

Recomendaciones para el abordaje psicosocial en la atención de salud de personas con trauma ocular y dentomaxilar por violencia de agentes del Estado.

Recomendaciones para el abordaje psicosocial en la atención de salud de personas con trauma ocular y dentomaxilar por violencia de agentes del Estado.



AUTORES

Gonzalo Rojas Alcayaga.

Cirujano-Dentista, Psicólogo, Doctorado en Psicología.

Matías Ríos Erazo.

Psicólogo, Magíster en Psicología Clínica.

Andrea Herrera Ronda.

Psicóloga, Magíster en Psicología de la Salud.

Joaquín Varas Reyes.

Terapeuta ocupacional, Especialista en Rehabilitación Visual.

Madeleine Urzúa Gajardo.

Cirujana-Dentista.

Camila Corral Núñez.

Cirujana-Dentista, Doctorado en Ciencias Odontológicas.

Sebastián Córdova González.

Cirujano-Dentista, Especialista en Somatoprótesis.

Presentación

En el ámbito de la atención en salud, esta guía busca:

- Fomentar la perspectiva de Derechos Humanos con énfasis en la reparación.
- Enfatizar los aspectos psicosociales.
- Relevar una atención integral a lo largo del curso de vida.
- Prevenir los procesos de retraumatización y revictimización.

La guía es producto del 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”, financiado por la Agencia Nacional de Investigación (ANID) a través del Fondo de Investigación en Salud (Fonis SA20I0049) en su convocatoria 2019 y ejecución del proyecto en los años 2020-2023. La investigación fue desarrollada por un equipo multidisciplinario que involucró Psicólogos y Psicólogas, Terapeutas Ocupacionales, Cirujanos y Cirujanas-Dentista. En esta investigación de carácter cualitativo, se entrevistó en profundidad a personas que sufrieron traumas maxilofacial y ocular.

Está dirigida al personal del sistema de salud involucrado en la atención de personas que han sufrido un trauma físico producto de la acción violenta de agentes del Estado. El equipo de salud es el principal apoyo psicoafectivo en un momento de crisis para quienes han sufrido trauma extremo, tanto en la atención de emergencia como durante el proceso de rehabilitación.

Usted, como parte de un equipo de salud, es un agente clave para que la persona que sufrió un trauma físico por agentes del Estado pueda continuar su vida con las mínimas consecuencias psicológicas y en lo posible, con un aceptable estado de bienestar físico, psicológico y social.

Esperamos que estas recomendaciones sirvan de orientación en la atención de personas afectadas por traumas físicos, apoyando así la efectiva recuperación de la salud y previniendo las consecuencias psicológicas y sociales que puedan profundizar el daño inicial.

Si procedemos con humanidad y empatía, habremos logrado dar vida a nuestro compromiso con las personas: mantener y dar salud.

Agradecimientos

Al apoyo de la Agencia Nacional de Investigación y Desarrollo (ANID) que mediante el concurso FONIS, otorgó los recursos para desarrollar esta investigación.

A las autoridades y personal administrativo de la Facultad de Odontología de la Universidad de Chile por entregar las facilidades para la ejecución de este proyecto de investigación.

Y, muy especialmente, a las personas que voluntaria y valientemente relataron sus experiencias en esta investigación en aras de contribuir a una mejor comprensión de los fenómenos psicológicos y sociales de quienes sufrieron violencia por parte de agentes del estado. Gracias a ellos y ellas, estas recomendaciones llegan a sus manos.

Contenidos

Presentación	2
Agradecimientos	4
Antecedentes	6
Recomendaciones para la atención en salud de personas con trauma dento maxilar y/o ocular	14
Aspectos estructurales del sistema de salud	
1. Considerar elementos revictimizantes presentes en el sistema de salud	17
Aspectos relacionales básicos en el contexto de la atención en salud	
2. Comunicarse de manera efectiva	19
3. Ser compasivo	21
4. Habilitar la participación	23
5. Brindar apoyo emocional	25
Intervención ante el trauma psicológico en la atención en salud	
6. Aceptar al paciente incondicionalmente	27
7. Validar y normalizar la respuesta conductual y emocional	29
8. Entregar mensajes esperanzadores	31
9. Considerar los aspectos sensoriales en los procedimientos clínicos	33
10. Brindar continuidad de los cuidados durante el curso de vida	35
11. Acompañar el tránsito hacia una nueva imagen corporal	37
Referencias	40

Antecedentes

“El uso inapropiado de los elementos de disuasión en la represión policial, provocaron lesiones físicas tales como heridas, contusiones, fracturas y mutilaciones ya sea del globo ocular o de piezas dentarias, que produjeron un daño funcional y/o estético irreversible, afectando notoriamente la calidad de vida de las personas afectadas y generando, en consecuencia, un trauma psicológico.”

Contexto socio político

Las movilizaciones sociales ocurridas en Chile a partir del 18 de octubre de 2019 produjeron graves y numerosas violaciones a los derechos humanos (DDHH), incluyendo el derecho a la integridad personal, por parte de las fuerzas de orden y seguridad a lo largo del país y por distintas autoridades públicas (INDH, 2022; Amnistía Internacional, 2020). El uso inapropiado de los elementos de disuasión en la represión policial, provocaron lesiones físicas tales como heridas, contusiones, fracturas y mutilaciones ya sea del globo ocular o de piezas dentarias, que produjeron un daño funcional y/o estético irreversible, afectando notoriamente la calidad de vida de las personas afectadas y generando, en consecuencia, un trauma psicológico.

Estos eventos, repentinos e impredecibles, ocurrieron en el contexto de una libre y legítima manifestación social, y fueron ejecutados por agentes que representan al Estado de Chile. Si bien el Estado tiene la obligación de garantizar y mantener el orden público, el uso de la fuerza debe seguir garantizando el derecho a la vida y la integridad de las personas. Esta relación asimétrica entre Estado e individuo determina que para el sujeto, el evento acontecido provoque un trauma psicológico.

De las 3.626 víctimas con casos por los cuales el INDH presentó quejas, 1.748 denunciaron al menos un hecho de disparo con armas menos letales (INDH, 2022). En Diciembre de 2019, el Ministerio de Salud comunicó que las atenciones sanitarias otorgadas en el periodo del estallido social daba cuenta de 13.046 personas atendidas en los servicios de urgencia (INDH, 2022). Mientras que un estudio de la Unidad de Trauma Ocular (UTO) del Hospital del Salvador de Santiago de Chile reportó un total de 259 personas ingresadas a dicha unidad entre el 18 de octubre y el 30 de noviembre de 2019 (Rodríguez, 2020). Entre noviembre de 2019 a diciembre de 2021 ingresaron 77 pacientes, por trauma ocular y/o dentomaxilar al programa de Rehabilitación Dentomaxilar y de Prótesis Ocular de la Facultad de Odontología de la Universidad de Chile, según nota de prensa (Universidad de Chile, 2022). Al respecto, la Comisión Interamericana de Derechos Humanos (CIDH) informó que la principal causa de las lesiones oculares fue el impacto de perdigones o de bombas lacrimógenas utilizados por agentes de Carabineros dirigidos de manera horizontal al cuerpo de los manifestantes, particularmente al rostro (CIDH, 2022).


El trauma psicológico en la atención en salud

Un evento traumático tiene un carácter esencialmente destructivo y cognitivamente desorganizador para la vida, a diferencia de una crisis, la que puede incluso ser una oportunidad de crecimiento. Los eventos traumáticos fuerzan las capacidades habituales de los individuos más allá de un punto que sus recursos personales pueden tolerar y adaptarse. El rango de eventos traumáticos es muy amplio, pero el que se describe como más grave es la violencia deliberada inducida por el ser humano (Wainrib y Bloch, 1998).

La parte más crítica del ambiente que rodea al individuo durante una situación traumática, son las otras personas, siendo de alta relevancia el papel que juegan éstos, las cuales pueden mitigar o exacerbar el trauma. Quienes conforman el entorno de una persona que sufrió un trauma podrían ser un elemento potencialmente nocivo, situación que se conoce como retraumatización.

