



UNIVERSIDAD DE VALPARAISO

FACULTAD DE MEDICINA

ESCUELA DE PSICOLOGIA

**Repercusiones en salud mental en adultos
víctimas de prisión política y tortura en infancia y/o
adolescencia durante la Dictadura Militar chilena.**

MICHELLE PATRICIA BRIONES MIRANDA

MARÍA JOSÉ JORQUERA GONZÁLEZ

CESAR FELIPE VALENCIA SOTO

Profesora Guía: María Liliana Contreras Alarcón

Seminario de Título presentado a la Escuela de Psicología de la Universidad de Valparaíso para optar al grado de Licenciado en Psicología.

Diciembre, 2009

Valparaíso, Chile

AGRADECIMIENTOS

Un largo camino ha terminado, y no puedo dejar de agradecer a las personas que me han acompañado en todos estos años para poder lograr mi tan anhelado sueño.

En primer lugar quisiera agradecer a mis padres y hermana, por su apoyo incondicional y palabras de aliento cada vez que las necesite, gracias por enseñarme a ser cada día mejor y a ser tan perseverante. Gracias a ustedes aprendí con esfuerzo que los sueños se pueden hacer realidad.

Agradezco también a Francisco por todos estos años a mi lado, por ser el hombre que cada día me acompaña y ama, con el cual en este largo período formamos una familia junto a nuestro hermoso hijo Mateo. Los amo, gracias a ambos por aguantar largos periodos de tensión y bastante estudio. Creo que ha valido la pena todos los sacrificios que como familia hemos tendido que hacer.

Agradezco a mis amigos y compañeros María José y César, fuimos un equipo que pese a las dificultades jamás se dio por vencido. Fuimos un complemento casi perfecto, cada uno con sus ideas y aportes distintos, lo que nos llevó a realizar una investigación distinta y muy significativa.

Y por ultimo agradezco a todas las personas que creyeron que esta investigación podría realizarse, en primer lugar a la Profesora Liliána ser una guía en los momentos en que más lo necesitamos y por darnos animo en los momentos en que nos veía desvalidos; y también agradezco a todas las personas miembros de la Agrupación de Ex menores Víctimas de Prisión Política y Tortura, ya que su apoyo ha sido fundamental para poder llevar a cabo este seminario, gracias por confiar en nosotros.

Michelle Briones Miranda

Quiero agradecer a quienes permitieron que esta investigación haya sido posible, pero más quiero agradecer por quienes estuvieron de una u otra forma conmigo en este camino que inicié hace seis años para poder optar al Título de Psicólogo.

Deseo comenzar con quien hizo posible que este seminario se inicie, nuestra profesora guía María Liliana Contreras, quien estuvo presente para orientarnos en un camino bastante desconocido y difícil para nosotros. Pudo tener la paciencia de redirigirnos una y otra vez, haciéndonos entender qué es lo que debiésemos hacer.

Luego agradecer a toda la Agrupación de Ex Menores Víctimas de Prisión Política por entusiasmarse con nuestro trabajo y colaborar en él, y en especial a Morelia Fernández, dirigente nacional de la Agrupación, quien hizo por nuestro seminario lo que nosotros debíamos hacer.

Agradecer a mis dos compañeras de seminario, Michelle y María José, por todas las cosas que vivimos para poder terminar el seminario, por las veces que tuvimos que juntarnos y trabajar largas horas en las que recibí su compañerismo y por preocuparse siempre de nuestro bienestar. Tengo claro que gracias a todas estas veces que tuvimos que dedicarnos arduamente a la investigación, dejábamos de ser un equipo de trabajo para convertirse en instantes en una familia protectora.

También agradecer a los que me recibían en los momentos en que no me dedicaba a mi seminario, mis amigos. Pues siempre valoré las cosas sencillas que hicieron por mí.

Por último agradecer a mi familia, a mi padre que de él he conseguido lo que hoy tengo, sé muy bien que sin él no podría sentir tal felicidad que siento hoy, porque estoy consciente que fue más que los fondos monetarios lo que aportó, lo que de verdad me ha entregado han sido valores con los cuales he guiado mi camino. Y mi madre que desde el cielo me observa, de ella recibí protección y cariño, el cual aún lo recibo desde lo alto.

Y por último agradecer a la vida, pues fue ella la que puso en mi camino a tanta gente a la que hoy quiero, esa gente que motivan mis deseos de querer existir y que me impulsaron a iniciar y terminar este proceso.

César Valencia Soto

INDICE

CONTENIDOS	PÁGINA
Agradecimientos.....	i
Indice.....	iv
Indice de Tablas.....	v
Indice de gráficos	vi
I. INTRODUCCIÓN.....	1
II. ANTECEDENTES TEÓRICOS Y EMPÍRICOS.....	4
2.1 ANTECEDENTES GENERALES.....	4
2.1.1 Antecedentes Contextuales.....	4
2.1.2 Agrupación de Ex – Menores Víctimas de prisión política y tortura.....	6
2.2 ANTECEDENTES DE INVESTIGACIÓN.....	7
2.2.1 Estudios acerca de los efectos a largo plazo en salud mental en Adultos que fueron víctimas de experiencias traumáticas durante su infancia y/o adolescencia	7
2.2.1.1 Trauma infantil y psicopatología adulta del eje I	7
2.2.1.2 Trauma infantil y psicopatología adulta del eje II.....	9
2.3 MARCO TEÓRICO.....	11
2.3.1 TRAUMA.....	11
2.3.1.1 Trauma psíquico.....	11
2.3.1.2 Trauma psicosocial vinculado a violencia política.....	12
2.3.1.3 Trauma psíquico en la infancia.....	12
2.3.2 Estrés y etiopatogenia de los trastornos mentales en la adultez asociados a trauma en infancia y/o adolescencia.....	13
2.3.2.1 Estrés	14
2.3.2.2 Repercusiones biológicas del estrés y su influencia en el desarrollo de psicopatología.....	15
2.3.2.2.1 Estrés y Depresión.....	15
2.3.2.2.1.1 Teorías psicológicas.....	16
2.3.2.2.2 Estrés y Trastornos de Ansiedad.....	17
2.3.2.2.2.1 Ansiedad en general.....	17

2.3.2.2.2.2 Ansiedad Estado/Rasgo.....	19
2.3.2.2.3 Estrés y Trastornos por estrés post traumático.....	20
2.3.2.2.4 Estrés y personalidad.....	21
2.3.2.2.4.1 Teorías de trastorno de personalidad.....	21
2.3.2.2.4.2 Rol de la experiencia traumática en infancia y adolescencia.....	22
2.3.2.2.4.3 Influencias socioculturales.....	25
2.3.2.2.5 Perspectiva social en salud mental.....	26
2.3.2.2.5.1 Consecuencias de la violencia desde una perspectiva social.....	26
2.3.2.2.5.2 Apoyo social.....	28
III. OBJETIVOS DEL ESTUDIO.....	29
1. Propósito.....	29
2. Objetivo General.....	29
3. Objetivos específicos.....	29
IV. HIPOTESIS DE INVESTIGACIÓN	30
V.METODOLOGÍA.....	31
1. Tipo de diseño.....	31
2. Participantes del estudio.....	31
2.1 Población.....	31
2.2 Muestra.....	32
3. Variables del estudio.....	35
4. Procedimiento.....	37
5. Instrumentos de medición.....	40
5.1 Inventario de Depresión de Beck (BDI)	40
5.2 Inventario de Ansiedad Rasgo/ Estado de Spielberger (STAI).....	41
5.3 Escala de 8 ítems para los resultados del tratamiento del TEPT (TOP 8).....	42
5.4 Cuestionario de Evaluación IPDE autoadministrado: Modulo DSM IV.....	42
6. ANÁLISIS DE DATOS.....	43
7. RESULTADOS	44
7.1 DESCRIPCIÓN DE LOS INDICADORES DE TRASTORNO.....	44
7.1.1 Indicador de Depresión (BDI)	44
7.1.2 Indicador de Ansiedad STAI, Ansiedad Estado/Rasgo.....	45
7.1.3 Indicador de Trastorno de Estrés Post Traumático.....	47
7.1.4 Indicador de Trastorno de Personalidad según IPDE.....	47
7.1.4.1 Indicador de Trastorno de Personalidad del Clúster A.....	47

7.1.4.2 Indicador de Trastorno de Personalidad del Clúster B.....	49
7.1.4.3 Indicador de Trastorno de Personalidad del Clúster C.....	50
7.2 Resultados comparativos.....	51
7.3 Contraste de hipótesis.....	58
VIII. CONCLUSIÓN Y DISCUSIÓN.....	60
IX.COMENTARIOS FINALES.....	66
XI. BIBLIOGRAFÍA.....	67
X. ANEXOS.....	72

INDICE DE TABLAS

CONTENIDOS	PÁGINA
Tabla nº 1 Distribución sociodemográfica de la muestra en cada grupo	33
Tabla nº 2 Distribución de puntajes categorizados en presencia o ausencia de indicadores de Trastornos de personalidad Cluster A según el .IPDE.....	48
Tabla nº 3 Distribución de puntajes categorizados en presencia o ausencia de indicadores de Trastornos de personalidad Cluster B según IPDE.....	49
Tabla nº 4 Distribución de puntajes categorizados en presencia o ausencia de indicadores de Trastornos de personalidad Cluster C según IPDE.....	51
Tabla nº 5 Anova.....	52
Tabla nº 6 Prueba Sheffé.....	54

INDICE DE GRÁFICOS

CONTENIDOS	PÁGINA
Gráfico nº 1 Distribución de Indicadores según niveles de Depresión del Inventario de Depresión de Beck.....	44
Gráfico nº 2 Distribución de Indicadores según niveles de Ansiedad Estado de Spielberger.....	45
Gráfico nº 3 Distribución de Indicadores según niveles de Ansiedad Rasgo de Spielberger.....	46
Gráfico nº 4 Distribución de puntajes categorizados en presencia o ausencia de indicadores de Trastornos por Estrés Post- Traumático según el instrumento TOP 8.....	47
Gráfico nº 5 Distribución de puntajes categorizados en presencia o ausencia de indicadores de Trastornos de personalidad Cluster A según IPDE.....	49
Gráfico nº6 Distribución de puntajes categorizados en presencia o ausencia de indicadores de Trastornos de personalidad Cluster B según IPDE.....	50
Gráfico nº 7 Distribución de puntajes categorizados en presencia o ausencia de indicadores de Trastornos de personalidad Cluster C según IPDE.....	51

RESUMEN

La presente investigación tiene como objetivo evaluar la presencia de algunos indicadores de psicopatología en adultos víctimas de prisión política y tortura en infancia y/o adolescencia durante la Dictadura Militar Chilena comparando grupos con diferencias en antecedentes de tortura y en haber recibido reparación psicosocial.

Se trata de un estudio de diseño no experimental, de tipo descriptivo – comparativo y de corte transversal. Se utilizó una metodología cuantitativa en la que se midieron y compararon indicadores de trastornos mentales en tres grupos: un primer grupo de adultos con antecedentes de tortura en infancia y/o adolescencia que no ha recibido reparación psicosocial (Grupo A), un segundo grupo de adultos con antecedentes de tortura en infancia y/o adolescencia que ha recibido reparación psicosocial (Grupo B) y un tercer grupo compuesto por adultos que han vivido su infancia y/o adolescencia durante la Dictadura Militar, pero que no presentan antecedentes de tortura (Grupo C).

Las mediciones hechas fueron en cuanto indicadores de depresión, ansiedad estado, ansiedad rasgo, trastorno por estrés post traumático y trastorno de personalidad con ayuda de instrumentos de medición psicológica y las comparaciones se realizan en base a las variables “antecedentes de tortura” y “reparación psicosocial”.

Se trabajó con una muestra no aleatoria de 60 participantes en total, repartidos en tres grupos comparativos: 18 participantes en el Grupo A, 23 en el Grupo B y 19 en el Grupo C.

Los resultados obtenidos muestran que las personas que fueron víctimas directas de prisión política y tortura, siendo niños y/o adolescentes durante la Dictadura Militar chilena entre los años 1973 y 1990, presentan mayor grado de indicadores de trastorno en la adultez que aquellos que solo vivieron en la misma época durante su infancia y/o adolescencia sin ser víctimas ni ellos, ni algún familiar directo. Esto es coherente con la literatura sobre los efectos a largo plazo de los eventos traumáticos en etapas previas a la adultez. Además, los resultados indican que entre las personas que fueron víctimas durante este período no existen diferencias entre aquellos que recibieron reparación psicosocial como intervención psicoterapéutica que aquellos que no la recibieron. Este es el dato atípico que incita a seguir estudiando sobre los métodos de intervención para personas afectadas por la violencia política.

I. INTRODUCCIÓN

Numerosos estudios epidemiológicos y clínicos señalan que existe una relación entre trauma infantil y trastornos mentales (eje I del DSM IV T.R.) y de la personalidad (eje II del DSM. IV TR) en la edad adulta. (Florenzano y cols. 2004; Vidalis A. 2004; Amir y Lev-Wiesel 2003; Jonson, Cohen y cols. 1999; Robinson y cols. 1994; Arriero y cols. 2002). Dichos estudios señalan que las sintomatologías más comunes entre la población adulta con antecedentes de trauma infantil son: Trastornos depresivos, ansiosos, somatomorfos, TEPT crónico y de la personalidad.

Entre las experiencias infantiles más traumáticas se encuentran las experiencias de tortura, entendiéndose esta como: “Un acto por el cual un grupo de funcionarios públicos o personas que ejerzan funciones públicas inflija intencionadamente sobre otro grupo o una persona dolores o sufrimientos graves, con el fin de obtener información. Se entenderá también como tortura la aplicación sobre una persona de métodos tendientes a anular la personalidad de la víctima o a disminuir su capacidad física o mental” (OEA, 1988). La tortura es una forma extrema de exposición a la violencia, en la cual sus efectos son premeditados y planificados, siendo el propósito específico de ésta lo que la distingue de otros traumas (Releer, 1995).

