado y aprobado en todas las instancias pertinentes según la normativa interna que rige en el Hospital Clínico de la Universidad de Chile.

Nombre del 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".

N° Interno OAIC: 1177/21

Clasificación Interna OAIC: Tipo I

Investigador Principal:

Dr. Gonzalo Rojas Alcayaga
Servicio Dento Maxilo Facial

Financiamiento: Adjudica Concurso FONIS

Código Convenio: No aplica

Otros Antecedentes:

1. El objetivo de este proyecto es desarrollar un modelo comprensivo e integrador de experiencia de trauma psicológico frente al traumatismo físico facial y ocular ocasionado por acciones violentas ejecutadas por agentes de estado.
2. Resolución Exenta N° 0019 del 08 de enero 2021, según lo dispuesto en la Ley 20.120 del año 2006, de delegación de funciones para firma de consentimientos informados.
3. Proyecto aprobado por el Comité Ético Científico o de Investigación del Hospital Clínico, a través del Acta de Aprobación N° 01 del 04 de Enero 2021.
4. Carta de Aprobación de la Dirección General del Hospital Clínico, para la ejecución de este proyecto, con fecha 18 de enero 2021.
5. Proyecto no generará ingresos por *overhead* al Hospital.



XIMENA ESPINOZA N.
COORDINADORA EJECUTIVA
OFICINA DE APOYO A LA INVESTIGACION CLINICA

XEN
Santiago, 20 de enero de 2021