Para efecto de estas recomendaciones se hace una distinción entre revictimización y retraumatización, las que si bien habitualmente son usadas como sinónimos, consideramos que presentan diferencias que conviene precisar. La revictimización constituye una experiencia relacionada a la conducta que ejerce otro ser humano sobre la víctima y que induce a revivir una situación de vulneración a la integridad física y psicológica, mientras que la retraumatización se relaciona a estímulos sensoriales que se presentan ante las personas y que por analogía física inducen a la persona a experimentar somáticamente la experiencia del trauma original.

La violencia ejercida por otros, más aún cuando son agentes del Estado, tiene un efecto devastador en la percepción de las personas y sus relaciones de confianza, constituyéndose en un desafío para los profesionales de la salud, incluidos los de salud mental (Bustamante y Carreño, 2020).



La respuesta de quien sufre el trauma psicológico tiene ciertas características. Una primera es construir una “zona segura” alrededor de sí mismos, es decir, un ambiente en el cual no se perciba amenaza alguna, principalmente de otras personas. Otra respuesta de la víctima, es tratar de entender lo sucedido, pero la ausencia de una estructura cognitiva bien organizada induce a pensamientos ilusorios o fantasiosos de control sobre eventos incontrolables o a respuestas conductuales exageradas o sin sentido. Esto puede parecer ante los ojos de un observador externo como una conducta irracional, pero hay que considerar que las reacciones ante eventos traumáticos son respuestas normales ante situaciones anormales (Wainrib y Bloch, 1998). Se han descrito otras reacciones y consecuencias psicológicas como el aplanamiento emocional, incredulidad, pesadillas, pérdida de la sensación de seguridad del mundo, pérdida de la confianza en los demás, aislamiento social, minimización del incidente traumático, hipervigilancia, sentimientos de desesperanza y alteración de la identidad (Wainrib y Bloch, 1998).

Existe evidencia de que personas que han sufrido un trauma debido a un acto violento deliberado ejercido por otros, ven afectada su confianza básica en el entorno social. Esta falta de confianza social va en relación directa con la severidad del trauma. Un posible foco de los tratamientos para personas que han sufrido este tipo de traumas es estimular conductas de confianza (Bell et al., 2019). Por lo tanto, es importante que ese rol sea adoptado por los equipos de salud, de manera de prevenir el desarrollo de un trastorno de estrés post-traumático (TEPT). Por el contrario, el desarrollo de conductas de poca cooperación por parte del equipo de salud, podrían favorecer el desarrollo de TEPT.

La revictimización, en este contexto, ocurre al tomar la persona injuriada, contacto con las autoridades o instituciones del Estado, quienes entregan tratos injustos (Bezanilla, Miranda y Fabiani, 2016). La revictimización favorece la cronificación de las secuelas psicológicas de la violación de los DDHH o el acto violento, producto de la fuerte discrepancia entre las expectativas de la víctima y la realidad institucional. Se considera que la revictimización produce efectos más dañinos que el evento traumático primigenio (Laguna-Hernández, 2007). Este factor cronificante y potencialmente dañino, se debe a la ambigüedad en que el sistema instala a la víctima, que en caso de violaciones a los DDHH sería una segunda ambigüedad, ya que es aquel que debe cuidar, proteger y restablecer, quien deja nuevamente al sujeto en situación de fragilidad, vulnerabilidad y exclusión, experimentando muchas veces un primer o segundo estigma. Un entorno constituido por funcionarios públicos, en este caso personal de salud de establecimientos públicos, que no provee una zona psicológicamente segura (y confiable) para la persona que acude en busca de atención en salud, puede generar las condiciones para que la persona reviva la situación traumática primigenia, llegando a sentirse culpable por haber sufrido una agresión y dando curso a un efecto de perpetuación del daño. La atención en salud, para que sea efectivamente terapéutica, no debe dejar espacio para una experiencia revictimizante.

Es objeto de estas recomendaciones prevenir los efectos dañinos en el corto, mediano y largo plazo de un actuar del equipo de salud que potencialmente induzca una experiencia revictimizante en las personas que han sufrido trauma físico por violencia de agentes del Estado.

Atención integral con enfoque de derechos humanos

Existen variadas definiciones del concepto de atención integral en salud. Desde el sistema de salud chileno, ha sido definido como una “atención eficiente, eficaz y oportuna, que se dirige más que al paciente o a la enfermedad como hechos aislados, a las personas consideradas en su integridad física y mental, y como seres sociales pertenecientes a una familia, que está en un permanente proceso de integración y adaptación a su medio ambiente físico, social y cultural” (MINSAL 2005). Así mismo, algunos autores proponen la necesidad de atender a la promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación, seguimiento y cuidados paliativos, considerando la integralidad física y mental de las personas, adaptándose a cada realidad local, desde un enfoque de derecho, psicosocial, de género y transformador (Cardona et al, 2020; Ipinza, 2007).

Existen otras propuestas que ponen énfasis en considerar dimensiones como la equidad, seguridad, privacidad y confidencialidad de la atención, al igual que el respeto a la dignidad, historia, subjetividad y derechos de las personas; el aseguramiento de los recursos, además de la calidad técnica, de interacción y manejo apropiado de costos, basándose en principios bioéticos y de DDHH (d’Empaire, 2010; Múnera, 2011).

El respeto por los DDHH y la atención de calidad son fundamentales para resultados favorables en el ámbito sanitario y evitar consecuencias negativas asociadas a las problemáticas de las personas y procesos de atención en salud (Minoletti et al., 2015).

La OMS afirma que “el goce del grado máximo de salud que se pueda lograr es uno de los derechos fundamentales de todo ser humano”. Las políticas, planes y programas de salud pueden promover o violar los derechos humanos, en particular el derecho a la salud, según como estas se formulen y ejecuten. Adoptar medidas que respeten y protejan los derechos humanos es una responsabilidad del sector sanitario (OMS, 2022).

La misma organización aboga por un enfoque de salud basado en los DDHH debe ofrecer estrategias para reducir las desigualdades, las prácticas discriminatorias y las relaciones de poder injustas (OMS, 2022).

El propósito de un enfoque basado en los derechos humanos, tal como indica la OMS, es que las políticas, estrategias y programas se formulen para mejorar progresivamente el goce del derecho a la salud para todas las personas. Las intervenciones para conseguirlo incluyen principios como: No discriminación, Disponibilidad, Accesibilidad, Aceptabilidad, Calidad, Rendición de cuentas y Universalidad (OMS, 2022).


Los aportes de las recomendaciones que este documento contiene, deben ser incorporados en un diálogo sinérgico con los principios y directrices de los mecanismos de reparación en salud en respuesta a violaciones graves a los DDHH. En este sentido, se espera que los equipos de salud tomen en consideración estas recomendaciones, en la medida que la reparación de acuerdo a las orientaciones de derecho nacional e internacional, debe ser plena, adecuada, rápida, efectiva y proporcional a la gravedad infringida. Esta reparación en el contexto de acciones u omisiones atribuibles al Estado, deberá proporcionarse en forma de restitución, indemnización, rehabilitación, satisfacción y garantías de no repetición (Organización de las Naciones Unidas, 2005). En este sentido, es importante la consideración no sólo de los principios de atención integral y de calidad, sino que también, cómo éstos responden a los principios de reparación desde una perspectiva de derechos ante situaciones de violación de DDHH, tales principios son (INDH, 2022):

- **Restitución.** Siempre que sea posible, se ha de devolver a la víctima a su situación anterior a la violación de DDHH.
- **Indemnización.** Debe indemnizarse de forma apropiada y proporcional a la gravedad de la violación y a las circunstancias de cada caso, por todos los perjuicios económicamente evaluables que sean consecuencia de las violaciones a los derechos humanos.
- **Rehabilitación.** Consiste en la atención médica y psicológica, así como servicios jurídicos y sociales que contribuyan al restablecimiento de la dignidad de la víctima.
- **Satisfacción.** Consiste en la adopción de medidas destinadas a que no continúen las violaciones, la verificación de los hechos y la revelación pública y completa de la verdad, además de la aplicación de sanciones judiciales o administrativas a los responsables de las violaciones.