En Chile la dictadura también torturó con fines políticos a niños, niñas y adolescentes. Se estima que la población actual de adultos afectados por la dictadura durante la infancia o adolescencia corresponde a un 4,3% del total de personas reconocidas por el Estado en las dos revisiones del informe Valech (2003, 2004), lo que equivale a 1.166 personas (2004). Sin embargo, si esta población se agregan las 200 personas inscritas en la Agrupación de Ex - menores Víctimas de Prisión Política y Tortura a la fecha (adultos que habiendo sido víctimas de tortura y represión política en la infancia en el mismo período, no obtuvieron el reconocimiento oficial del Estado), esta cifra ascendería a un 5% de la población total de los sobrevivientes (1.366 personas).

Barudy (2009) estudia el impacto que generó la tortura en estas víctimas a partir del contenido de los testimonios de 47 adultos ex menores víctimas de prisión política y de tortura; concluyendo que actualmente estas personas presentan los siguientes indicadores de trastornos psíquicos: Trastornos de Estrés Post-traumático de evolución

crónica, sintomatología depresiva, indicadores de Ansiedad Clínica y Trastornos de Pánico.

En virtud de los antecedentes que aporta la literatura y la investigación cualitativa realizada por Barudy en esta población y sumado el hecho que las 200 personas que constituyen la Agrupación de Ex – Menores Víctimas de Prisión Política y Tortura, no han recibido ni reconocimiento ni atención en salud mental por parte del Estado, resulta pertinente investigar las posibles secuelas en salud mental a través de los indicadores de trastornos psíquicos del eje I y eje II que han mostrado estar más comprometidos en la población adulta que han sufrido trauma en la infancia y/o adolescencia, con el propósito de aproximarse de manera estandarizada al fenómeno estudiado.

El objetivo general de esta investigación es comparar la prevalencia de algunos indicadores de psicopatología en adultos con antecedentes de tortura en infancia y/o adolescencia durante la dictadura militar chilena, que no han recibido reparación psicosocial con: 1) adultos con antecedentes de tortura en infancia y/o adolescencia que han recibido alguna forma de reparación psicosocial y 2) adultos que han vivido su infancia y o adolescencia durante la dictadura militar, pero que no presentan antecedentes de tortura.

La relevancia de esta investigación es eminentemente práctica, ya que permitirá dimensionar las consecuencias a largo plazo de la situación vivida en Chile por niños, niñas y adolescentes que aún no han sido reconocidos por el Estado como víctimas de represión política. Se pretende de esta manera contribuir a tomar consciencia sobre eventuales necesidades de atención y reparación.

Por otra parte éste estudio es un aporte al cuerpo de conocimientos general en la temática, ya que existen pocos estudios retrospectivos acerca de niños, niñas, y adolescentes sobrevivientes de violencia. Esto permitiría eventualmente generar políticas de prevención a poblaciones de niños(as) y adolescentes que hoy viven violencia política.

En los siguientes apartados se describe con mayor detalle el marco de Antecedentes Contextuales en que se explica el surgimiento de la población perteneciente a la Agrupación de Ex-menores víctimas de prisión política y tortura. Posteriormente en los antecedentes empíricos se hace referencia a los estudios que explican los efectos a

largo plazo en salud mental en las víctimas de experiencias traumáticas durante su infancia y/o adolescencia, estableciendo la distinción entre los trastornos que se generan en el Eje I y Eje II.

Se continúa con la exposición del marco teórico en el cual se sostiene el estudio. En este se exponen las nociones de: trauma (psíquico, infantil y psicosocial relacionado con violencia política), estrés (relacionado con etiopatogenia de trastornos mentales en adultez, asociados a trauma en infancia y/o adolescencia, su influencia en el desarrollo psicopatológico y su relación con los trastornos de depresión, ansiedad, estrés post traumático y de la personalidad), trastorno de la personalidad y psicopatología y salud mental desde perspectivas sociales.

Posteriormente se presentan los objetivos del estudio, planteamiento de hipótesis y la metodología. Dentro de este último apartado se presenta el diseño y tipo de estudio, los participantes, el procedimiento, definición de las variables, los instrumentos utilizados y el análisis de los datos que se realizará con el fin de alcanzar los objetivos propuestos. Luego se presentan los resultados a nivel descriptivo para cada indicador de trastorno (depresión, ansiedad, TEPT y Trastorno de Personalidad). Este análisis se desarrolla considerando las variables “reparación psicosocial”, “antecedentes de tortura” y “edad de la tortura”.

Además se exponen los resultados obtenidos a través del estadístico ANOVA y la prueba de comparaciones múltiples Sheffe. Finalmente se presentan las conclusiones y la discusión del estudio.

II. ANTECEDENTES TEÓRICOS Y EMPÍRICOS

2.1 ANTECEDENTES GENERALES

2.1.1.- Antecedentes Contextuales

En el año 1973, se produce en Chile un Golpe de Estado en que es derrocado el Presidente Salvador Allende a manos de los entonces comandantes en Jefe de las Fuerzas Armadas, asumiendo el Gobierno de la nación una Junta Militar encabezada por el entonces Comandante en Jefe del Ejército Augusto Pinochet, quien gobierna hasta el año 1990. Durante este período se generan violaciones a los Derechos Humanos, que se han ido dando a conocer gradualmente a la opinión pública en los últimos veinte años.

Es así que la población estudiada surge en un contexto dictatorial en la cual se vulneran los Derechos Humanos y en este caso específico los derechos de niños, niñas y adolescentes.

En este contexto, la realidad de los niños (as) y/o adolescentes durante el periodo dictatorial fue el siguiente (Barudy, 2009):

1) Niños y niñas que fueron víctimas de malos tratos físicos y psicológicos en el momento en que los agentes de la policía o militares allanaron sus domicilios familiares.

2) Hijos e hijas afectados por la torturas sufridas por sus madres, estando ellos o ellas en el útero de sus madres. Las sesiones de tortura a la que estas madres fueron sometidas, tanto por su contenido como su duración, sobrepasaron las capacidades normales propias de los seres humanos para representarse estas situaciones. A este respecto, existen múltiples investigaciones que demuestran las consecuencias dañinas para el desarrollo fetal cuando la madre embarazada vive o es sometida a situaciones de estrés extremo.

3) Niños y niñas que nacieron en prisión, o en lugares secretos de interrogatorio y de tortura. Sus madres eran sacadas para ser interrogadas y torturadas durante periodos variables entre unas horas, hasta semanas. Durante esos periodos, sus hijos quedaban solos o al cuidado de otras prisioneras, agregándose a la inseguridad y al estrés la angustia de abandono y pérdida de su figura de apego principal. Numerosas

investigaciones realizadas en las últimas décadas han demostrado que los contextos de estrés extremo, pueden alterar y dañar seriamente la organización y la maduración del cerebro y del sistema nervioso central, alterándose así el desarrollo de las diferentes capacidades que dependen de esta maduración; es decir, las capacidades de apego, el desarrollo motor, las capacidades afectivas y cognitivas.

4) Niños y niñas que nacieron producto de una violación. Existen testimonios que dan cuenta de reiteradas violaciones a las que fueron sometidas un número significativo de mujeres, en los centros de tortura. De estas violaciones nacieron niños y niñas cuyo número exacto no se ha logrado determinar. Existe el riesgo que estos niños y niñas hayan debido crecer con el peso psicológico del secreto de sus orígenes y/ o el estigma de su filiación.

5) Niños y niñas que conocieron las experiencias traumáticas más extremas. Son un grupo de niños o niñas que fueron secuestrados, ya sea en sus casas, en la calle o en la escuela y conducidos a lugares secretos de detención donde fueron usados como rehenes para presionar a sus padres a entregarse y/o fueron torturados delante de sus padres para obligarles a delatar a otras personas u obtener una confesión u otro tipo de información que los torturadores buscaban.

6) Un sexto grupo lo conforman adolescentes que fueron arrestados y torturados por su participación en acciones de protesta contra la dictadura o por sus pertenencias a movimientos juveniles de resistencia.

7) Por último, existe un séptimo grupo que corresponde a menores que fueron asesinados, la mayoría por fusilamiento y los menores que se encuentran aun desaparecidos. En una revisión realizada para la Agrupación de Ex menores, se determinó la existencia de 163 asesinados menores de 18 años. Esta cifra sube a 306 menores cuando se considera la edad de 21 años. (Aguirre y Chamorro; citado en Barudy, 2009).

Tras el retorno a la democracia, sus respectivos gobiernos comenzaron a visualizar lo acontecido en la dictadura con el propósito de esclarecer la violación a los Derechos Humanos y generar instancias reparatoras entre las víctimas (Valech, 2003), entre las cuales se encuentran las personas que en su infancia y/o adolescencia fueron víctimas de este tipo de experiencia traumática.

2.1.2 Agrupación de Ex – Menores Víctimas de Prisión Política y Tortura.

Tras pasar 11 años de gobiernos democráticos, el Presidente Ricardo Lagos Escobar, el 12 de Agosto del 2003, inicia la propuesta gubernamental denominada “No hay mañana sin ayer”. La idea del presidente era “Buscar y crear las condiciones para recomponer nuestra memoria colectiva. Que representa un acto de dignificación de las víctimas” (Lagos citado en Valech, 2003). Este informe incluía la Reparación integral de todas aquellas personas que calificaran dentro de esta Comisión.

La propuesta se concretó a través de la Comisión Nacional sobre Prisión Política y Tortura (CNPPT) cuyo objetivo está estipulado en el Decreto Supremo N° 1.040. En él se señala que “su objeto exclusivo es determinar, de acuerdo a los antecedentes que se presentan, quiénes son las personas que sufrieron privación de libertad y torturas por razones políticas, por actos de agentes del Estado o de personas a su servicio, en el periodo comprendido entre el 11 de septiembre de 1973 y el 10 de marzo de 1990” (art.1º, Inc 1º, DS N° 1.040) los requisitos para que las personas pudieran calificar eran tres:

a) La privación de libertad o la tortura, o ambas si fuera el caso, deben haberse perpetrado por razones políticas;

b) El hecho debe haber sido cometido por agentes del Estado o por personas a su servicio, entendiéndose por tales aquellos particulares que, sin tener calidad de agentes del Estado, actuaban con cierto conocimiento, tolerancia, aquiescencia o en convivencia con éstos, sin que se precise una relación formal o de tipo contractual, y

c) El hecho debe haberse producido entre el 11 de septiembre de 1973 y el 10 de marzo 1990.

Más de 33.221 personas se presentaron y entregaron su testimonio a la comisión en una multiplicidad de grupos etarios dentro de los cuales se encontraban miles de ex – menores de edad. Sólo los mencionados por sus padres obtuvieron el reconocimiento, a través del anexo titulado “Menores de edad detenidos junto a sus padres o nacidos en prisión” determinó la existencia de 102 menores que habían sido afectados directamente por la represión (Barudy, 2009). La Agrupación de Ex - menores presentó luego, el testimonio de otras 164 personas que fueron víctimas de prisión política y tortura siendo

niños, niñas y/o adolescentes. A pesar de los testimonios documentados, que permiten establecer la veracidad de los hechos “no eran testimonios creíbles” (Ex - menores Víctimas de Prisión Política y Tortura, 2004) para la comisión del informe Valech o por el contrario, “muchos de los ex - menores que sí acudieron, recibieron el reconocimiento, pero no los beneficios, también existieron contradicciones tales como por ejemplo, que hermanos en igual circunstancia no calificaran todos; otros en cambio no obtuvieron nada”. (Corona y Ramírez, 2007)

Actualmente la Agrupación de Ex – Menores Víctimas de Prisión Política y Tortura alberga más de 200 casos que abarca a personas desde la edad de gestación hasta 18 años, víctimas directas de la dictadura. Todos ellos no han sido reconocidos por el Estado a través del informe Valech, por tanto su misión es visualizar esta realidad y obtener Reconocimiento por parte del Estado cómo víctimas, pues perciben esta instancia cómo el inicio para la reparación de sus vidas. (Ex – menores Víctimas de Prisión Política y Tortura 2004).

2.2 ANTECEDENTES DE INVESTIGACIÓN

2.2.1.- Estudios acerca de los efectos a largo plazo en salud mental en adultos que fueron víctimas de experiencias traumáticas durante su infancia y/o adolescencia.

2.2.1.1 Trauma infantil y Psicopatología Adulta del Eje I (trastornos mentales).

2.2.1.1.1 Arriero y cols. (2002) realizan un estudio epidemiológico descriptivo con una muestra de 150 adultos con edades comprendidas entre los 25 y 55 años (75 casos que siendo niños experimentaron trauma infantil y 75 casos controles). Los datos se recogen mediante historia clínica y un cuestionario personal consistente en 67 variables entre cuyos principales ítems se encuentran: a) Datos generales, sociodemográficos y antecedentes psicopatológicos, b) Listado de experiencias traumáticas, c) Acontecimiento traumático que más preocupa en el momento actual y d) listado de síntomas.

Los resultados que se establecen en este estudio son (con respecto al eje I), que los antecedentes traumáticos infantiles, violación e incesto se correlacionaron con trastornos afectivos, ansiosos, de la alimentación, somatización, disociativos y abuso de alcohol.

2.2.1.1.2 Florenzano y cols. (2004) llevan a cabo un estudio que intenta profundizar en la relación entre trauma psíquico infantil y patología psiquiátrica adulta, en pacientes hospitalizados en cuatro hospitales chilenos, midiendo psicopatología, problemas interpersonales y rol social, así como diagnósticos específicos: trastorno por estrés postraumático (TEPT), trastorno afectivo y de somatización. Se administra, mediante entrevista directa, una batería de instrumentos a un grupo de pacientes previamente seleccionados a través de un tamizaje con el cuestionario para trauma de Marshall, que registra el recuerdo anamnésico de haber sufrido uno o más sucesos traumáticos antes de los 15 años de edad. Se seleccionó una muestra aleatoria que estuvo constituida por 85 casos, 48% de mujeres y 52% de hombres, con edad promedio de 49.4 años. No hubo diferencias significativas para estado civil, religión ni escolaridad entre las poblaciones. Estos pacientes fueron entrevistados nuevamente y se les administraron las sub-escalas para trastorno por estrés postraumático, trastorno afectivo y somatización del Composite International Diagnostic Interview (CIDI 2.1) de la Organización Mundial de la Salud.