- **Garantías de no repetición:** son todas las medidas judiciales y no judiciales dirigidas a garantizar la rendición de cuentas, hacer justicia, brindar vías de recurso a las víctimas, fomentar la cicatrización de las heridas y la reconciliación, establecer entidades independientes que supervisen los sistemas de seguridad, restablecer la confianza en las instituciones del Estado y promover el estado de derecho.

El ejemplo del Programa de Reparación y Atención Integral en Salud (PRAIS), sirve de base para una comprensión y operacionalización de las acciones, considerando los principios anteriormente señalados. Este programa contempla la atención integral de salud física y mental de personas afectadas por la represión política en la dictadura cívico-militar (MINSAL, 2006) contemplando equipos especializados y orientados a otorgar una atención descentralizada, interdisciplinar, que considere servicios, tratamientos y rehabilitación. Un factor destacable de este programa es la capacitación del personal en aspectos como la intervención en crisis e intervención psicosocial, los DDHH y el abordaje desde un modelo de salud comunitario y trabajo intersectorial (MINSAL, s.f).

La necesidad de recomendaciones o guías clínicas para la atención en salud de personas que han sufrido situaciones de violación a los DDHH, incluida la tortura, ha sido reconocida por distintos autores. El desarrollo de recomendaciones ha surgido por la necesidad de educar a los equipos de salud respecto a la importancia de considerar las necesidades biológicas, psicológicas y sociales del paciente. Las situaciones de vulneración a los DDHH, principalmente las que afectan la integridad física y psicológica de las personas, tiene efectos que deben ser comprendidos por los integrantes del equipo de salud para reconocer qué objetos, situaciones e interacciones pueden causar retraumatización. La educación puede facilitar los tratamientos, ajustando, removiendo, neutralizando y adaptando gatillantes propios de procedimientos clínicos a las necesidades de los y las pacientes. Con el fin de prevenir la revictimización y la retraumatización se debe implementar un cuidado en salud enfatizando la confianza, la seguridad, la capacidad de elección, la colaboración y el empoderamiento al paciente (Schippert, 2023).



Recomendaciones para la atención en salud de personas con trauma dento maxilar y/o ocular



**I. ASPECTOS ESTRUCTURALES
DEL SISTEMA DE SALUD**

**II. ASPECTOS RELACIONALES
BÁSICOS EN EL CONTEXTO DE
LA ATENCIÓN EN SALUD**

**III. INTERVENCIÓN ANTE EL
TRAUMA PSICOLÓGICO EN
LA ATENCIÓN EN SALUD**

¿Por qué considerar los efectos revictimizantes presentes en el sistema de salud?

Antecedentes

Gobernanza, información, financiación, prestación de servicios, recursos humanos, medicamentos y tecnología son los elementos básicos de un sistema de salud, según la OMS. Apuntan a la calidad de servicio, responder a las necesidades de la población, proteger del riesgo financiero de la enfermedad y tratar dignamente a los usuarios (UDD, 2019).

Las condiciones estructurales del sistema de salud chileno impactan la percepción de calidad, especialmente en la atención de emergencias originadas por violación a los DDHH, considerada una traumatización extrema. Por ejemplo, esto se ha manifestado en la atención reparatoria en salud que promueve el PRAIS, en donde la falta de información y coordinación con el resto del sistema sanitario, junto con la ausencia de garantías en las acciones de reparación integral en salud, se traducen en insatisfacción y retraumatización para sus beneficiarios (Bustamante y Carreño, 2020).

Hallazgos

Existen condiciones estructurales que son percibidas como no adecuadas para entregar atención de urgencia y de rehabilitación a personas que han sufrido trauma ocular y/o dentomaxilar por violencia de agentes del Estado. Excesivos tiempos de espera, falta de médicos especialistas y la carencia de psicólogos, son las principales dificultades que enfrentan las personas afectadas. Si bien, estas condiciones estructurales también afectan a la población en general y son pocas las posibilidades de subsanarlas en el corto y mediano plazo, el equipo de salud debe tener presente que una persona que ha sufrido un trauma extremo requiere ajustes para aminorar los efectos inevitables de esas condiciones estructurales.



1. Considerar elementos revictimizantes presentes en el sistema de salud

Considerar los efectos revictimizantes en el sistema de salud, generando condiciones para evitar la exposición de la persona afectada al público general. Se debe proceder a informar de tiempos de espera y procedimientos que se realizarán, priorizando la atención de estas personas dada su condición de vulneración. En un ámbito de gestión, se propone la entrega de información oportuna y veraz y la coordinación efectiva con el resto del sistema sanitario. La capacitación en términos de procedimientos para la intervención en crisis y el trauma, es altamente deseable para así subsanar la carencia de apoyo en salud mental en los servicios de salud, además de capacitar en el uso eficiente de los canales de comunicación existentes a todo el personal administrativo, profesionales, técnicos, auxiliares, personal de apoyo, servicios externalizados y todos quienes tienen contacto con el paciente.



¿Por qué comunicarse de manera efectiva?

Antecedentes

La comunicación efectiva en salud es la técnica de informar, influir y motivar tanto a individuos, instituciones y políticas públicas, sobre temas de salud relevantes (National Center for Health Statistics, 2012). La mala comunicación entre el profesional de salud y el paciente puede llevar a consecuencias negativas, como la discontinuidad del tratamiento, compromiso de la seguridad del paciente, insatisfacción de la atención recibida y uso poco eficiente de recursos en salud (Vermeir et al, 2015).

Hallazgos

Los factores identificados como parte de una comunicación efectiva fueron la entrega de información transparente y veraz, que no siempre estuvo presente en la relación de las víctimas con el equipo de salud. Destacaron también el respeto del tiempo de procesamiento de la información para evitar el sentirse abrumado, considerando el momento y el espacio adecuado para la entrega de información.

2. Comunicarse de manera efectiva

Explicar cuáles son los procesos y pasos propios del tratamiento, ajustando el lenguaje al nivel de conocimiento de la persona, asegurándose de que el paciente comprenda los procedimientos asociados al trauma experimentado y las indicaciones terapéuticas pertinentes. El profesional de salud debe transmitir tranquilidad y seguridad al paciente, fomentando una relación cercana y de confianza.

Cómo transmitir seguridad y confianza

- Explicar, en términos entendibles para el paciente, el diagnóstico y el pronóstico. Todos en la vida necesitan certezas especialmente en los momentos inciertos.
- Explicar claramente el plan de acción o etapas siguientes.
- Informar a quién acudir si lo necesita.
- Entregar por escrito detalles importantes, ya que el paciente se encuentra muchas veces en un estado de shock que dificulta el memorizar esta información.



¿Por qué ser compasivo?

Antecedentes

La compasión implica una conciencia profunda de lo que la otra persona está sufriendo, combinado con la voluntad de proporcionar alivio. Incluye valores como la simpatía, empatía y el respeto (Malliarou, 2022). Es la conciencia o sensibilidad al dolor o sufrimiento de los demás, junto con la adopción de medidas verbales, no verbales o físicas para eliminar, reducir o aliviar el impacto de dicha aflicción (Crawford et al, 2014).

Concretamente, sería la comprensión y la resonancia emocional del profesional de la salud con las dolencias del paciente, y la elección de actuar para aliviar sus preocupaciones, angustia, dolor o sufrimiento (Lown, 2015). Se han descrito cinco comportamientos clave que mejoran la percepción del paciente de la compasión del médico: sentarse durante la entrevista con el paciente, detectar las señales emocionales no verbales del paciente, reconocer y responder a las oportunidades de compasión, aumentar la comunicación no verbal de cuidado y declaraciones verbales de reconocimiento, validación y soporte (Patel et. al. 2019). Por otra parte, los factores que no favorecen el cuidado compasivo son los factores organizacionales que incluyen limitaciones de tiempo, gran carga de trabajo, escasez de personal y el modelo de atención empresarial centrado en el costo-efectividad (Tehranineshat et al., 2019).

Hallazgos

Algunos aspectos relacionales de la atención de salud que pueden desencadenar una revictimización son la actitud deshonestas y el trato deshumanizado de los equipos de salud, la falta de información y la invisibilización del paciente. Los aspectos relacionales que previenen la revictimización son el cuidado compasivo, la atención personalizada, la comunicación efectiva y el apoyo emocional.

3. Ser compasivo

Brindar un cuidado de la salud compasivo es prioridad, ya que evita o disminuye la aparición de TEPT y mejora la comunicación con el paciente. Para esto se debe capacitar al personal de salud y brindarle apoyo socioafectivo junto con un enfoque organizacional orientado a la compasión. Esto con el fin de que los factores estructurales permitan que el cuidado compasivo pueda llevarse a cabo. Brindar cuidado compasivo implica atender las dolencias físicas y el dolor, junto con apoyar el proceso emocional del paciente y su familia. Para aliviar la aflicción es clave el respeto y la empatía, manteniendo libre de juicios los hechos y considerando las preferencias del paciente en la toma de decisiones. La contención emocional con medidas verbales y no verbales y la orientación práctica en la resolución del problema de salud ayuda a aliviar las preocupaciones del paciente.

Cómo entregar compasión

- Hacerlo sentir que sí hay tiempo para atenderlo.
- Para tener un paciente cooperador yo debo ser cooperador (prestar atención, calmar, respetar tiempos, demostrar empatía con su situación).
- Hacer del lugar de atención un espacio que genere sensación de seguridad y privacidad. Evitar lugares muy ruidosos y con falta de privacidad.



¿Por qué habilitar la participación?

Antecedentes

La marginación de la persona traumatizada en las decisiones que se toman en cuanto a los procedimientos terapéuticos genera una percepción negativa de la calidad de la atención. En el contexto de este trauma, la atención en salud es una situación de ayuda en donde se debe disponer de una zona segura para la persona que se siente vulnerable. Esta zona segura considera que la persona debe sentirse libre y con la confianza de expresar sus emociones y pensamientos. Al mismo tiempo, la toma de decisiones compartida reconoce que la capacidad del paciente, para comprender y analizar la información, es limitada y variable en cada situación concreta. Sólo el paciente puede determinar qué es lo mejor para él de acuerdo con sus valores y preferencias (Beca, 2017).

Hallazgos

Las personas se sienten “no vistas” o “al margen” de las opiniones y decisiones del equipo de salud respecto su propio diagnóstico y tratamiento. Esto afecta negativamente la percepción de la calidad relacional interpersonal entre paciente y equipo de salud, provocando una distancia que desconcierta ante las decisiones comunicadas al afectado o afectada, aumentando la incertidumbre y ansiedad al desconocer los procedimientos terapéuticos a realizar.



4. Habilitar la participación

Invitar a la persona afectada a expresar lo que siente y piensa respecto al tratamiento, indagar sus aprehensiones y dudas, y en lo posible, ofrecer alternativas terapéuticas informando de sus ventajas y desventajas. De esta manera se empodera a la persona y se facilita la percepción de participación y de decisión respecto a sus propios procesos de recuperación física y psicológica. Una intervención de estas características evita la percepción de marginación decisional, previniendo así, el surgimiento de ansiedad y la percepción de vulnerabilidad.

Cómo habilitar la participación del paciente

- Discutir opciones de tratamiento con el paciente.
- Que le den el espacio para responder sus dudas.
- Explicar detalles sobre el tratamiento que recibirá, incluyendo información sobre cantidad de sesiones necesarias, costos en caso de haberlos, cambios en apariencia física o en funcionalidad producto del tratamiento.
- Involucrar en lo posible al paciente en decisiones que afectan el tratamiento tales como cambios estéticos (selección de color de prótesis, restauraciones, tamaño de esta).

¿Por qué brindar apoyo emocional?

Antecedentes

El apoyo emocional ha sido definido como un conjunto de técnicas para crear un espacio de escucha, proporcionar seguridad, aceptación, otorgar ánimo y contención en momentos de tensión o crisis (Pelaéz, 2014). Habilidades como el silencio empático, la escucha activa, la empatía y la asertividad son necesarias para un adecuado apoyo emocional (Ayarra y Lizarraga, 2001). El apoyo emocional posee 3 dimensiones:

- Afectiva, orientada a facilitar la adaptación emocional a la situación y la toma de decisiones;
- Tangible, orientado a otorgar y demostrar disposición de servicios y/o recursos materiales y operacionales;
- Informativa, mostrando disposición a resolver necesidades de información para disminuir los niveles de angustia, estrés y ansiedad (Velásquez y Limachi, 2014).

Hallazgos

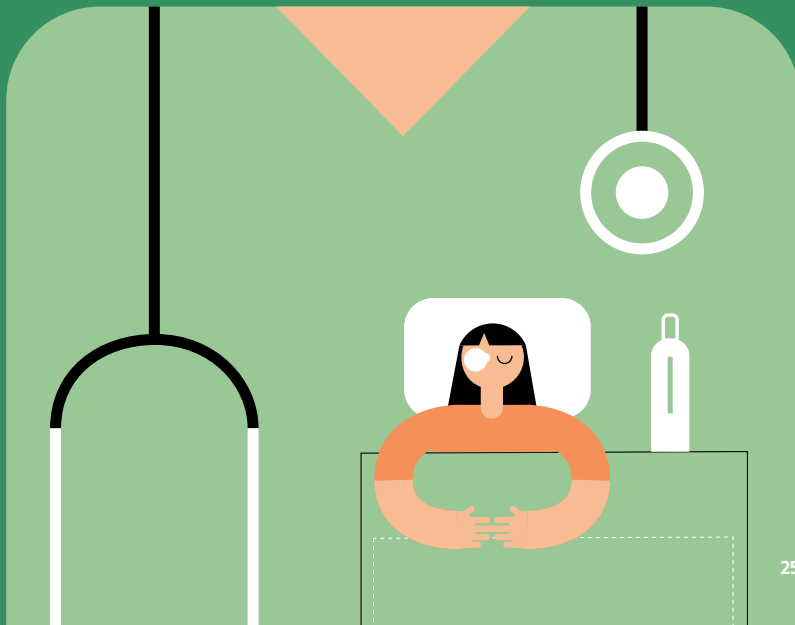
Se identificaron una serie de experiencias de las personas afectadas en los contextos de atención en salud. Los participantes refieren haber vivido experiencias de falta de empatía en relación a su temor, experimentando incertidumbre frente a la situación acontecida y frente a su pronóstico de salud. En el contexto de atención de urgencia, muchos participantes identificaron la escasa receptividad frente a sus necesidades de información y de contención emocional. También se relató falta de orientación en la continuidad de los tratamientos y su seguimiento.

5. Brindar apoyo emocional

Actuar de forma receptiva y resolutiva, siendo respetuoso con la entrega de información y orientación. Es importante la escucha activa y empática, reconociendo sentimientos y temores. Esto permite la adaptación afectiva a la experiencia, generando un clima de confianza y respeto, a través de una comunicación efectiva con tono de voz acogedor. Informar sobre los servicios de apoyo complementarios, brindar asistencia por agudización de síntomas o emociones, acogiendo y resolviendo las necesidades primarias de contención y descripción de las acciones siguientes en cuanto a pronóstico, tratamiento y seguimiento.

Cómo entregar apoyo incondicional

- Brindar espacio para expresar miedos y preocupaciones. Es natural tener miedo al vivir una situación así.
- Mirar a los ojos al comunicarse y mantener una posición corporal abierta al diálogo.
- Entregar espacio y tiempo para expresar sus emociones.



¿Por qué aceptar al paciente incondicionalmente?

Antecedentes

La aceptación incondicional es un concepto que acuñó Carls Rogers. Se trata de una atención cálida, positiva, receptiva hacia el paciente. Es una aceptación y validación de los sentimientos del otro, junto con la ausencia de juicio sobre aquellos. Se trata de una aceptación de la esencia de la persona, más allá de su conducta, sin que ello conlleve una aprobación positiva de la conducta. Aunque se reconoce que esa actitud no es fácil de desarrollar, la disposición actitudinal ante una persona a la que queremos ayudar es educable y depende también de la voluntad (Bermejo, 2016).

Hallazgos

Uno de los aspectos que más afectan la confianza en los otros, es la percepción de estar siendo enjuiciado por los integrantes del equipo de salud, con respecto a las motivaciones para asistir a una movilización social y a la propia responsabilidad del afectado y afectada por las lesiones sufridas. Las personas afectadas señalan que los juicios negativos emitidos por quienes eran responsables por su tratamiento afectaron negativamente su estado de ánimo.