Del total de 85 casos estudiados en la segunda fase, 27 (31,8%) cumplieron con los criterios para trastorno del ánimo, 17 (20%) para TEPT y 10 (11,8%) para trastorno de somatización.

2.2.1.1.3 En otro tipo de estudio, Vidalis A. (2004) llevo a cabo una investigación en el hospital general de Thessaloniki, Grece, siendo el objetivo de esta investigación identificar morbilidad psiquiátrica en mujeres que en su adolescencia fueron abusadas sexualmente durante la guerra civil de ese país, cincuenta años después de estos hechos. La muestra se compuso de 5 mujeres abusadas sexualmente y 9 personas victimizadas psicológicamente. A todo el grupo se les administró el Symptom-checklist-90R-(SCL-90R), El Inventario de Depresión De Beck (BDI), y una Linear Analogue Scale (SAL) de autoestima.

Entre los resultados se halló una asociación positiva entre mujeres víctimas de abuso sexual antes de los 16 años y depresión y trastornos en torno a la sexualidad.

2.2.1.1.4 Amir y Lev-Wiesel (2003) en un estudio acerca de sobrevivientes del holocausto, después de 55 años de haber vivido esta experiencia señalan que las personas hoy adultas presentan mayores puntuaciones en ansiedad, depresión, somatización, expresión de la ira y hostilidad: por otra parte presentan dificultades tanto en su calidad

de vida como en su desarrollo físico/psicológico. Por otra parte, la calidad de las relaciones sociales fueron más bajas que personas de la misma edad que no vivieron el holocausto.

2.2.1.1.5 En la investigación realizada por Robinson y cols. (1994) su objetivo fue describir existencia de sintomatología de deterioro en la salud mental según las modalidades de represión a la que fueron expuestos los ex – menores sobrevivientes del Holocausto, 50 años después. La muestra se seleccionó aleatoriamente, y estuvo compuesta por 103 sobrevivientes, los cuales fueron divididos en cuatro grupos: sobrevivientes de los campos de exterminio, sobrevivientes de los centros de esclavos laborales, sobrevivientes clandestinos y simpatizantes. Estos grupos a su vez se dividieron según las edades en las cuales sufrieron violencia extrema en su infancia: 6 a 9 años de edad; 10 a 11 años de edad; 12 a 13 años de edad

Ellos concluyeron que los niños expuestos a violencia directa (campos de concentración nazi) actualmente, presentan mayores niveles de depresión y anhedonia, que en los otros grupos de sobrevivientes. También señalan que actualmente, estas víctimas presentan síntomas de TEPT más severamente, que cuando se acabó la guerra los cuales pueden fluctuar en su intensidad a través de los años.

Entre los principales efectos negativos en la vida adulta de las personas que padecieron experiencias abusivas, como abuso sexual, durante su infancia o adolescencia se encuentran: la Depresión, junto con sentimientos de inferioridad y de inutilidad característicos de la baja autoestima y de sentimientos de culpabilidad, así como de intensos sentimientos de rabia y de ira difusos y sin focalizar.

2.2.1.2 Trauma infantil y Psicopatología Adulta del Eje II (trastornos de personalidad).

2.2.1.2.1 Jonshon, Cohen y cols. (1999) realizan un estudio longitudinal que investiga si el abandono y abuso infantil aumenta el riesgo para los trastornos de la personalidad durante la adultez temprana; para esto se utiliza una muestra de 639 familias con hijos entre 1 y 11 años, cuyos padres reportan haber vivido maltrato infantil durante su infancia, lo cual se verifica en informes de registro del estado de Nueva York. Se hace un seguimiento de estas personas durante tres años (desde 1991-1993). A través de

cuestionarios para evaluar Trastornos de la personalidad e infancia desorganizada y la selección de un psiquiatra y dos psicólogos clínicos, concluyen que las personas con antecedentes de abusos y abandono infantil tienen cuatro veces más probabilidades de tener un trastorno de la personalidad que los que no habían sido maltratados o descuidados. Estas personas cumplen con los criterios establecidos por el DSM -IV para el diagnóstico de Trastorno de la personalidad y se hace relevante destacar que el abuso físico, abuso sexual y negligencia en la infancia se asocia a trastornos de la personalidad en la edad adulta. El primer tipo de maltrato se asocia a Trastornos de la Personalidad Antisocial, Límite, Esquizoide, Dependiente y Esquizotípico; mientras que el abuso sexual en la infancia se asocia a Trastornos de Personalidad Límite e Histriónico y la negligencia en la infancia es asociada a Trastornos de la Personalidad Antisocial, Evitativo, Límite, Dependiente, Narcisista, Paranoide, Esquizotípico. De las 12 categorías del DSM-IV para diagnosticar trastorno de la personalidad, 10 estaban asociadas con el abuso infantil o negligencia. También concluyen que diferentes tipos de maltrato infantil se asocian con síntomas específicos de Trastorno de Personalidad durante la adultez temprana.

Los autores concluyen finalmente que el trauma infantil pudiera tener una correlación inespecífica con cualquier patología mental. Señalan que un mayor número de acontecimientos traumáticos experimentados sumado con un ambiente psico-social infantil negativo y los tipos de factores que confluyeron en el evento traumático tales como: duración, intensidad y proximidad de los perpetradores entre otros influyen en desarrollo y aparición de trastornos psiquiátricos tanto del Eje I como del Eje II en la adultez. (Arriero y cols. 2002; Florenzano y cols. 2002, 2004; Vidalis A. 2004; Amir y Lev-Wiesel 2003; Robinson y cols. 1994; Jonson, Cohen y cols. 1999)

2.2.1.2.2. En otro estudio realizado por Montt y Hermosilla (2001) presentan un artículo sobre la evolución del Trastorno por Estrés Post Traumático cuando la experiencia traumática ocurre en etapa infantil, estableciendo una relación con ciertas patologías psiquiátricas con mayor probabilidad de presentarse en adultos que vivieron una o más experiencias traumáticas durante su infancia entre las que se encuentran: el trastorno de personalidad limítrofe, antisocial y narcisista.

2.3 MARCO TEÓRICO

En este apartado se profundizará sobre los conceptos principales de la investigación, vale decir, en la relación que existe entre trauma infantil y psicopatología en la adultez, entendiendo que tras este postulado confluyen una serie de variables tales como: la vulnerabilidad biológica a los trastornos depresivos y ansiosos, entendida desde la teoría de la vulnerabilidad al estrés; aspectos del desarrollo ligados a la conformación de la personalidad; la vinculación entre experiencias traumáticas y ciertos contextos sociales (como la impunidad) que influyen en el mantenimiento del trauma.

2.3.1 TRAUMA

2.3.1.1 Trauma psíquico

El trauma se describe como la huella que queda en el psiquismo de la persona al experimentar acontecimientos que producen miedo extremo, dejándola temporalmente desvalida, yendo más allá de lo que puede tolerar psicológicamente cualquier ser humano normal. Se incluyen tanto experiencias únicas como experiencias repetitivas en las que ya existe una anticipación prolongada. (Rojas, 2002).

Traue y cols. (2002) señalan que la característica principal de un trauma extremo es su inevitabilidad, es decir, que la víctima no puede hacer nada para evitar el dolor asociado al trauma, ni siquiera la cooperación y la subordinación hacen al trauma menos aversivo. De esta manera se crea una forma extrema de desesperanza aprendida y sentimientos de culpa, vergüenza y depresión.

En esta misma línea, señalan que debido a que la experiencia emocional durante un trauma extremo está fuertemente marcada por miedo, pánico y sentimientos de abandono, se debilita considerablemente la confianza de la víctima en las relaciones con otras personas. Incluso en condiciones seguras, las percepciones emocionales y las experiencias pueden sólo ser permitidas vacilantemente, así que con frecuencia el aturdimiento emocional generalizado puede ser una de las consecuencias trágicas del trauma (Traue y cols. 2002).

2.3.1.2 Trauma psicosocial vinculado a violencia política

En contextos específicos, relacionados con trauma y terrorismo de Estado en Latinoamérica, David Becker y cols. (1991), han acuñado el término *traumatización extrema*, para dar cuenta de aquellas experiencias traumáticas que son producto de la represión política, refiriéndose a aquellas situaciones en las que grupos de seres humanos sufren agresiones masivas originadas en acciones de otros seres humanos, deliberadamente provocadas para la persecución de ciertos objetivos políticos (Lira y Morales, 2002). Este concepto implica un proceso, ya que en muchos casos se trata de traumatizaciones sucesivas y acumulativas, que pueden volver a producirse, precisamente debido al contexto social y político.

En esta misma línea, Martín Baró (Citado en Estebanez, 2005) acuña el término *Trauma Psicosocial*. Esto se refiere a que el trauma ha sido tanto producido socialmente, como alimentado y mantenido en la relación entre individuo y sociedad. El autor especifica que el efecto de esta experiencia en la población no sería uniforme, sino que dependería de la vivencia individual, siendo esta a su vez condicionada tanto por el origen social, grado de participación en el conflicto y por otras características de la personalidad y experiencia de la persona victimizada. (Martín-Baró, 1990).

2.3.1.3 Trauma psíquico en la infancia

En situaciones de violencia política o guerra, es la población civil la que está más expuesta a situaciones traumáticas, especialmente los niños, niñas y adolescentes (Unicef, 2002).

Los “procesos traumáticos” en la infancia son: *“un conjunto de agresiones a los niños y niñas cometidas por adultos que, abusando de su poder, les provocan estrés, sufrimiento psíquico y dolor, que por su intensidad o duración agotan los recursos naturales que el niño posee para modular el estrés y calmar sus sufrimientos y dolores, y que al mismo tiempo, por sus contenidos el niño no puede entender ni las causas ni por qué esto le sucede a él, ni menos entender por qué sus padres u otros adultos significativos no lo defienden ni protegen”*.

Estas agresiones provocan traumas psíquicos de gran intensidad, cuyas consecuencias a corto y a largo plazo pueden ser muy graves, sobre todo si no existe por

parte del entorno social el reconocimiento del sufrimiento ni la oferta de recursos terapéuticos especializados para la reparación y prevención de los efectos a largo plazo. (Barudy, 2009).

Existen diferencias respecto a las secuelas psicológicas a largo plazo y la edad en la cual fueron víctimas de la experiencia traumática. Hasta los cuatro o cinco años es muy difícil para los niños conservar recuerdos de lo que les aconteció; no obstante eso no significa que no exista una memoria, lo que sucede es que lo que queda registrado en el cerebro emocional son las sensaciones y emociones de lo vivido. De esta manera se explica que estos adultos tengan dificultad para atribuir significado del malestar psíquico crónico y somático que experimentan. Esto se debe a que las vivencias infantiles se almacenaron como memorias traumáticas con las que tuvieron obligatoriamente que seguir creciendo (Barudy, 2009).

En el caso de los niños (a) mayores y adolescentes, las amnesias parciales o totales de lo que les aconteció, pueden explicarse por el desarrollo de reacciones disociativas que corresponden a un mecanismo de protección que posee el cerebro destinado a escapar de la angustia y el horror de la vivencia traumática. En el caso de la tortura el trauma estaría asociado a que el victimario es un adulto que simbólicamente pertenece a instituciones que a nivel social y cultural representan la noción de seguridad. (Barudy, 2009).

Un modelo teórico que integra y da cuenta de mayor evidencia de las consecuencias del trauma en infancia y adolescencia y las implicaciones que tiene este en la aparición de psicopatología en la adultez es el de Finkelhor y Browe (1985). Para estos autores la dinámica traumagénica es una experiencia que produce alteración cognitiva y emocional frente al mundo, que traumatiza al menor al distorsionar su autoconcepto, su visión de mundo o su afectividad. Según la manera en que se afronten esas distorsiones dará lugar a distintas manifestaciones sintomatológicas.

2.3.2 Estrés y Etiopatogenia de los trastornos mentales en la adultez asociados a trauma en infancia y/o adolescencia

Los antecedentes de investigación en torno a la temática de Estrés y trauma infantil establecen una relación con diversas patologías en la adultez, entre ellas

destacan: Trastornos depresivos, ansiosos, TEPT crónico y de la personalidad (Arriero y cols. 2002; Florenzano y cols.2004; Vidalis A. 2004; Amir y Lev-Wiesel, 2003; Robinson y cols., 1994; Jonson, Cohen y cols., 1999)

2.3.2.1 Estrés

Existen variadas definiciones de estrés, algunos autores lo definen como una respuesta del organismo adaptativas o desadaptativas en situaciones de amenaza. Esta amenaza puede ser objetiva o subjetiva; aguda o crónica. En el caso de estrés psicológico lo crucial es el componente cognoscitivo de la apreciación que el sujeto hace de la situación. Se produce estrés cuando existe una discrepancia importante entre las capacidades del individuo y las demandas o exigencias de su medio ambiente (Trucco, 1998).

Una situación estresante como por ejemplo la violencia extrema, se puede clasificar como un estresor mayor, puesto que según el CIE-10 (OMS, 2002) corresponde a una situación traumática con reacciones sostenidas en el individuo que poseen la propiedad de causar un estrés agudo a grave.

La tortura es sin duda un estresor mayor pues es una experiencia límite de agresión física y psicológica, que pone constantemente a la persona en riesgo vital, representando un severo y sostenido estrés psicosomático. Constituye una experiencia traumática que posee consecuencias inmediatas y a largo plazo en la salud mental. Tales acontecimientos extremos, en adultos pueden manifestarse en una alta prevalencia de TEPT, una tendencia mayor a padecer depresión y en general trastornos psiquiátricos (APA, 2002; Eitinger, 1991).

Cuando el estrés se manifiesta en etapas tempranas del desarrollo, en conjunto con factores de predisposición genética, contribuye a generar una vulnerabilidad de largo plazo, es decir, que estas personas en edad adulta presentarán una mayor predisposición a padecer algún tipo de trastorno que aquellas personas que no vivieron eventos traumáticos y por ende estresantes en su infancia y/o adolescencia.