6. Aceptar al paciente incondicionalmente

Generar un ambiente cálido y de contención, sin juzgar motivaciones ni acciones durante una movilización social en la cual la persona es una víctima del actuar de los agentes del Estado, es decir, asumiendo una posición neutra en cuanto a preferencias políticas o valores personales. El objetivo de la aceptación incondicional es que la persona afectada perciba un entorno que contiene y genera confianza, ayudando así a disminuir la percepción de incertidumbre que acompaña a un trauma psicológico, favoreciendo y potenciando elementos protectores propios de la persona para aminorar los efectos del trauma y no, por el contrario, acrecentar la percepción de vulnerabilidad.

Cómo aceptar incondicionalmente

- No juzgar.
- Dejar las preferencias políticas fuera del ámbito de la atención.
- Dejar los valores personales fuera del ámbito de la atención.
- Comprender que las personas NO eligieron vivir una situación traumática.

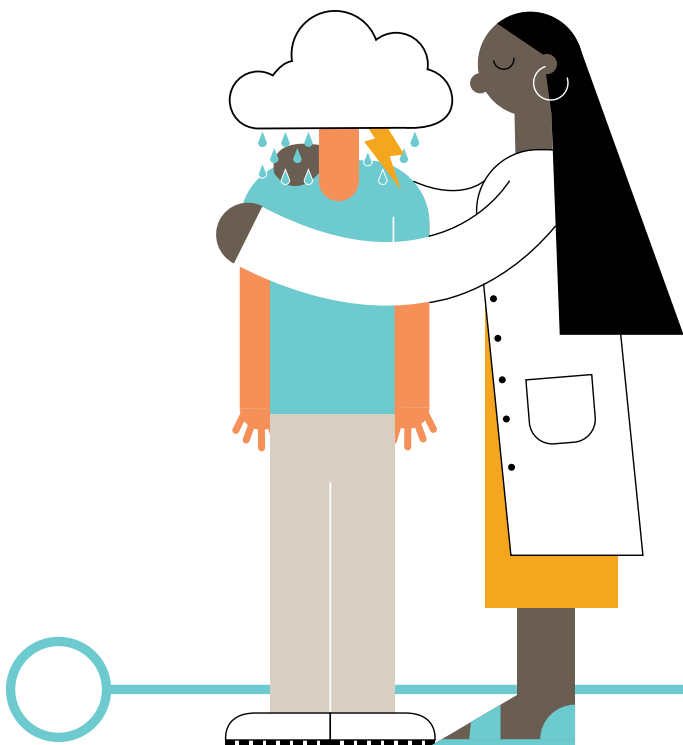
¿Por qué validar y normalizar la respuesta conductual y emocional?

Antecedentes

Una reacción conductual, aparentemente desproporcionada o extraña frente a la situación de atención en salud, es normal y aceptable dentro del contexto de una persona que ha experimentado un trauma físico y psicológico previo (Wainrib y Bloch, 1998).

Hallazgos

La percepción de las personas afectadas es que en algunas oportunidades eran cuestionados respecto a sus reacciones conductuales y/o emocionales, adoptando los profesionales de la salud una actitud crítica hacia ellos o ellas, atribuyéndoles una respuesta exagerada durante la atención en salud, por ejemplo, llanto permanente e incontrolado.



7. Validar y normalizar la respuesta conductual y emocional

Entregar mensajes que reconozcan que la reacción del o la afectada es comprensible desde la experiencia vivida. Verbalizar frases aludiendo a la normalidad de la reacción, que una expresión emocional desbordada y/o pensamientos desorganizados son esperables ante un trauma. En ese sentido, el equipo de salud debe ajustar sus tiempos y procedimientos de manera que los esfuerzos estén dirigidos a contener la emoción y organizar el pensamiento, para luego proceder con la intervención clínica. El objetivo es contribuir a disminuir la percepción catastrófica que puede estar embargando a la persona afectada para permitir que el procedimiento clínico se realice bajo las mejores condiciones psicológicas posibles.

Cómo actuar frente a las expresiones emocionales

- Frente a expresiones de miedo, temor o afectación, ofrecer una pausa, un vaso de agua.
- Demostrar comprensión de la situación vivida, sin ridiculizar ni minimizar.



¿Por qué entregar mensajes esperanzadores?

Antecedentes

La desesperanza tiene relación con una percepción negativa del futuro (o pesimismo), donde la persona cree que no podrá afrontar los problemas de su vida, salir adelante por sus propios medios, y que no tendrá éxito en el logro de los planes que se propone (Beck y Steer, 1988). El vivenciar un trauma extremo puede estar acompañado de estados emocionales intensos, incluyendo la desesperanza, los cuales si bien pueden ser normales, es imprescindible como eje central de la atención, prestar atención a su evolución (Márquez, 2010).

Hallazgos

La vivencia de algunas personas afectadas está asociada a la desesperanza, desde la percepción de que nunca más van a poder volver a vivir una vida normal, manifestando que esa sensación tiende a ser permanente. También surgieron pensamientos pesimistas, algunos de tipo “existencialistas”, donde se visualiza al mundo como algo malo, y otros como ubicuos, es decir, que la percepción de sentirse violentados podía ocurrir en cualquier lugar.



8. Entregar mensajes esperanzadores



Entregar mensajes esperanzadores, los que tienen como objetivo suscitar distintas emociones, como afecto, confort, simpatía, contención, empoderamiento, entre otras. Los mensajes positivos aumentan la probabilidad de que el receptor realice la respuesta que se busca (Moya, 1999). Además, el exponer al paciente a algunas noticias de recuperación influye en una visión más esperanzadora del fenómeno vivenciado (Arias et al., 2020). Finalmente, hay que mencionar que el mensaje esperanzador debe estar sustentado desde la realidad, desde criterios objetivos, y no desde una sensación de esperanza sustentada en un tratamiento y recuperación improbable o imposible, ya que eso solo intensifica las emociones negativas generadas producto de este trauma extremo.

Cómo entregar seguridad mediante mensajes

- Entregar mensajes realistas.
- Entregar recomendaciones objetivas sin ambigüedad.
- Si la situación es incierta, no apresurar un diagnóstico.

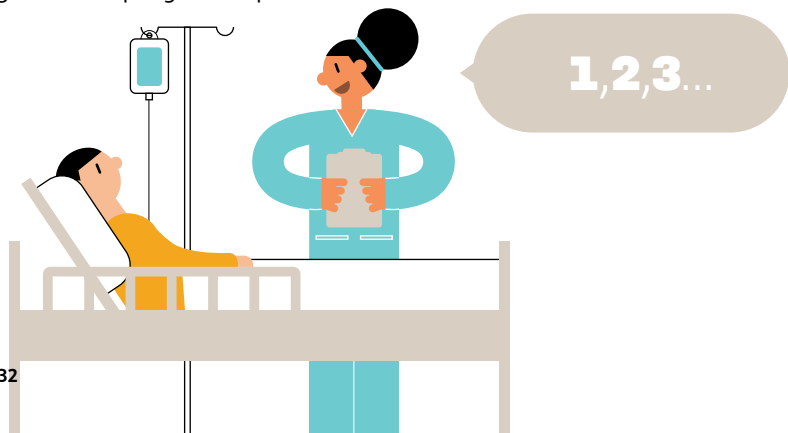
¿Por qué considerar los aspectos sensoriales en los procedimientos clínicos?

Antecedentes

Toda evaluación o tratamiento tiene el potencial de reactivar los síntomas del trauma. El miedo relacionado con esto, puede conducir a una nueva traumatización (Jacobs y Iacopino, 2001) o retraumatización. Esta última ocurre cuando las personas experimentan algo que les hace sentir como si estuvieran pasando nuevamente por el trauma (SAMHSA, 2014). Los estímulos que podrían reactivar el trauma son: interacciones, el medio ambiente, exámenes clínicos, el trato del personal y el dolor asociado con procedimientos médicos (Schock y Knaevelsrud, 2013). Identificar las reacciones al estrés puede ayudar a los profesionales de la salud a identificar señales de retraumatización e iniciar ajustes para detener el proceso, así como ayudar a los pacientes a afrontar los problemas relacionados con el tratamiento (Schippert et al., 2023).