2.3.2.2 Repercusiones biológicas del estrés y su influencia en el desarrollo de psicopatología

En relación con el aspecto biológico del estrés, se ha demostrado la existencia de complejas interacciones entre factores genéticos y experiencias traumáticas tempranas, que resultan en el sistema CRH y noradrenérgicos-hiperactivos, los cuales son los principales mediadores de las respuestas de estrés. Ambos sistemas ejercen una amplia influencia, tanto en el sistema nervioso central como en la periferia. Las perturbaciones de los sistemas neuroendocrino e inmunológico pueden persistir en la edad adulta, provocando una respuesta excesiva ante diversas fuentes de estrés. Esta respuesta exagerada al estrés probablemente constituye una de las bases de muchos trastornos depresivos y de ansiedad. (Nemeroff 2000, Post, 2000; citados en Trucco, 2002).

2.3.2.2.1 Estrés y depresión

Como se ha descrito anteriormente existe una interacción compleja entre factores biológicos y experiencias traumáticas que pueden generar cierta vulnerabilidad al estrés, lo que a su vez se puede relacionar con la presencia de otras patologías mentales como la depresión (Trucco, 2002).

La depresión también se puede explicar desde una etiología multifactorial en el que intervienen factores de vulnerabilidad o diátesis; el estrés psicosocial y los recursos o apoyos sociales (OMS 2001; MINSAL 2001)

Con respecto a los factores biológicos de la depresión, según el modelo integrado por Nemeroff (Valdivia, 2006) el eje hipotálamico-hipófisis-suprarrenales se ve afectado por las experiencias traumáticas al sucederse un aumento de la secreción del CRF (factor liberador de corticotropina). El modelo se sustenta en la observación que la CRF se ve aumentado en la depresión. Nemeroff (2006) postula que una experiencia traumática infantil produciría una hipersensibilidad del sistema CRF-ACTH que quedaría condicionado, por lo que en el futuro estas perturbaciones neurobiológicas pueden persistir hacia la adultez, conduciendo a un sistema de respuesta al estrés hipersensible, que sobre-reacciona a todas las formas de estrés en los adultos, incluyendo estrés leve o eventos de la vida diaria. Luego de la exposición a estrés crónico repetitivo, durante la infancia y/o adolescencia, estos individuos estarían genéticamente vulnerables a

probablemente desarrollar trastornos del humor y/o de ansiedad en la adultez (Trucco, 1998).

Un modelo que apoya el anterior es el modelo integrado de la depresión que propone Hernán Silva (2002) en donde se incluyen las contribuciones de Nemeroff. Este modelo asume que la depresión se origina en la interacción compleja entre predisposición genética y sucesos vitales como trauma infantil o abuso infantil lo que genera una hiperactividad del sistema CRF. Estas alteraciones neurobiológicas, al ser mantenidas, generan una hipersensibilidad al estrés que llevan al sistema nervioso a sobrerreaccionar incluso en situaciones de tensión leves. Esta hipersensibilidad predispone tanto a la depresión como a la ansiedad, lo que explicaría la alta comorbilidad de ambos; también explicaría las recurrencias en los trastornos de ánimo, ya que los episodios vuelven más vulnerable al sistema haciéndolo por tanto más susceptibles a nuevos episodios.

Existen otros estudios que incorporan los aspectos psicosociales que confluyen en la vulnerabilidad individual.

2.3.2.2.1.1 Teorías psicológicas:

La psicopatología adulta asociada al trauma a temprana edad no sólo se reduce al aspecto biológico sino que también se explica a la presencia de patrones conductuales y cognitivos.

Según la teoría de la Indefensión aprendida de Martin Seligman (1965), la indefensión- entendiéndola ésta como una condición psicológica en la que un sujeto aprende a creer que está indefenso, que no tiene ningún control sobre la situación en la que se encuentra y que cualquier cosa que haga es inútil- genera a largo plazo que la persona al estar deprimida perciba que su situación vital es dolorosa, y no distingue ninguna solución ni posible vía de escape a su alcance; se siente mal y no puede hacer nada para cambiarlo. Como resultado, la persona permanece pasiva frente a una situación displacentera o dañina, incluso cuando dispone de la posibilidad real de cambiar estas circunstancias. En el caso que el sujeto responda y con la respuesta lograse liberarse de la situación displacentera, tendría dificultad para aprender, percibir y creer que aquella es eficaz. Se presenta una perturbación cognitiva junto a un desequilibrio emocional (Seligman 1965, citado en Belloch, 1995).

La indefensión en un organismo que se halla en su infancia tiene las mismas consecuencias que en los adultos. No obstante en los niños la indefensión posee consecuencias debilitadoras más catastróficas, ya que este tipo de acontecimientos traumáticos, pueden permanecer latentes y activarse cuando el sujeto ya adulto se encuentra con situaciones estresantes similares a aquellas en que se formaron (Beck et al. 1983).

Por otra parte, en los adolescentes, como parte de los cambios evolutivos normales, existen características propias que los hacen aún más vulnerables a presentar alteraciones emocionales y conductuales. Por ejemplo, una mayor labilidad emocional sumada a una percepción del mundo como inseguro; un futuro incierto y a veces percibido como amenazador (Buendía, 1996).

Beck (1983) ha señalado que tanto en niños como en adolescentes los acontecimientos traumáticos, pueden permanecer latentes y activarse cuando el sujeto ya adulto se encuentra con situaciones estresantes similares a aquellas en que se formaron. Como consecuencia de esta activación se genera una perturbación cognitiva lo que se traduce en que existiría una organización estructural del pensamiento, en donde las creencias y esquemas operarían de manera distorsionada, conduciendo por consecuencia a otro conjunto de desajustes en el resto del sistema. El esquema cognitivo es la base para transformar los datos en cogniciones, se activan en situaciones específicas y determinan la manera de responder de una persona. En la depresión estos esquemas son inadecuados, el sujeto pierde gran parte del control voluntario sobre sus procesos de pensamiento y es incapaz de acudir a otros esquemas más adecuados. Estos esquemas inadecuados activados durante la depresión llegan a ser predominantes, favoreciendo la percepción y el recuerdo de los estímulos congruentes con ellos. Por eso, la persona deprimida está convencida de que las cosas son tan negativas como las ve.

2.3.2.2.2 Estrés y trastornos de ansiedad

2.3.2.2.2.1 Ansiedad en general

Según Seligman (1981), en situaciones o eventos traumáticos la persona pierde la capacidad de controlabilidad pues, no hay nada que la persona pueda hacer para evitar el suceso. Se entiende por impredecibilidad aquellas situaciones en las cuales se le hace

imposible a la persona predecir la amenaza real. Esto genera que la persona se encuentre constantemente en un estado emocional basado en el miedo, sin embargo, el miedo puede darse de dos maneras una relacionada a un objeto específico y que a su vez es predecible. Por Ej.: perros y el otro es el miedo crónico que se produce cuando un acontecimiento amenazante está cerca pero, es impredecible, a esto se le denomina Ansiedad.

Cuando los acontecimientos traumáticos son impredecibles, la seguridad también se torna impredecible, debido a que ningún acontecimiento nos dice fiablemente que el evento traumático no ocurrirá y que se puede estar tranquilo. A raíz de acontecimientos traumáticos las personas se vuelven permanentemente temerosas, excepto en presencia de un estímulo que prediga fiablemente seguridad. En ausencia de una señal de seguridad, los organismos permanecen ansiosos o con miedo crónico. Según éste punto de vista las personas son buscadores de señales de seguridad, es decir, buscan predictores del peligro inevitable porque tal acontecimiento también les proporcionan certeza acerca de la seguridad.

El niño (a) comienza su vida más indefenso que otras especies Si un niño ha estado indefenso repetidamente y ha experimentado poco dominio, al menor indicio se considerará indefenso en una nueva situación. Otro niño con la experiencia opuesta se sentirá con capacidad de controlar.

En algún nivel primitivo, el niño calcula la correlación entre respuesta y resultado. Si la correlación es cero, se desarrollara la indefensión. Los niños aprenden que en general hay una sincronía entre respuesta y efectos. Cuando hay desincronía y está indefenso deja de ejecutar la respuesta y aprende además que en general es inútil responder. Ese aprendizaje tiene la misma consecuencia que la indefensión en los adultos: no iniciación de respuestas, disposición cognitiva negativa, ansiedad y depresión. Pero esto puede para el niño ser más nocivo si el evento se produce cuando esta fraguando sus cimientos de la estructura emocional y motivacional.

Por otra parte, un niño privado de estimulación maternal trae como resultado una falta fundamental de control. La madre es la principal fuente de sincronía con las respuestas del bebe y el principal objeto de análisis de contingencia.

No sólo la madre puede desarrollar en el niño la indefensión sino que también la brutalidad de otros significativos y pares.

Los niños pequeños están destinados a encontrar todo tipo de experiencias traumáticas en la medida que éstos hechos se produzcan sin previo aviso sería de esperar que se desarrolle la ansiedad debido a que el niño no tiene forma de saber cuando está seguro.

2.3.2.2.2 Ansiedad Estado/Rasgo:

Para Spielberger (1975) la ansiedad es un proceso, es decir una secuencia compleja de hechos cognitivos, afectivos y comportamentales evocada por algunas formas de estrés.

Los estímulos pueden ser interpretados cognitivamente como potencialmente peligrosos, elevándose, entonces el nivel de ansiedad estado. Esta última consiste en aquellos sentimientos conscientemente, subjetivos, de tensión, aprensión y nerviosismo, acompañados de activación del SNA y endocrino. Al elevarse el estado de ansiedad, se producen operaciones cognitivas y conductuales que tienden a disminuir el nivel de ansiedad estado, y que pueden ser de tres tipos: reinterpretación del estímulo, evitación de la situación y emisión de conductas y/o mecanismos de defensa que tienden a reducir la ansiedad estado.

La ansiedad rasgo se define como aquellas diferencias individuales estables en la tendencia a interpretar como peligrosas un amplio espectro de situaciones y a responder a ellas con elevaciones de ansiedad estado.

Según esta distinción (Spielberger, 1983) establece que las personas con un alto grado de ansiedad-rasgo tendrán, a su vez, un mayor nivel de ansiedad-estado. Las personas con un alto nivel de ansiedad-rasgo muestran una elevada reactividad del sistema nervioso autónomo, respondiendo a los agentes estresantes con hiperactivación autónoma (taquicardia, sudoración, irregularidad respiratoria, etc), excitación somática (tensión muscular) y variaciones neuroendocrinas (incrementos notables de adrenalina y noradrenalina), afrontando de este modo las reacciones de ansiedad (Chorot y Sandín, 1995).

2.3.2.2.3 Estrés y Trastornos por estrés post traumático

Según Tirapu (2001) en su revisión bibliográfica de diversos autores refiere que los eventos que amenazan la integridad física y psicología de las personas generan ciertas respuestas traumáticas que persisten a pesar de que el evento estresante ha desaparecido. Estas respuestas se han tratado de explicar a través de diversos modelos psicológicos que destacan la importancia de los modelos basados en las teorías del aprendizaje, particularmente en el condicionamiento clásico, la indefensión aprendida y las teorías sobre el procesamiento de la información.

Según los primeros modelos (Echeburúa, 1985 y Holmes 1983, Citados por Tirapu y cols. 2001) las vivencias traumáticas experimentadas en el acontecimiento estresante funcionan como estímulos incondicionados que producen una respuesta incondicionada de ansiedad y estrés. A través de un proceso de condicionamiento por contigüidad temporal o física, los estímulos condicionados a esa situación llegan a elicitar respuestas de ansiedad. Así algunos estímulos cognitivos actúan como estímulos condicionados que generan repuestas de ansiedad por asociación con la experiencia del trauma vivido. El proceso de generalización de estímulos y de condicionamiento de orden superior explica la ampliación de las respuestas de ansiedad a nuevos estímulos.

Por su parte la teoría de indefensión (Peterson, 1983; citado por Tirapu y cols., 2001) explicaría las conductas de pasividad de los sujetos afectos por el TEPT. Este modelo propone que la inefectividad de las respuestas del individuo ante acontecimientos incontrolables conduce al desarrollo de creencias distorsionadas sobre la capacidad de control. Parece existir cierto paralelismo entre el modelo de indefensión y la experiencia de victimización (Astick y cols. 1997 Citados en Tirapu y cols. 2001) ya que: ambos están precipitados por acontecimientos aversivos e incontrolables, permiten el desarrollo de creencias generalizadas acerca de la incontrolabilidad del futuro e incluyen una convicción sobre la inefectividad de las respuestas futuras. La mayor o menor intensidad de la indefensión experimentada estará modulada por las atribuciones efectuadas, así, las víctimas que llevan a cabo atribuciones internas, estables y globales se sienten peor que aquellos que desarrollan un modelo atribucional externo, inestable y específico.

Aunque los modelos de condicionamiento clásico y de indefensión explicarían el desarrollo y mantenimiento del TEPT, no pueden explicar por si mismos los recuerdos

reiterativos e intrusivos del trauma. La teoría del procesamiento de la información postula la existencia de unas estructuras de miedo que contienen recuerdos del hecho traumático así como emociones asociadas y planes de escape o huida.

A diferencia de otras estructuras cognitivas, las estructuras de miedo patológico reflejan la existencia de una amenaza percibida que no tiene porque coincidir con la existencia de una amenaza real y funciona con un programa de evitación conductual (Foa 1992, citado en Tirapu y cols. 2001). Estas estructuras de miedo patológico hacen que determinados estímulos activen los sistemas de miedo y defensa produciéndose una fuerte hiperactivación fisiológica y una reexperimentación del evento traumático.

2.3.2.2.4 Estrés y Personalidad

Se entiende por Personalidad a un patrón complejo de características psicológicas profundamente arraigadas, que son en su mayor parte inconscientes y difíciles de cambiar, y se expresan automáticamente en casi todas las áreas de funcionamiento del individuo. Estos rasgos intrínsecos y generales surgen de una complicada matriz de determinantes biológicos y aprendizajes, y en última instancia comprenden el patrón idiosincrásico de percibir, sentir, pensar, afrontar y comportarse de un individuo (Millon, 1998).

2.3.2.2.4.1 Teorías de trastorno de personalidad

Se tomara en este apartado la visión de Millon (1998) la cual permite comprender la génesis de los trastornos de personalidad se propone que no es posible una división estricta entre la normalidad y la patología, pues cualquier intento por conseguirlo más bien responde a construcciones sociales o artefactos culturales. Sin embargo, propone criterios que son ajenos a la cultura los cuales son utilizados para definir la normalidad, estos son: 1) la capacidad para funcionar de forma autónoma y competente, 2) la tendencia a adaptarse de forma eficaz y eficiente al propio entorno social, 3) la sensación subjetiva de satisfacción y 4) la capacidad de poner en marcha o mejorar las propias potencialidades.

La presencia de algún déficit de alguna de estas cualidades o de características que limitan activamente el desarrollo de ellas, debe entenderse como psicopatología. Por tanto, lo que interviene en el desarrollo de la personalidad normal y en la patológica son las mismas influencias, solo que se manifiestan con diferencias en cuanto al carácter, la

duración y su intensidad. Así es como ciertos individuos presentan elementos patológicos mientras que otros desarrollan rasgos más adaptativos.

Existen características transversales a los trastornos de personalidad. El primer rasgo que tiende a caracterizar los patrones clínicos de la personalidad es su poca estabilidad, una fragilidad o falta de resistencia en condiciones de estrés subjetivo. Esto porque las personalidades patológicas practican estrategias que inadvertidamente produce un feedback positivo que amplifica sus dificultades adaptativas, promueven comportamientos que maximizan las diferencias entre las necesidades orgánicas y la presión ambiental, a diferencia de las personalidades normales que promueven un proceso de feedback negativo. Se enfrentan constantemente a fracasos recurrentes, así vuelven a emerger los conflictos no resueltos y es probable que estas personas desarrollen nuevamente formas patológicas de afrontamiento, un peor control de las emociones y un incremento de las percepciones subjetivas y distorsionadas de la realidad.

Otro rasgo que participa es una inflexibilidad adaptativa: las estrategias que emplea el individuo para relacionarse con los demás, para conseguir sus objetivos y para enfrentarse al estrés son pocas y se practican de una forma rígida. El individuo puede ser incapaz de adaptarse de forma eficaz a las circunstancias de su vida y puede modificar el ambiente para evitar estímulos que objetivamente son neutrales, pero que son percibidos como estresantes, por esto se reducen las oportunidades en el individuo de probar y adquirir estrategias nuevas y más adaptativas y a la vez que se reducen las experiencias vitales. Como consecuencia de esta rigidez e inflexibilidad, las limitaciones de un individuo con trastorno de personalidad hacen que su entorno social produzca un círculo vicioso, un proceso de feedback que perpetúa e intensifica las dificultades preexistentes.

2.3.2.2.4.2 Rol de la experiencia traumática en infancia y adolescencia

Dentro de los eventos vitales se distinguen los eventos normativos y los eventos no normativos (en este caso la tortura y el terrorismo de estado) los cuales son inesperados y estresantes en sí mismos. Estos últimos podrán o no ser elaborados e integrados a la personalidad. Esto depende de la etapa del desarrollo, las circunstancias y las estrategias que se despliegan para enfrentar el evento, junto con los recursos cognitivos, afectivos y sociales que se disponen. Si los eventos no son elaborados

adecuadamente pueden afectar significativamente el desarrollo posterior de la personalidad.

Las experiencias tempranas repercuten en etapas vitales posteriores cuando estas comprenden experiencias de aprendizaje repetitivas las que acumulan gradualmente comportamientos patológicos repetitivos. Sin embargo, también un sólo acontecimiento doloroso puede alterar el equilibrio del individuo y generar una actitud profundamente arraigada que no se extingue fácilmente (Millon, 1998).

El efecto de las experiencias puede ser particularmente grave en los niños, ya que por lo común están poco preparados por una falta de perspectiva previa de la experiencia que le pueda hacer de contexto para modelar sus efectos. (Field, 1985; Garmezy, 1986; Weissman y Paykel, 1974; citados en Millon, 1998).

Las experiencias de la vida temprana tienden a persistir en sus efectos y son más difíciles de modificar que experiencias posteriores. Se propone tres categorías que reúnen los procesos psicológicos y psicosociales que dan consistencia longitudinal al comportamiento, estos son: resistencia a la extinción, refuerzo social y autoperpetuación.

- La extinción es el proceso en el que lo aprendido puede modificarse o desaparecer cuando el aprendizaje original puede duplicarse. Pero, según la teoría del aprendizaje por contigüidad, los aprendizajes asociados a eventos difíciles de reproducir son resistentes a la extinción. (Millon, 1998). Los acontecimientos de la vida temprana son difíciles de reproducir y por tanto resistentes a la extinción. (McClelland, 1951. Citado en Millon, 1998).
- Por otro lado el refuerzo social es el factor que desempeña el papel más significativo. Dentro de la experiencia personal hay una continuidad por la presencia de diversas fuerzas culturales e institucionales que se promueven mediante el mantenimiento de una clase estable y organizada de experiencias repetitivas a las que se expone el individuo dentro de su sociedad. De esta forma el aprendizaje temprano se refuerza y se perpetúa en base a relaciones sociales estables y organizadas que contribuyen a la persistencia del comportamiento en etapas posteriores.
- Por último, la autoperpetuación es el mecanismo que permite que los residuos del pasado contribuyan activamente en el presente. Estos residuos, son

huellas psicológicas, estímulos internos arraigados que guían, definen y distorsionan el carácter de los acontecimientos actuales; operan insidiosamente para transformar las nuevas experiencias de estímulos en línea con el pasado.

De manera complementaria a las ideas de Millon, desde una visión psicosocial que permita entender cómo las experiencias traumáticas se relacionan con la etapa en que se encuentra el individuo resulta coherente mencionar lo que señala Erikson respecto al caso de los adolescentes. En ellos la sociedad tiene una influencia notable pues, a diferencia del niño quien no tiene consciencia de la presión social, el adolescente consciente de ésta, además comprende que tiene que actuar y se considera a si mismo como un actor social.

La construcción de la identidad personal implica una unidad y continuidad del yo frente a los cambios del ambiente y del crecimiento individual. El adolescente busca dar sentido coherente al yo, incluido el papel que él o la adolescente desempeña en la sociedad. Según Erikson, los adolescentes forman su identidad no solo tomando como modelo a otras personas, como lo hacen niños más jóvenes, sino también deben determinar y organizar sus capacidades, necesidades, intereses y deseos para expresarlos luego en un contexto social.

Finalmente otros autores se han inspirado en esta visión psicosocial, estableciendo una vinculación entre tortura y la pérdida de identidad. Por un lado se señala que cuando un adolescente es enfrentado a situaciones traumáticas los efectos a corto plazo se relacionan con un aumento en los sentimientos, vergüenza, baja autoestima siendo los sentimientos de culpabilidad lo más difícil de aliviar dado que son más conscientes de las consecuencias sociales que conlleva la revelación de dicho episodio traumático (Cavallo, 2001) y los predispone a llevar una vida con un sentimiento de profunda pérdida y una ruptura total con el diario vivir. Esta pérdida pone en peligro la condición de sujeto y su proceso de identidad pues lo nuevo es percibido como negativo, se transforma en siniestro, en una sensación violenta y sin sentido (Blanck, 1999).

Con lo descrito se ve aumentando la probabilidad en el cual pueden darse las bases para la aparición de síntomas y problemas psicológicos relacionados con las

regulaciones de afecto, autoevaluación, alteraciones de la personalidad y la vulnerabilidad a la revictimización aumenta la predisposición de psicopatología en la adultez (Herrera, 1999; Cavallo, 2001).

Por último respecto a los adolescentes que vivieron el exilio en el momento de salida del país, estos protagonistas se encontraban en una situación vital que constituye una encrucijada identitaria. Los adolescentes tienen una profunda necesidad de encontrar su lugar propio de inserción social, de pertenencia, de consolidación del yo, de asunción de ideales, de valores éticos y morales personales que los diferencien de sus padres. El ideal revolucionario, la militancia, ofrecían un sentido a la vida, una fortaleza en la des-identificación con los padres, una ilusión de certezas y autonomía. Así se construía una subjetividad intensa, altruista, sacrificial, que intensificaba los vínculos fraternos sostenidos en la comunidad de ideales y la esperanza revolucionaria que los llevaba a afrontar los riesgos máximos. El fracaso del proyecto de cambio los condujo a un gran desencanto, a situaciones de culpa y depresión a veces autodestructivas y melancólicas (Blanck F. 1999).

2.3.2.2.4.3 Influencias socioculturales

La personalidad y las patologías de la personalidad pueden estar modeladas por las instituciones, las tradiciones y los valores que componen el contexto cultural de la vida social. En esto Millon (1998) describe al menos tres procesos sociales que influyen en la construcción de la personalidad.

Las sociedades luchan por alcanzar algún objetivo compartido los cuales se pueden alcanzar por la existencia de oportunidades móviles compartidas por muchos miembros de la sociedad, lo que permite una intensa competición. Esto lleva a los individuos a exagerar su lucha por el logro tanto para trascender el pasado de sí mismo, como también para superar la ejecución de los demás. El fracaso por conseguir tales logros puede llevar a sentimientos de culpa, autodevaluación por las propias limitaciones y autorrecreminaciones por los fracasos, son sentimientos patógenos que pueden aparecer en integrantes de una sociedad.

Sucede algo especial cuando las normas sociales son inestables y contradictorias, pues las tradiciones culturales cumplen la función de dar significado y orden a la vida

social, de definir tareas y responsabilidades, de guiar a los miembros del grupo con un sistema de creencias, valores y objetivos compartidos. Entonces sin una perspectiva coherente de vida las personas se encuentran vacilantes y confundidas, pasando de un grupo de normas a otros, incapaces de encontrar estabilidad y orden en el flujo de acontecimientos cambiantes.

2.3.2.2.5 Perspectiva social en salud mental

Desde una perspectiva social la salud mental se considera como resultado de diversos factores medioambientales, sociales, culturales y políticos.

2.3.2.2.5.1 Consecuencias de la violencia desde una perspectiva social

No existe una definición única de salud mental, la organización mundial de la salud la define como: un estado de bienestar en el cual el individuo es consciente de sus propias capacidades, puede afrontar las tensiones normales de la vida, puede trabajar de forma productiva y fructífera y es capaz de hacer una contribución a su comunidad. (OMS, 1996).

En situaciones de violencia extrema, los recursos naturales que poseen una comunidad, familia e individuo para afrontar de manera eficiente las tensiones externas son sobrepasadas, pues la intensidad de las perturbaciones es demasiado grande amplificando el riesgo del debilitamiento de los mecanismos naturales que poseen las familias o individuos para gestionar el estrés (Cohen y Lazarus; citado en Barudy 2006). Ante estas amenazas vitales la salud mental pierde su equilibrio y por ende se ve deteriorada.

Se ha mencionado que los recursos personales y la respuesta del entorno relacional y psicosocial influyen en la probabilidad de elaboración y reorganización de la vida de las víctimas (Traverso, 1989 citado en Agger y Buss, 1996).

Cuando por parte del entorno social no se movilizan los recursos necesarios para contener y esclarecer los hechos en los cuales las personas fueron víctimas, el impacto en ellos debilita los procesos de reparación. En el caso de la impunidad, Paz Rojas (CODEPU, 1996) señala que no existe un reconocimiento relacional y social pues, su objetivo es que junto con negar una realidad concreta busca además no sancionar,

impidiendo la elaboración de la experiencia traumática dejando como consecuencia, que las personas perciban el mundo circundante como amenazante, distorsionado y extraño todo a causa del ocultamiento y el engaño. Con la impunidad, la verdad no existe y sin ella no es posible construir un mundo interior estable; al contrario, la duda, la incertidumbre, la desconfianza, llegan a constituir el todo de la vida, desencadenándose dinámicas perturbadoras derivadas del desequilibrio y la perplejidad que la impunidad produce. Se origina así el miedo, la angustia, la culpa, apareciendo respuestas y conductas anormales.

Ante lo anteriormente expuesto, las secuelas psicológicas pueden cronificarse aún más cuando las víctimas no son reconocidas por el medio social como tales. Una situación característica que condiciona la salud mental es la que señala Paz Rojas "la impunidad", que es una decisión humana, un accionar, una práctica que junto con negar una realidad concreta busca además no sancionar. La impunidad es además la exterioridad alterada. Con esto el mundo circundante además de ser amenazante se vuelve falso y extraño. Los parámetros de la realidad están alterados, distorsionados por el ocultamiento y el engaño. Con la impunidad el material del conocimiento es erróneo e incierto. La verdad no existe y sin ella no es posible construir un mundo interior estable; al contrario, la duda, la incertidumbre, la desconfianza, llegan a constituir el todo de la vida, desencadenándose dinámicas perturbadoras derivadas del desequilibrio y la perplejidad que la impunidad produce. Se origina así el miedo, la angustia, la culpa, apareciendo respuestas y conductas anormales.

Tan importante como el conocimiento aproximado de la realidad de lo justo e injusto es también la confianza, pues es el fundamento en el cual se construye la afectividad y los valores. Estrechamente ligado a lo anterior ésta la necesidad de reconocimiento para el que no ha tenido falta y sanción para aquel que ha violado las reglas. Esta situación genera diversas consecuencias a nivel personal, familiar y social. Sobre las consecuencias en torno a la familia, podemos decir que la represión rompió abruptamente el equilibrio de las familias afectadas. La impunidad ha generado un gran obstáculo para poder sanar el daño y poder proyectarse en el futuro como grupo familiar. Frente al crimen y la impunidad podemos ver a lo menos seis dinámicas en los familiares: negación y aislamiento; identificación con la muerte; culpa; desplazamiento de lo social y lo privado; dinámica de confusión y por último; dinámica de formación reactiva.