Hallazgos

Ciertos procedimientos, como en la confección de la prótesis ocular o en la restauración de piezas dentarias, provocan sensaciones muchas veces desagradables. En las personas afectadas esto genera sensaciones corporales que rememoran el estímulo físico que provocó el trauma. La aplicación de materiales de impresión para obtener modelos de la cavidad ocular, genera recuerdos a algunas personas del momento en que impactó el balín en el globo ocular. El abordaje directo en la lesión ocular por parte de cualquier profesional, puede gatillar recuerdos del día de la atención de urgencia. El uso de la turbina dental recuerda a algunos afectados el momento en que la acción mecánica de elementos de impacto cinético (balín, bomba lacrimógena, bastón) fracturó los dientes y el hueso. Los y las afectados comprenden la necesidad de tales procedimientos, aún así experimentan sensaciones corporales desagradables que gatillan procesos de retraumatización.



9. Considerar los aspectos sensoriales en los procedimientos clínicos

La atención centrada en la persona, sus necesidades urgentes, respetando los tiempos de adaptación, con una perspectiva de género y promoviendo una comunicación efectiva, son características clave para reducir la retraumatización. Procedimientos clínicos como toma de impresiones, inyecciones anestésicas o simplemente palpación muscular, pueden jugar en contra de la atención cuando son poco cuidadosos. Se recomienda informar antes del procedimiento clínico las eventuales sensaciones corporales y estímulos ambientales que pueden experimentar. Antes, durante y después del procedimiento, permitir que los pacientes expresen sus dudas y temores, de esta forma el paciente puede predecir estímulos, aminorando la posibilidad de retraumatización.

Cómo considerar los aspectos sensoriales

- Comprender que se está atendiendo a una persona que su vida y relación sensorial con el mundo acaba de cambiar abrupta y radicalmente.
- Ruidos, estímulos físicos, táctiles, luminosos, sorprendidos y otros derivados de los procedimientos clínicos (ej. turbina dental, ultrasonido, toma de impresiones para prótesis, e incluso remover un parche ocular) podrían gatillar el recuerdo de lo ocurrido durante el trauma.
- Antes de comenzar, realizar una demostración del procedimiento e indicar que se puede pausar en cualquier momento.
- Durante el procedimiento desarrollar movimientos lentos y relatar lo que se está haciendo.

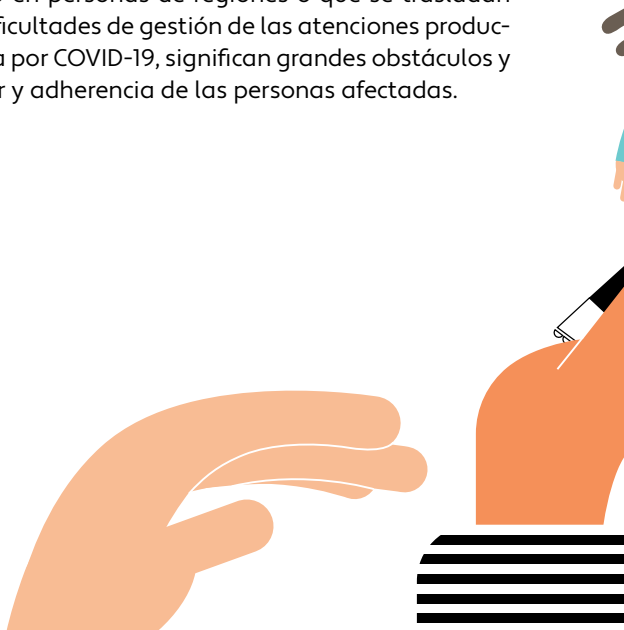
¿Por qué brindar continuidad de los cuidados durante el curso de vida?

Antecedentes

Los procesos de acompañamiento y continuidad de cuidados son reconocidos en salud mental como un concepto de gran relevancia para favorecer bienestar y una adecuada efectividad de los diferentes programas y servicios, permitiendo optimizar el funcionamiento de las personas beneficiarias y la respuesta a sus necesidades (López, 2006). Así mismo, en el caso de las personas con trauma ocular, se reconoce la mayor prevalencia de adquirir discapacidad visual debido a enfermedades oculares conforme avanza la edad (Leasher et al., 2014), demandando servicios de apoyo permanentes para el abordaje de las necesidades de independencia y orientación. Tanto en el trauma ocular y dentomaxilar, se requerirán cuidados permanentes, debido a la situación de vulnerabilidad, secuelas físicas y psicológicas, producto del evento violento sufrido.

Hallazgos

La escasez de personal especialistas en los ámbitos de salud mental, trauma dentoalveolar y somatoprotesis, entre otras disciplinas, significan problemas importantes de discontinuidad y latencia en la atención en salud. Esto sumado a la centralización de las atenciones en la región metropolitana, la falta de recursos para costear traslados, alimentación y otros gastos, sobretodo en personas de regiones o que se trasladan grandes distancias, las dificultades de gestión de las atenciones producto de la urgencia sanitaria por COVID-19, significan grandes obstáculos y desafíos para el bienestar y adherencia de las personas afectadas.



10. Brindar continuidad de los cuidados durante el curso de vida

La descentralización e integración de los programas y trabajo intersectorial son parte de las acciones base para otorgar un sistema de atención en salud integral. Considerar un trabajo en red, centrado en las personas, con un enfoque comunitario, perspectiva de género, además de un plan de continuidad de cuidados por todo el curso vital, permitiría acoger parte de las experiencias señaladas anteriormente desde una perspectiva de derecho y reparación en salud. La disponibilidad y/o articulación con especialistas y mayor fluidez en la atención con un grado de priorización y carácter de urgencia, son uno de los aspectos centrales dentro de los ajustes posibles.



¿Por qué acompañar el tránsito hacia una nueva imagen corporal?

Antecedentes

En psicología, la imagen corporal es un constructo que implica lo que se piensa, siente, cómo se percibe y actúa en relación con su propio cuerpo (Cash, 1994). Es parte del autoconcepto, es decir, el conjunto de percepciones o referencias que la persona tiene de sí misma, e incluye juicios acerca de comportamientos, habilidades o apariencia externa (Shavelson y Bolus, 1992). Otro aspecto del autoconcepto es la autoestima, actitud/sentimiento positivo o negativo hacia uno mismo, basada en la evaluación de sus propias características, e incluye sentimientos de satisfacción consigo mismo (Rosenberg, 1965). La imagen corporal puede ser entendida como la evaluación cognitiva y emocional que la persona tiene de su propio cuerpo en un momento determinado (Sebastián, 2007).

Hallazgos

Gran parte de las personas afectadas vivieron un proceso de duelo al momento de sufrir el trauma extremo. Este se produce al perder varios aspectos que son irrecuperables, y se vive de manera similar a la pérdida de un ser querido. Este trauma involucró una mutilación corporal (globo ocular o dientes), la pérdida de funcionalidad, de autoestima, de autonomía y cambio de la perspectiva que se tenía del futuro. En algunos casos implicó un cambio de identidad y rol de la persona en la sociedad. Esta serie de cambios requieren adaptación para asimilar y/o acomodarse a la nueva imagen corporal, proceso que requiere la vivencia y posterior resolución del duelo. La imagen corporal es entonces, una representación psíquica.



11. Acompañar el tránsito hacia una nueva imagen corporal

Es imprescindible tener en cuenta el proceso de duelo y todas las emociones que surgen ya que el profesional debe acompañar al paciente en todo este proceso. Es normal sentir pena, rabia, a veces estar indiferente. Puede ocurrir que el paciente no verbalice lo que le está pasando o no manifieste su pena o disconformidad, y al no indagar en aquellos aspectos o emociones, lo que se genera es un aislamiento del paciente y la sensación de invisibilidad. Por lo tanto, independiente de que la persona afectada se “vea bien” hay que indagar en cómo se siente, en qué se puede hacer para que se sienta mejor o más cómodo. Dar el espacio para que se pueda expresar.