La impunidad entonces es una nueva irrupción en la estructura adquirida por la familia y un inicio a nuevos trastornos, como puede ser la *Retraumatización*. En otra línea de investigación Carlos Madariaga (1996), acuña este término, que refiere por una parte, a la ocurrencia de ciertos eventos asociados a las violaciones a los derechos humanos cuyo efecto previsible es el de incorporar nuevas situaciones dolorosas a un contexto humano previamente traumatizado, involucra la idea de la aparición de nuevos procesos disruptivos sobre el psiquismo individual y colectivo, que son desencadenados a partir de hechos contextuales que reproducen, una condición traumática preexistente. Y por otra parte, es una mirada del trauma como un continuum que se caracteriza por la persistencia de lo traumático en el tiempo. Caracterizaría a lo traumático la condición estructural y permanente de daño; los nuevos eventos registrados en el devenir del tiempo. Lo traumático no es estático ni permanece exactamente igual en el tiempo, cambia constantemente en la dialéctica sujeto individual -sujeto social, en la dialéctica política - sociedad.

2.3.2.2.5.2 Apoyo social

No todo trauma infantil determinaría necesariamente Psicopatología en la adultez, ya que se ha observado empíricamente que ante situaciones de estrés agudo, la conducta afiliativa y la presencia de interacción con otras personas, reducen los efectos negativos del estrés, por el contrario, otros individuos carentes de apoyo y expuestos al mismo tipo de estrés de igual intensidad, se verían dañados psicológicamente por la experiencia. Según G. Caplan, el factor decisivo para lograr que la salud mental supere la pérdida de un vínculo esencial, consiste en adecuar los apoyos psicosociales durante la experiencia, independientes de los recursos de la personalidad, un individuo que se beneficia de tal apoyo es probable que emerja con una salud mental íntegra y mejorada (Seidman y otros, 1957, Schachter, 1959, Caplan, 1981).

III. OBJETIVOS DEL ESTUDIO

1. Propósito:

Al evaluar las repercusiones en salud mental en adultos víctimas de prisión política y tortura en infancia y adolescencia durante la Dictadura Militar chilena, se pretende contribuir a objetivar el conocimiento sobre la magnitud de las consecuencias psicológicas en esta población y destacar la importancia de las instancias de reparación necesarias.

2. Objetivo General:

Evaluar la presencia de algunos indicadores de psicopatología y comparar un grupo de adultos con antecedentes de tortura en infancia y/o adolescencia durante la Dictadura Militar chilena que no han recibido reparación psicosocial con: 1) adultos con antecedentes de tortura en infancia y/o adolescencia que han recibido reparación psicosocial y 2) adultos que han vivido su infancia y/o adolescencia durante la Dictadura Militar, pero que no presentan antecedentes de tortura.

3. Objetivos Específicos:

3.1 Comparar los 3 grupos de estudio en sintomatología depresiva

3.2 Comparar los 3 grupos de estudio en ansiedad Estado y ansiedad rasgo

3.3 Comparar los 3 grupos de estudio en cuanto a la presencia de trastorno por estrés post traumático

3.4 Comparar los 3 grupos de estudio en cuanto a la presencia de posible trastorno de personalidad

3.5 Comparar los indicadores estudiados entre quienes teniendo antecedentes de tortura en infancia y/o adolescencia no han tenido reparación psicosocial y entre quienes si han recibido reparación psicosocial.

IV. HIPÓTESIS DE INVESTIGACIÓN

4.1 Habrá más sintomatología depresiva en el grupo de personas con antecedentes de tortura que en el aquel que no ha tenido antecedentes de tortura.

4.2 Habrá mayor sintomatología depresiva en el grupo que no ha tenido acceso a reparación que en aquel que la ha tenido.

4.3 Habrá más ansiedad (rasgo/estado) en el grupo de personas con antecedentes de tortura que en aquel que no ha tenido antecedentes de tortura.

Habrá mayor ansiedad (rasgo/estado) en el grupo que no ha tenido acceso a reparación que en aquel que la ha tenido.

4.4 Habrá más sintomatología de Trastorno por estrés post traumático en el grupo de personas con antecedentes de tortura que en aquel que no ha tenido antecedentes de tortura.

4.5 Habrá mayor sintomatología de Trastorno por estrés post traumático en el grupo que no ha tenido acceso a reparación que en aquel que la ha tenido.

4.6 Habrá más posibilidad de presentar indicadores de Trastornos de Personalidad a en el grupo de personas con antecedentes de tortura que en aquel que no ha tenido antecedentes de tortura.

V. METODOLOGIA

1. Tipo De Diseño

La presente investigación corresponde a un diseño de investigación no experimental, de tipo descriptivo y comparativo. Corresponde a un estudio no experimental porque al estudiar la salud mental presente en una muestra de personas estamos estudiando variables en su manifestación natural, es decir, no hay manipulación de variables. Es un estudio de tipo descriptivo ya que se pretende evaluar la existencia de indicadores en salud mental de personas adultas víctimas de violencia extrema en su infancia y/o adolescencia a través de cuatro variables (Indicadores de Trastornos de: depresión, ansiedad TEPT crónico y de la personalidad) y de tipo Comparativo pues estudiaremos tres poblaciones: dos que pertenecen a un mismo grupo de adultos que poseen antecedentes de tortura durante su infancia y/o adolescencia entre los años 1973-1990, pero que difieren en haber recibido algún tipo de reparación o proceso psicoterapéutico; el tercer grupo corresponde a un grupo de adultos que vivieron en el período de 1973-1990 pero que no fueron víctimas de represión política ni ellos ni sus familiares directos. Finalmente es un estudio transversal, ya que se realizara una sola medición en un momento (Hernández y cols., 2003).

2. Participantes del Estudio

2.1 Población

La población que estudiaremos corresponde a la Agrupación de Ex Menores víctimas de prisión política y tortura de Chile la cual se compone de 200 miembros repartidos en zona Norte, Centro y Sur. Los miembros de esta agrupación tienen antecedentes de tortura y represión directa durante el período del Dictadura Militar siendo éstos niños, niñas y/o adolescentes. Sus rangos de edad actual fluctúan entre 27 y 54 años, el nivel socioeconómico es principalmente medio-bajo y el nivel educacional tiende a ser de educación media completo.

2.2 Muestra

Esta está compuesta por dos grupos pertenecientes a la Agrupación de Ex – Menores (Grupo A y B) y uno control (Grupo C). A continuación se describen las características de los participantes que los componen.

Grupo “A”: Se compone por participantes pertenecientes a la Agrupación de Ex Menores víctimas de prisión política y tortura de las bases de: Antofagasta, Valparaíso, Osorno, Puerto Varas y Fresia que poseen antecedentes de tortura en infancia y/o adolescencia, y que no han tenido reparación psicosocial ligada a temáticas de D.D.H.H. ya sea proporcionado por el Estado, por la agrupación y/o por vía particular. Esta muestra no probabilística consta de 18 participantes (30% de la muestra total) que voluntariamente accedieron a participar en la investigación. De esta muestra 7 son mujeres (38,8% del Grupo A) y 11 son hombres (61,1% del Grupo A), las edades van desde 42 años a 50 años (promedio 45,9 años).

Los criterios de exclusión para los integrantes de este grupo son: personas que fueron exiliadas dado que recibieron en el país de asilo político una atención de salud integral, personas que sean atendidas por el programa PRAIS y personas que son reconocidas por el Estado como víctimas de represión política.

Grupo “B”: Se compone por participantes pertenecientes a la Agrupación de Ex-Menores víctimas de prisión política y tortura, de las bases de Antofagasta, Valparaíso, Osorno, Puerto Varas y Fresia que poseen antecedentes de tortura en infancia y/o adolescencia, pero que han tenido acceso a reparación psicosocial ya sea proporcionado por el Estado, por la agrupación ni hayan vivido en exilio.

Esta muestra no probabilística consta de 23 participantes (38,8% de la muestra total) que voluntariamente accedieron a participar en la investigación. De esta muestra 17 son mujeres (73,9% del Grupo B) y 6 son hombres (26,0% del Grupo B), las edades van desde 33 años a 54 años (promedio 45,9 años).

Grupo “C”: Se obtuvo a partir de las características sociodemográficas de los grupos con antecedentes de tortura y de esta manera se establecieron criterios sociodemográficos similares.

Este grupo se compone por participantes adultos, habitantes de la Provincia de Valparaíso y ciudad de Santiago, que vivieron su infancia y/o adolescencia durante el periodo de la Dictadura Militar, quiénes no poseen antecedentes de tortura ni tampoco algún familiar directo. Esta muestra no probabilística consta de 19 participantes (31,6% de la muestra total) que voluntariamente accedieron a participar en la investigación. De esta muestra 14 son mujeres (73,6% del Grupo C) y 5 son hombres (26,3% del Grupo C), las edades van desde 28 años a 54 años (promedio 43,5 años).

Los criterios de exclusión para este grupo son: que no hayan vivido alguna experiencia traumática en su infancia, adolescencia (abuso sexual, abandono, muerte trágica como accidentes o asesinatos de padres o familiar directo, etc.) o adultez (muerte trágica como accidentes o asesinato de hijos, cónyuge o familiar directo) y que no tengan familiares víctimas de prisión política y tortura durante la dictadura Chilena. Finalmente la muestra seleccionada en los tres grupos es la siguiente:

Tabla nº 1: Distribución sociodemográfica de la muestra en cada grupo

EDAD ACTUAL	A	B	C
MAX	50	33	54
MIN	42	54	28
PROM	45,9	45,9	43,5
Ingresos mensuales	A	B	C
Menos de \$100.000	1	7	0
Entre \$100.000 y \$165.000	5	9	1
Entre \$165.000 y \$244.000	2	7	9
Entre \$245.000 y \$440.000	4	1	2
Más de \$440.000	1	1	1
Número de hijos	A	B	C
MIN	0	0	0
MAX	4	4	3
Nº integrantes	A	B	C
MIN	1	1	3
MAX	7	7	6
Escolaridad	A	B	C
Básico Incompleto	3	7	0

Básico Completo	0	0	0
Medio Incompleto	3	5	3
Medio Completo	5	7	4
Téc. Superior Incom.	2	0	1
Téc. Superior Comp.	1	3	6
Universitario Incomp.	0	2	1
Universitario Comp.	0	4	1
Situación Laboral	A	B	C
Dueño de casa	2	6	6
Empleado	7	6	8
Desempleado	3	4	0
Pensionado	0	0	0
Jubilado	0	0	0
Otro	2	7	2
Estado civil	A	B	C
Soltero	6	6	5
Casado	7	7	11
Separado	6	6	5
Viudo	1	1	0

3. Variables del Estudio

Las variables de estudio a considerar en la presente investigación son las siguientes:

Variable	Definición conceptual	Definición operacional
Antecedentes de Tortura	Situación vivida por un individuo en Chile entre los años 1973 y 1990 en el que un agente de Estado o personas a su servicio haya ocasionado intencionadamente y por razones políticas dolores o sufrimientos graves sobre con el fin de obtener información. O bien que haya recibido	<p>Acreditación por parte de la Agrupación de Ex Menores víctimas de prisión política y tortura como miembro de esta organización.</p> <p>Respecto al grupo control,</p>

	<p>métodos tendientes a anular su personalidad o a disminuir su capacidad física o mental.</p>	<p>estos deberán declarar en la ficha de antecedentes sociodemográficos que no presentan antecedentes de tortura.</p>
<p>Reparación Psicosocial</p>	<p>Se entiende por reparación a un conjunto amplio de acciones psicosociales que aborda los ámbitos jurídicos, económicos, moral, de salud y social. Las cuales deben abarcar las consecuencias de la tortura misma así como de la estigmatización y marginación social de las que han sido víctima.</p> <p>En la presente investigación se considerará como “reparación” el haber recibido un proceso psicoterapéutico relacionado con la violación de D.D.H.H. (dada la dificultad de acceder a personas con otras fuentes de reparación).</p> <p>Por su parte, “proceso psicoterapéutico” se entiende como cualquier intervención psicosocial efectuado por un profesional de salud mental, sea este psicólogo o psiquiatra, realizado bajo un motivo de consulta concordante con los antecedentes traumáticos vividos durante la niñez y/o adolescencia.</p> <p>Otras expresiones de reparación son: asunción del estado de su responsabilidad sobre los hechos, dar a conocer a luz pública lo</p>	<p>Haber asistido por lo menos a seis sesiones relacionadas con la violación de D.D.H.H. con algún profesional de salud mental, como también ser reconocidos por el Estado o haber recibido esta reparación en el país de acogida, en el caso del Exilio.</p>

	verdaderamente sucedido y juzgar a los implicados en los delitos de lesa humanidad.	
Indicadores de Trastorno	Cualquier señal que se manifieste emocional, cognitiva y/o conductualmente, que concuerde con la sintomatología de alguno de los trastornos considerados en nuestro estudio. Estos pueden ser de cuatro tipos: a) Depresión, b) Ansiedad, c) Trastorno por estrés postraumático, y d) Trastorno de Personalidad.	Resultados obtenidos en los cuestionarios escogidos para el estudio.
a) De Depresión	Indicador que refleje un estado emocional que se caracteriza por pensamientos tristes o pesimistas, sentimientos de inutilidad y falta de confianza en uno mismo.	Puntuación mayor a 9 puntos obtenida por el /la participante en el Inventario de Depresión de Beck (BDI).
b) De Ansiedad	Indicador que refleje: 1) Ansiedad-Estado: condición o estado emocional transitorio, que se caracteriza por sentimientos de tensión y aprensión subjetivos conscientemente percibidos, y por un aumento de la actividad del sistema nervioso autónomo. 2) Ansiedad-Rasgo: diferencias individuales, relativamente estables, en la propensión a la ansiedad.	Puntuación mayor a 30 puntos obtenida por el participante en Escala STAI-S (Ansiedad Estado) y Escala STAI-R (Ansiedad Rasgo) de cuestionario de Ansiedad rasgo/estado de Spielberger.
c) TEPT crónico	Indicador que refleje un trastorno en que la persona después de sufrir un acontecimiento traumático experimenta un estado de ansiedad	Puntuación mayor o igual a 12 puntos obtenida por el/la participante en la Escala TOP 8.

	que la deja incapacitada, sin dejar de pensar en el acontecimiento traumático y volviendo a revivir el hecho constantemente.	
d) Trastornos de la personalidad	Indicador que refleje un patrón permanente de conducta y experiencia interna que se desvía notablemente de las expectativas culturales y que se manifiesta en al menos dos de las siguientes áreas: cognición, afectividad, funcionamiento interpersonal y control de impulsos. Dicho patrón es inflexible y desadaptativo y causa malestar subjetivo o un deterioro funcional significativo.	Puntuación sobre 3 puntos obtenida por el/la participante en los ítems relacionados con cada Trastorno en el Cuestionario Autoadministrado IPDE, apartado del DSM- IV de la Organización Mundial de la Salud.

4. Procedimiento

En primer lugar se contacta a la Agrupación de Ex – Menores Víctimas de Prisión Política y Tortura de la base Valparaíso para conseguir su disposición a participar en el estudio. Con sus dirigentes se llegan a acuerdos sobre las condiciones experimentales que se seguirían.

Se diseña un cuestionario socio demográfico (ver anexo nº 1) con el fin de caracterizar la muestra de estudio. Esto sería útil a posterior para poder seleccionar a los participantes del grupo control. Además se incluye al final del documento dos reactivos para distinguir si es que el participante tiene reconocimiento Valech y/o es exiliado, esto serviría para diferenciar entre el grupo sin reparación (Grupo A) y el grupo con reparación (Grupo B).

Para llevar a cabo esta investigación se procedió a enviar este proyecto de investigación al Comité de ética de la Universidad de Valparaíso junto con los permisos de la Agrupación de Ex Menores Víctimas de Prisión Política y Tortura.

Se diseñó un consentimiento informado en el que se exponen los Derechos que los participantes tienen en el estudio (ver anexo nº 2).

Se cita a 6 participantes para una prueba piloto¹ en la oficina de la Agrupación de Ex Menores, ubicada en Viña del Mar. En esta se presentan y aplican oralmente las cuatro escalas psicológicas más el cuestionario y consentimiento informado. La actividad se realizó en los siguientes pasos:

- 1) Presentación ante los participantes, breve descripción de las actividades a realizar y tiempo de duración de la actividad.
- 2) Entrega y lectura del consentimiento informado.
- 3) Administración del Cuestionario Socio Demográfico
- 4) Administración del Examen Internacional de los Trastornos de la Personalidad (IPDE).
- 5) Administración del Inventario de Depresión de Beck BDI
- 6) Administración del Inventario de Ansiedad Estado Rasgo de Spielberger (STAI S/R).
- 7) Administración del Escala de 8 ítems para los resultados del tratamiento del TEPT (TOP 8).
- 8) Cierre con agradecimiento y devolución de los gastos en locomoción.

Después de evaluar como exitosa la prueba piloto, ya que no se vieron consecuencias negativas sobre las personas al responder este tipo de Escalas, se citan 15 participantes más con los cuales se realiza la misma secuencia de pasos lo que en total no superaba los 45 minutos de tiempo. Esta actividad se realiza en la Escuela de Psicología de la Universidad de Valparaíso.

En vista que no se cumplían con el número requerido para la muestra, uno de realizadores del presente estudio viaja al Sur para reunir participantes de las ciudades de

¹ Se realizó esta prueba como prerrequisito de la Agrupación de Ex Menores Víctimas de Prisión Política y Tortura con el propósito de evaluar los posibles consecuencias que pudieran tener este tipo de investigación en los participantes.

Osorno, Puerto Varas y Fresia. Así se consigue 15 participantes más con antecedentes de tortura en infancia y/o adolescencia. Seguidamente viaja a Osorno al 4º encuentro Nacional realizado el 4 y 5 de Diciembre, en este viaje se reúnen 5 participantes más. Finalmente se logra conseguir una muestra de 41 adultos con antecedentes de tortura en infancia y/o adolescencia, de los cuales 18 cumplían con las características del Grupo A y 23 cumplían con las características del Grupo B.

El siguiente paso fue caracterizar la muestra de personas con antecedentes de tortura según lo contestado en el cuestionario socio demográfico (ver anexo nº3). Con esto se define que los participantes del Grupo C (grupo control) deberán cumplir las siguientes características:

- Edad entre 28 y 54 años.
- Escolaridad no superior a Técnico Superior Completo.
- Ingresos mensuales no superior a \$440.000.
- Sin algún familiar directo que haya sido víctima de represión política durante 1973-1990.
- NO haber sido víctima de alguna experiencia que amenazara su integridad física y/o psicológica, tales como: maltrato infantil, abuso sexual, pérdida trágica de alguno de sus padres o hermanos, en la infancia o adolescencia.

Se diseña un cuestionario socio demográfico aplicable al Grupo C que sirva como criterio de selección para nuestro estudio. Luego se aplican las escalas, cuestionario y consentimiento informado a esta muestra escogida arbitrariamente, contactando personalmente en sus hogares a los participantes, Estos residían en la provincia de Valparaíso y ciudad de Santiago. En total se reúnen 29 muestras de escalas contestadas, de las cuales solo 19 se adecuaban a los requisitos de nuestro estudio.

Se diseñan plantillas con el software Microsoft Excel para poder tabular las respuestas de los cuestionarios y obtener los resultados por cada participante. Luego, con el mismo software se tabulan todos los resultados para los tres grupos según las variables: Edad de tortura, reparación, BDI, STAI-S, STAI-R, TOP 8, Paranoide, Esquizoide, Esquizotípico, Histriónico, Antisocial, Narcisista, Límite, Obsesivo – Compulsivo, Dependencia y Evitación.

5. Instrumentos de Medición.

5.1 Inventario de Depresión de Beck (BDI)

Este inventario fue creado para evaluar los síntomas depresivos que figuran en los criterios diagnósticos descritos en el Manual de Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-IV) por lo que no surge de ninguna teoría de la depresión en particular. No tiene como función proporcionar un diagnóstico si no cuantificar la sintomatología en el momento actual y semana previa. Consta de 21 ítems con 4 alternativas que evalúan gravedad / intensidad del síntoma (González, 2007).

Es aplicable individual o colectivamente desde los 13 años en adelante, su tiempo de administración es de 10 a 15 minutos. Se utiliza en el área clínica, forense e investigación aplicada.

Su contenido enfatiza más en el componente cognitivo de la depresión, 15 ítems de los 21 hacen referencia a síntomas psicológicos-cognitivos y los 6 restantes a síntomas somáticos vegetativos.

La puntuación total se obtiene sumando los valores que van de 0 a 3. El rango de puntuación obtenida es de 0 – 63 puntos.

Sus puntos de corte son: 0-9 puntos (No depresión), 10-18 puntos (Depresión leve), 19- 29 puntos.(Depresión moderada) y > 30 puntos (Depresión grave)

Sus propiedades psicométricas son bastante bien ponderadas en el ambiente de investigación, se encuentra entre los doce tests más usados (Piotrowski, 1996). Diversos estudios han llegado a la conclusión de que el BDI es sin duda el instrumento más popular a nivel internacional para identificar sujetos depresivos subclínicos en los estudios de validación de los modelos de depresión (Ruiz y Bermúdez, 1989; Tennen, Hall y Affleck, 1995; Vázquez, 1986, 1995; Vredenburg et al., 1993) (citado en Sanz y Vázquez 1998).

A efectos de cribado o detección de casos en población general el punto de corte ha sido establecido por Lasa L. y cols. (2000) en > 13 puntos. A efectos de selección de sujetos para investigación, el punto de corte usualmente aceptado es > 21 puntos.

Posee buena consistencia interna (Alfa de Crombach 0,76-0,95). La fiabilidad test oscila alrededor de $r = 0,8$. Y su validez en pacientes psiquiátricos se han encontrado valores entre 0.55 y 0.96 (media 0.72) y en sujetos no psiquiátricos entre 0.55 y 0.73 (media 0.6).

5.2 Inventario de Ansiedad Rasgo/estado de Spielberger (STAI S/R).

El STAI es una escala que proporciona dos puntuaciones separadas para Ansiedad: una para ansiedad de estado (A- estado) y otro para la ansiedad de rasgo (A-rasgo). La escala A-rasgo del STAI se compone de 20 reactivos, que indican la forma en que generalmente se sienten. El individuo deberá marcar su preferencia en una escala tipo Likert que va de 0 a 3, las cuales señalan como respuesta 0 (casi nunca), 1 (A veces), 2 (A menudo) y 3 (casi siempre).

Un conjunto similar de reactivos se usan para evaluar A- estado que indican cómo se sienten ahora, en este momento. El individuo debe marcar su preferencia en una escalas tipo Likert que va 0 al 3, es decir, 0 (Nada), 1 (Algo), 2 (Bastante) hasta 3 (Mucho) Ambas escalas se puede administrar en 10 minutos.

La confiabilidad test-retest va de 0.73 a 0.86 en la escala de rasgo. La escala de estado tiene un confiabilidad teste-retest baja (0.16 a 0.54). Los estudios de validez muestran que el STAI puede usarse para hacer generalizaciones útiles e importantes. Por ejemplo, los estudios de validez han mostrado que la escala de rasgo del STAI correlaciona con otras medidas de ansiedad de rasgo. La escala de ansiedad de rasgo del STAI se ha relacionado con el Tylor Manifest Anxiety Scale (escala de ansiedad manifiesta de Tylor) también lo ha sido con la escala de ansiedad IPAT (Cattell y Scheier, 1961) las correlaciones con el Tylor e IPAT van de 0.75 a 0.85.

Para su interpretación se debe conocer la puntuación en cada ítems, utilizar una clave que indica que ciertos ítems se suman mientras otros se restan, luego una fórmula que permite ubicar la puntuación resultante en distintos niveles de ansiedad para cada escala, siendo estas: baja, moderada o alta.

Los puntos de corte en la Escala de Ansiedad Estado y Rasgo son: Alto (≥ 45), Moderado (30 - 44), Bajo (≤ 30).

5.3 Escala de 8 ítems para los Resultados del Tratamiento del TEPT (TOP-8).

La TOP-8 es una escala derivada de la escala de Gravedad del Trastorno por Estrés Postraumático (SI-PTSD), con la intención de crear una escala específica para evaluar el resultado del tratamiento. Para ello seleccionaron los ítems que habían demostrado: a) ser frecuentes en la población con TEPT; b) ser sensibles a los efectos del tratamiento, y c) que covarían con el resto de los ítems de la escala.

Consta de 8 ítems que representan adecuadamente los tres criterios sintomatológicos para el diagnóstico de TEPT según el DSM IV (criterios B-D).

Los ítems se puntúan mediante una escala tipo likert de intensidad que oscila entre 0 (ausencia del síntoma) y 4 (gravedad extrema).

Es una escala heteroaplicada. El tiempo de administración oscila entre 5 y 10 minutos.

Para la corrección e interpretación, primero la puntuación total que se obtiene sumando la puntuación en cada ítem, y oscila entre 0 y 32.

Se proponen los siguientes puntos de corte, según los autores:

- 0-7: sin TEPT
- ≥ 12 : TEPT seguro
- Descenso ≥ 40 % en la puntuación respecto a la visita inicial: respuesta clínica al tratamiento.

5.4 Examen Internacional de los Trastornos de la Personalidad IPDE Autoadministrado: Modulo DSM - IV

El módulo del DSM-IV del IPDE examina, en cada individuo, la presencia o ausencia de todos los criterios de los trastornos de personalidad DSM-IV. También proporciona una puntuación dimensional para cada individuo en cada trastorno, sin tener en cuenta si cumple o no los criterios del trastorno. Este módulo se divide en dos secciones Entrevista clínica semiestructurada y un cuestionario de evaluación autoadministrado. Ambos al ser administrados en su totalidad evalúan todos los trastornos de la personalidad DSM-IV (Bobes, 2002).

El cuestionario de evaluación autoadministrado que será el utilizado en esta investigación es un test de detección sistemática (screening), no elabora diagnósticos, sólo permite identificar a aquellas personas que podrían padecer un determinado trastorno de personalidad

El IPDE autoadministrado esta organizado en 77 preguntas que deben ser contestadas Verdadero o Falso. Las instrucciones que se entregan al principio de la autoadministración son las siguientes: El propósito de este cuestionario es conocer qué tipo de persona ha sido usted en los últimos 5 años, por favor no omitir ningún ítem. Si no esta seguro de una respuesta señalar la respuesta que le parezca más correcta. No hay límite de tiempo pero no pierda mucho tiempo pensando cuál es la respuesta a un ítem determinado. Cuando la respuesta sea Verdadero, señalar con un círculo la letra V, cuando la respuesta sea Falso, señalar con un círculo la letra F.

La concordancia y estabilidad temporal del IPDE han sido estudiadas en 14 centros Clínicos de 11 países de América del Norte, Europa, África y Asia. En el estudio de campo participaron 58 psiquiatras y psicólogos clínicos como entrevistadores y observadores de 716 pacientes. La fiabilidad y estabilidad de IPDE fueron similares a las descritas por otros instrumentos utilizadas por otros diagnósticos de psicosis, trastornos del humor, trastornos por ansiedad y por abuso de sustancias.

6. ANALISIS DE DATOS

Para responder a los objetivos de la investigación se realizaron dos tipos de análisis: primero se calcularon estadísticos descriptivos, específicamente análisis de frecuencia, para describir los resultados en los instrumentos utilizados: BDI (leve, moderado, grave), STAI-R, STAI-S, IPDE y TOP 8. Estos se describirán por “antecedentes de tortura” y “reparación psicosocial” con ayuda de gráficos y tablas de frecuencias.