Para que el proceso de adaptación de la nueva imagen corporal sea exitoso debe considerar si o si las preferencias del paciente al momento de confeccionar los distintos aparatos protésicos usados para la rehabilitación. El paciente es un experto en sí mismo, lo que incluye su imagen corporal. Nadie mejor que él sabe qué tratamiento le permite experimentar su cuerpo como propio y en sintonía con sus expectativas e identidad. Si bien, hay limitaciones técnicas que impiden una restitución exacta de la anatomía corporal previa, es importante escuchar y considerar al paciente en las decisiones terapéuticas, principalmente estéticas, de manera que los logros en la rehabilitación se perciban como algo propio y no ajeno al cuerpo vivenciado. Se debe comprender la importancia psicológica y afectiva que tiene la restauración de la “imagen corporal” en cuanto representación psíquica del cuerpo.

Consideraciones finales

Los hallazgos y recomendaciones entregadas, se elaboraron en un contexto de constante reflexión respecto de las propias experiencias y preferencias políticas referidas a los acontecimientos desarrollados durante las manifestaciones ciudadanas conocidas como “estallido social”, en las cuales participaron los entrevistados y las entrevistadas durante esta investigación. Llevar a la conciencia esa implicación ideológica de los y las investigadores permite reducir los sesgos al momento de analizar los resultados.

Es difícil considerar que este trabajo está completamente finalizado. Por el contrario, estas recomendaciones se pueden ir nutriendo de las experiencias de los equipos de salud que se desempeñan en la atención de personas con trauma físico y psicológico por violencia de agentes del Estado. Invitamos entonces a esos equipos a que integren estas recomendaciones en su actuar profesional y evalúen sus resultados. Estas recomendaciones pueden ser ajustadas con el fin de contribuir a su efectividad en desarrollar una atención con enfoque de DDHH, y evitar la profundización y extensión del trauma psicológico en el tiempo, promoviendo una vida satisfactoria para las personas afectadas.

Es un imperativo moral devolver salud a quienes hayan visto mermada esa condición, imperativo que es deber tanto de personas e instituciones como el sistema de salud y el Estado de Chile.

Un ámbito no abordado en esta investigación, es la experiencia de los equipos de salud ante la exigencia de dar respuesta a las demandas de las personas que acudieron en busca de atención de urgencia o de rehabilitación. Las características de este tipo de trauma y de los fenómenos sociales asociados, junto con las condiciones estructurales del sistema de salud, constituyen una experiencia inédita en los equipos de salud, lo cual resulta relevante de comprender. Futuras investigaciones deben ser realizadas para explorar este fenómeno y así ofrecer una perspectiva más amplia para elaborar mejores respuestas del sector salud ante la necesidad de atención con perspectiva de DDHH.

Como equipo de investigación, expresamos nuestra disponibilidad para recibir todo tipo de aportes, ya sea en consonancia o en disonancia con estas recomendaciones. El fin último es construir conocimiento científico en favor de la salud de la comunidad.

Santiago, noviembre 2023.

CONTACTOS

Gonzalo Rojas Alcayaga.

Investigador Responsable

gorojas@odontologia.uchile.cl

Matías Ríos Erazo.

Investigador Alterno

[gmrios@odontologia.uchile.cl](mailto:grios@odontologia.uchile.cl)

Andrea Herrera Ronda.

Co-investigadora

aherrera@odontologia.uchile.cl

Referencias

Amnistía Internacional. (2022). La reparación integral de las violaciones a los derechos humanos cometidas en el contexto del estado social. [Archivo PDF]. <https://www.amnesty.org/es/documents/poll0/4870/2022/es/>

Arias Molina, Y., Herrero Solano, Y., Cabrera Hernández, Y., Chibás Guyat, D., y García Mederos, Y. (2020). Manifestaciones psicológicas frente a la situación epidemiológica causada por la COVID-19. *Revista Habanera de Ciencias Médicas*, 19. <https://revhabanera.sld.cu/index.php/rhab/article/view/3350>

Arraiza, M., y Lizarraga, S. (2009). Malas noticias y apoyo emocional. *Anales Del Sistema Sanitario De Navarra*, 24 (Supl. 2), 55-63. <https://doi.org/10.23938/ASSN.0424>

Beck A. T. & Steer R. A. (1988). *Bhs beck hopelessness scale: manual*. Psychological Corp. Harcourt Brace Jovanovich.

Bell, V., Robinson, B., Katona, C., Fett, A. K., y Shergill, S. (2019). When trust is lost: the impact of interpersonal trauma on social interactions. *Psychological medicine*, 49(6), 1041-1046. <https://doi.org/10.1017/S0033291718001800>

Bermejo, J. C. (2016). La ausencia del juicio en la ayuda. *Revista Chilena de Endocrinología y diabetes*, 9(1), 27-28.

Bezanilla, J. M., Miranda, M. A. y Fabiani, J. H. G. (2016). Violaciones graves a derechos humanos: violencia institucional y revictimización. *Cuadernos de crisis y emergencias*, 15(2).

Bustamante Danilo, J. y Carreño-Calderón, A. (2020). Reparación simbólica, trauma y victimización: la respuesta del Estado chileno a las violaciones de derechos humanos (1973-1990). *Íconos - Revista De Ciencias Sociales*, (67), 39-59. <https://doi.org/10.17141/iconos.67.2020.4231>

Cardona, G. d.; Franco, L. y Dallos, M. I. (2020). Atención integral en salud mental a víctimas de ataques con agentes químicos en Colombia. <http://hdl.handle.net/20.500.12495/3518>.

Cash, T. F. (1994). Body-image attitudes: evaluation, investment, and affect. *Perceptual and motor skills*, 78(3 Pt 2), 1168-1170. <https://doi.org/10.2466/pms.1994.78.3c.1168>

Crawford, P., Brown, B., Kvangarsnes, M., y Gilbert, P. (2014). The design of compassionate care. *Journal of clinical nursing*, 23(23-24), 3589-3599. <https://doi.org/10.1111/jocn.12632>

Comisión Interamericana de Derechos Humanos. (2022). Informe Situación de derechos humanos en Chile. [Archivo PDF]. https://www.oas.org/es/cidh/informes/pdfs/2022_chile.pdf

d'Empaire, G. (2010). Calidad de Atención Médica y Principios Éticos. *Acta bioethica*, 16(2), 124-132. <https://dx.doi.org/10.4067/S1726-569X2010000200004>

Instituto Nacional de Derechos Humanos Chile. (2022). Informe Anual: Situación de los derechos humanos en Chile. [Archivo PDF]. <https://www.indh.cl/informeddhh2022/>

Ipinza Riveros, M. (2007). Calidad y Atención Integral de Salud: dos conceptos inseparables. *Cuad Méd Soc (Chile)*, 41(1), 5-17. <https://doi.org/10.4067/S1726-569X2007000100004>

Jacobs, U., & Iacopino, V. (2001). Torture and its consequences: A challenge to clinical neuropsychology. *Professional Psychology: Research and Practice*, 32(5), 458-464. <https://doi.org/10.1037/0735-7028.32.5.458>

Laguna-Hernández, S. (2007). *Manual de Victimología*. Universidad de Salamanca, España.

Leasher, J. L., Lansingh, V., Flaxman, S. R., Jonas, J. B., Keeffe, J., Naidoo, K., Pesudovs, K., Price, H., Silva, J. C., White, R. A., Wong, T. Y., Resnikoff, S., Taylor, H. R., Bourne, R. R., y Vision Loss Expert Group of the Global Burden of Disease Study (2014). Prevalence and causes of vision loss in Latin America and the Caribbean: 1990-2010. *The British journal of ophthalmology*, 98(5), 619-628. <https://doi.org/10.1136/bjophthalmol-2013-304013>

López Gómez, D. (2006). Continuidad de cuidados y desarrollo de sistemas de apoyo comunitario: atención a personas con trastorno mental severo en el medio rural. *Rehabilitación psicosocial*, 3(1), 17-25.

Lown BA. Compassion is a necessity and an individual and collective responsibility comment on “why and how compassion is necessary to provide good quality healthcare?”. *Int J Health Policy Manag*. 2015;4:613-614.

Malliarou M. *Compassionate Health Care*. Healthcare (Basel). 2022 Dec 30;11(1):109. doi: 10.3390/healthcare11010109. PMID: 36611569; PMCID: PMC9818780.

Marquez, L. M. F. (2010). Modelo de Intervención en Crisis: En busca de la resiliencia personal. [Archivo PDF]. <https://lapenultima.org/wp-content/uploads/2017/02/trab-modelo-de-intervencion-en-crisis-lourdes-fernandez.pdf>

Ministerio de Salud. (s.f.). Programa de Reparación y Atención Integral de Salud (PRAIS) a los Afectados por violaciones a los Derechos Humanos. <https://www.ssmc.cl/prais/#acc-4>

Ministerio de Salud. (2005). Subsecretaría de redes asistenciales. División de gestión de la red asistencial. Serie cuadernos modelo de atención nº 1. Modelo de atención integral en salud. [Archivo PDF]. <http://www.bibliotecaminsal.cl/wp/wp-content/uploads/2016/03/1.pdf>

Ministerio de Salud. (2006). Norma Técnica Para la Atención en Salud de Personas Afectadas por la Represión Política Ejercida por el Estado en el Período 1973-1990 (Norma Núm. 88). [Archivo PDF]. chrome-extension://efaidnbmnnnibpajccgleclfnmkaj/http://prais.redsalud.gob.cl/wrdprss_minsal/wp-content/uploads/2020/10/norma-tecnica-88.pdf

Minoletti, A., Toro, O., Alvarado, R. y Rayo, X. (2015). Diferencias en Percepciones de Calidad de Atención y Respeto de Derechos en Salud Mental entre Usuarios, Familiares y Funcionarios. *Revista de la Facultad de Ciencias Médicas*, 73(3), 261-269. [Archivo PDF]. <https://repositorio.uchile.cl/bitstream/handle/2250/138077/Dif-en-percepcion-de-calidad-atencion-y-respeto-derechos-en-TMS-RFCM-UNC-2015.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Moya, M. (1999). Persuasión y cambio de actitudes. En *Psicología social*, (pp. 153-170). [Archivo PDF]. http://paginaspersonales.unam.mx/app/webroot/files/1594/M_Moya_Persuasion_y_cambio_de_actitudes.pdf

Múnera Gaviria, H. A. (2011). Quality of health care, beyond the technical and rules view. *Investigación Y Educación En Enfermería*, 29(1). <https://doi.org/10.17533/udea.iee.8527>

National Center for Health Statistics. *Healthy People 2010 Final Review*. Hyattsville, MD. 2012. [Archivo PDF]. https://www.cdc.gov/nchs/data/hpdata2010/hp2010_final_review.pdf

Organización de las Naciones Unidas. (2005). Principios y directrices básicos sobre el derecho de las víctimas de violaciones manifiestas de las normas internacionales de derechos humanos y de violaciones graves del derecho internacional humanitario a interponer recursos y obtener reparaciones, Resolución 60/147, 16 de diciembre de 2005. <https://www.ohchr.org/sp/professionalinterest/pages/remedyandrepairation.aspx>

Organización Mundial de la Salud. (10 de diciembre de 2022). Salud y derechos humanos. <https://www.who.int/es/news-room/factsheets/detail/human-rights-and-health>

Patel, S., Pelletier-Bui, A., Smith, S., Roberts, M. B., Kilgannon, H., Trzeciak, S., & Roberts, B. W. (2019). Curricula for empathy and compassion training in medical education: A systematic review. *PLoS one*, 14(8). <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0221412>

Pelaéz, C. (2014). Educación social en situaciones de riesgo y conflicto en Iberoamérica. Universo.

Rodríguez, A. (2022). Caracterización de traumatismos dentoalveolares en víctimas de violencia ejercida por agentes del Estado, durante estallido social en Chile, 2019-2020. [Tesis para optar al título de Cirujano Dentista, Facultad de Odontología, Universidad de Chile]. Repositorio Académico- Universidad de Chile.

Rosenberg, M. (1965). *Society and the Adolescent Self-Image*. Princeton University Press. <http://www.jstor.org/stable/j.ctt183pjjh>

Sebastián, J., Manos, D., Bueno, M.º J., y Mateos, N. (2007). Imagen corporal y autoestima en mujeres con cáncer de mama participantes en un programa de intervención psicosocial. *Clínica y Salud*, 18(2), 137-161. http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1130-52742007000200002&lng=es&tlng=es.

Schippert, A. C. S. P., Grov, E. K., Dahl-Michelsen, T., Silvola, J., Sparboe-Nilsen, B., Danielsen, S. O., Lie, I., & Bjørnnes, A. K. (2023). Re-traumatization of torture survivors during treatment in somatic healthcare services: A mapping review and appraisal of literature presenting clinical guidelines and recommendations to prevent re-traumatization. *Social science & medicine* (1982), 323, 115775. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2023.115775>

Schock, K., & Knaevelsrud, C. (2013). Retraumatization: the vicious circle of intrusive memory. En M. Linden & K. Rutkowski (Eds.), *Hurting memories and beneficial forgetting: posttraumatic stress disorders, biographical developments and social conflicts* (pp. 59–70). London: Elsevier.

Shavelson, R. J., y Bolus, R. (1982). Self Concept: The Interplay of Theory and Methods. *Journal of Educational Psychology*, 74, 3-17. <https://doi.org/10.1037/0022-0663.74.1.3>

Substance Abuse and Mental Health Services Administration SAMHSA. (2014). Trauma-informed care in behavioral health services (Treatment Improvement Protocol [TIP] Series 57; HHS Publication No. SMA 13-4801). [Archivo PDF]. <http://store.samhsa.gov/shin/content/SMA14-4816/SMA14-4816.pdf>.

Tehrani-neshat, B., Rakhshan, M., Torabizadeh, C., & Fararouei, M. (2019). Compassionate Care in Healthcare Systems: A Systematic Review. *Journal of the National Medical Association*, 111(5), 546-554. <https://doi.org/10.1016/j.jnma.2019.04.002>

Universidad de Chile. (04 de diciembre de 2019). U. de Chile anuncia programa de rehabilitación odontológica y apoyo integral a víctimas de violencia policial. <https://uchile.cl/noticias/159720/u-de-chile-anuncia-rehabilitacion-odontologica-a-victimas->

Universidad del Desarrollo. UDD (2019). Estructura y funcionamiento del sistema de salud chileno. Serie de Salud Poblacional N°2. Centro de Epidemiología y Políticas de Salud. Facultad de Medicina Clínica Alemana - Universidad del Desarrollo.

Velásquez, G. N. M., y Limachi, K. E. M. (2014). Apoyo emocional que brinda el profesional de Enfermería y el afrontamiento de los padres de pacientes pediátricos posoperados con cardiopatía congénita, INCOR 2014. *Revista Científica de Ciencias de la Salud*, 7(2), 43-52.

Vermeir, P., Vandijck, D., Degroote, S., Peleman, R., Verhaeghe, R., Mortier, E., Hallaert, G., Van Daele, S., Buylaert, W., y Vogelaers, D. (2015). Communication in healthcare: a narrative review of the literature and practical recommendations. *International journal of clinical practice*, 69(11), 1257-1267. <https://doi.org/10.1111/ijcp.12686>

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

El equipo de salud es el principal apoyo psicoafectivo en un momento de crisis para quienes han sufrido trauma extremo, tanto en la atención de emergencia como durante el proceso de rehabilitación. Esta guía está dirigida a quienes están atendiendo o puedan atender en el futuro a personas que han sufrido un trauma físico producto de la acción violenta de agentes del Estado.

Las personas que conforman un equipo de salud son agentes clave para que los y las afectadas puedan continuar su vida con las mínimas consecuencias psicológicas y un aceptable estado de bienestar físico, psicológico y social.

Esperamos que estas recomendaciones sirvan de orientación para apoyar la efectiva recuperación de la salud y previniendo las consecuencias psicológicas y sociales que puedan profundizar el daño inicial.

Si procedemos con humanidad y empatía, habremos logrado dar vida a nuestro compromiso con las personas: mantener y dar salud.