Por otra parte se utilizó el Análisis de Varianza Unidireccional (ANOVA) que corresponde a un estadístico paramétrico que permite realizar comparaciones entre los tres grupos, mediante un análisis de varianzas (Hernández y cols., 2003) según cada escala aplicada. Luego se utilizó una de las prueba estadísticas *a posteriori* a la aplicación del ANOVA, específicamente la Prueba de Scheffé, la que permite comparar medias de dos en dos (Guàrdia, 2007) y poder detectar dónde se ubica la diferencia de medias entre los tres grupos por cada escala.

7. RESULTADOS

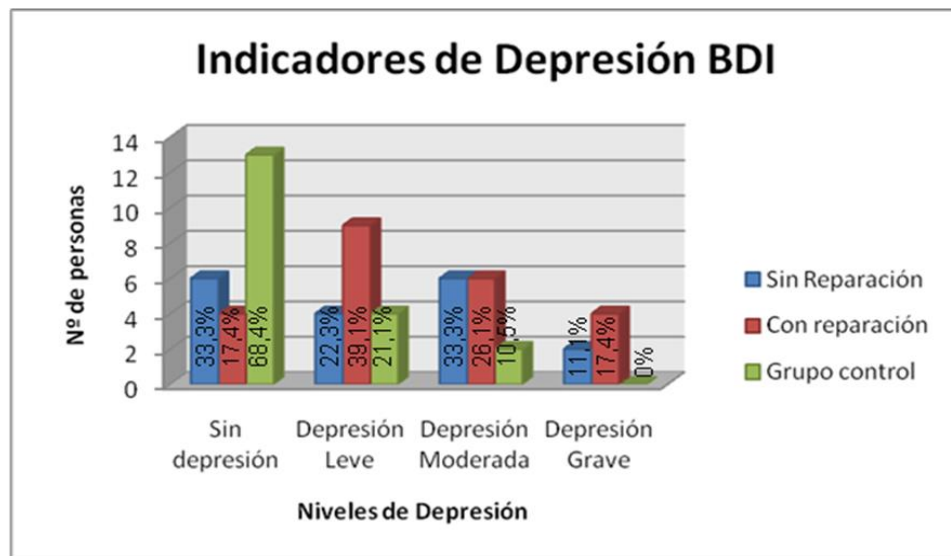
A continuación se presentan los resultados obtenidos en el presente estudio. Para cumplir con los objetivos de esta investigación, en primer lugar se exponen los resultados a nivel descriptivo, en cuanto a análisis de frecuencia de los distintos instrumentos aplicados en cada grupo.

Luego se exponen los resultados a nivel comparativo obtenidos a través del ANOVA y prueba Scheffé relacionando las variables “indicadores de trastorno” con las variables: “reparación” y “antecedentes de tortura”.

7.1 Resultados Descriptivos

7.1.1 Indicador de Depresión (BDI)

Gráfico nº 1: Distribución de Indicadores según niveles de Depresión del Inventario de Depresión de Beck.



Como se puede observar en el gráfico nº 1, los resultados respecto a los indicadores de Depresión fueron los siguientes:

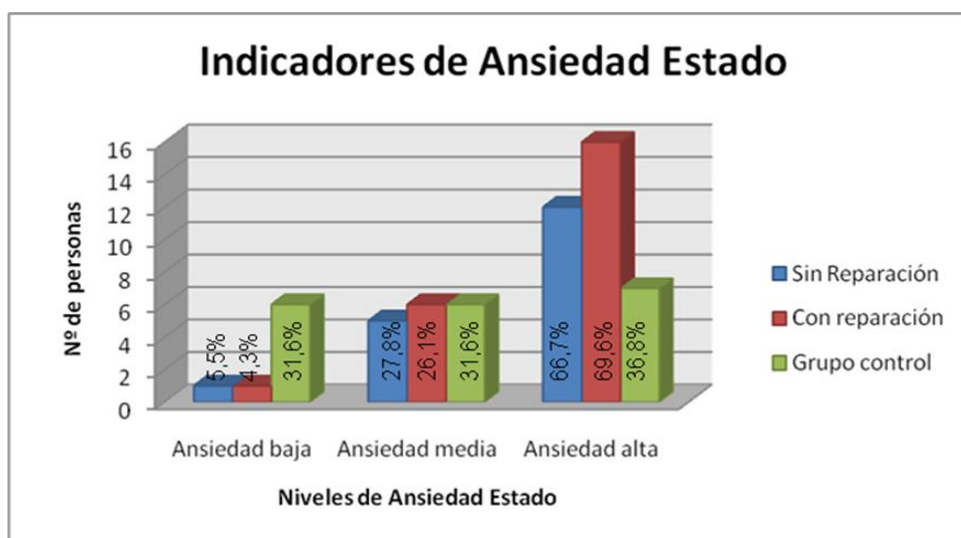
Ambos grupos con antecedentes de tortura presentan en su mayoría indicadores de depresión, ya sea leve, moderada o grave. A su vez el grupo control, el cual no posee

antecedentes de tortura, la mayoría de las personas de este grupo se ubican en la categoría sin depresión.

Se observan diferencias entre el grupo con antecedentes de tortura sin reparación y el grupo con reparación, en donde este último muestra mayor frecuencia de indicadores de depresión.

7.1.2 Indicador de Ansiedad Estado

Gráfico nº 2: Distribución de Indicadores según niveles de Ansiedad Estado de Spielberger.

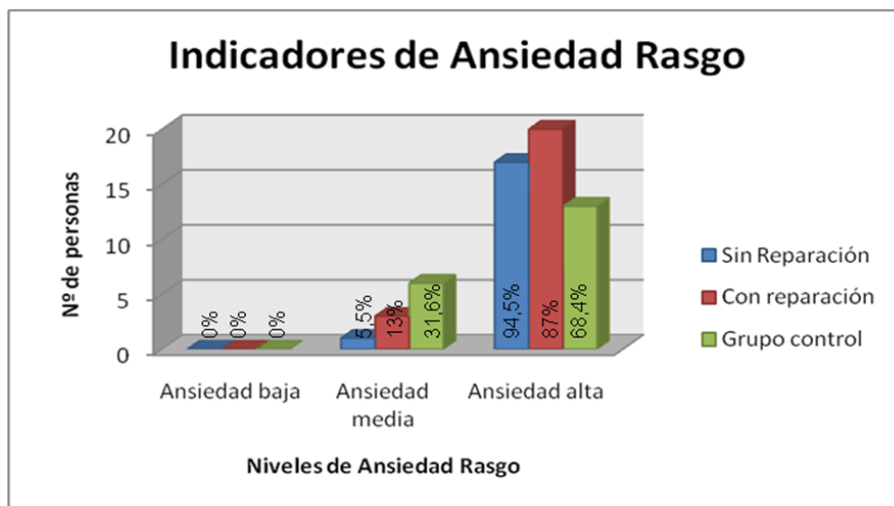


Según los resultados observados ambos grupos con antecedentes de tortura se ubican en su mayoría en el nivel de ansiedad alta, mientras el grupo control se distribuye de forma similar en los tres niveles.

Se observan diferencias entre el grupo con antecedentes de tortura sin reparación y el grupo con reparación, en donde este último muestra mayor frecuencia de indicadores de ansiedad estado en la categoría “ansiedad alta”.

7.1.3 Indicador de Ansiedad Rasgo

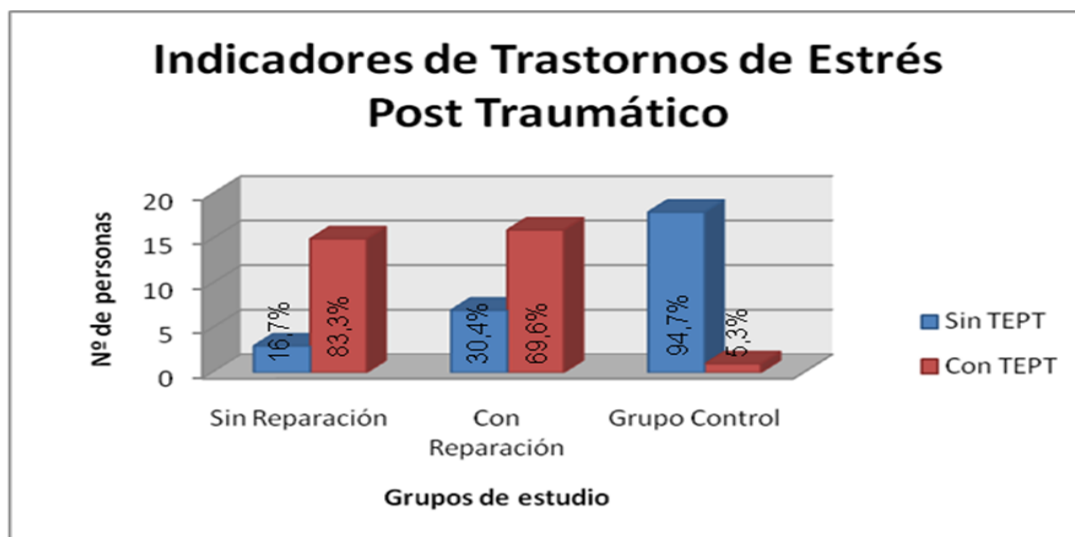
Gráfico N° 3: Distribución de Indicadores según niveles de Ansiedad Rasgo de Spielberg.



Según los resultados observados la mayor concentración de indicadores de ansiedad rasgo se encuentran en la categoría de ansiedad alta para los tres grupos de estudio. Se observan diferencias entre el grupo con antecedentes de tortura sin reparación y el grupo con reparación, en donde el primero muestra mayor frecuencia de indicadores de ansiedad rasgo en la categoría “ansiedad alta”.

7.1.3 Indicador de trastorno de Estrés Post Traumático

Gráfico N° 4. Distribución de puntajes categorizados en presencia o ausencia de indicadores de Trastornos por Estrés Post- Traumático según el instrumento TOP 8.



Como se observa en el gráfico n° 4, los grupos con antecedentes de tortura presentan una alta frecuencia de personas con TEPT, sin observar diferencia marcada entre los mismos considerando la variable reparación.

Respecto al grupo control podemos señalar que una mayor frecuencia de personas se sitúa en la categoría “sin TEPT”.

Comparando los grupos con antecedentes de tortura y el grupo control se puede observar que existe una marcada diferencia.

7.1.4 Indicador de Trastornos de Personalidad según el IPDE.

7.1.4.1 Indicador de trastorno de Personalidad del cluster A

Como se observa en la tabla n°2 y el gráfico n° 5, la mayoría de las personas de ambos grupos que presentan antecedentes de tortura se encuentran con indicadores de Trastornos de la Personalidad (TDP): Paranoide, Esquizoide y Esquizotípico, siendo el primero el más alto.

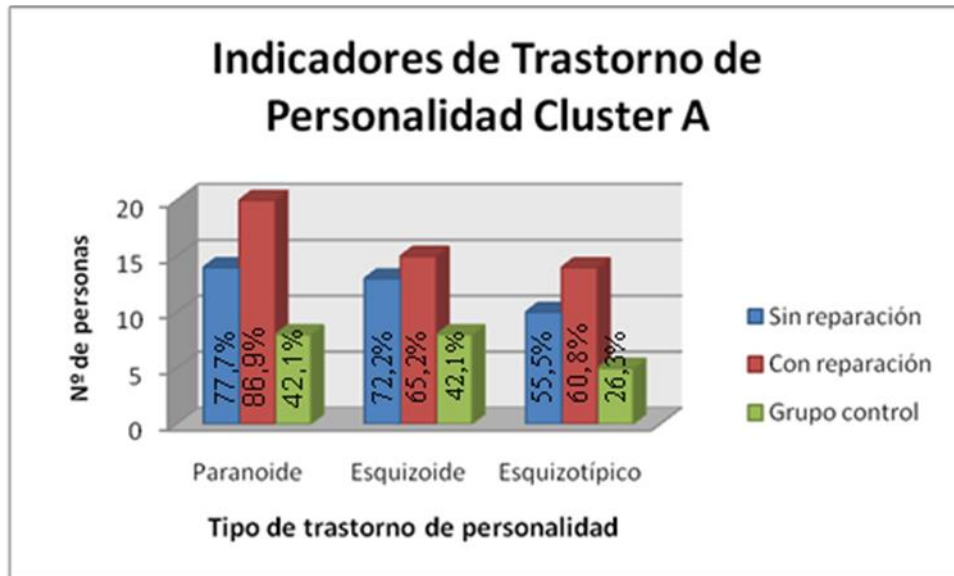
Considerando la variable reparación en los grupos con antecedentes de tortura se observan diferencias en cuanto a frecuencias. En los trastornos Paranoide y Esquizotípico el grupo “con reparación” muestra mayor porcentaje de personas con indicador de trastorno, mientras que en el trastorno Esquizoide el grupo “sin reparación” es el que muestra más indicadores.

Respecto al grupo control se puede decir que la mayoría de las personas se ubicaron en la categoría sin indicadores de los tres trastornos.

Tabla N°2: Distribución de puntajes categorizados en presencia o ausencia de indicadores de Trastornos de personalidad según el Examen Internacional de los Trastornos de la Personalidad.

		Sin reparación	Con reparación	Grupo control
Paranoide	Sin Indicador	4 (22,2%)	3 (13,04%)	11 (57,8%)
	Con Indicador	14 (77,7%)	20 (86,9%)	8 (42,1%)
Esquizoide	Sin Indicador	5 (27,7%)	8 (34,7%)	11 (57,8%)
	Con Indicador	13 (72,2%)	15 (65,2%)	8 (42,1%)
Esquizotípico	Sin Indicador	8 (44,4%)	9 (39,1%)	14 (73,6%)
	Con Indicador	10 (55,5%)	14 (60,8%)	5 (26,3%)

Gráfico N°5. Distribución de puntajes categorizados en presencia de indicadores de Trastornos de personalidad según el Examen Internacional de los Trastornos de la Personalidad.



7.1.4.2 Indicador de trastorno de Personalidad del clúster B

Como se observa en la tabla N° 3 y el gráfico n° 6, en los trastornos Histriónico y Límite la mayoría de las personas pertenecientes al grupo con antecedentes de tortura muestra indicadores de trastorno. En estos mismos trastornos, el grupo con reparación muestra mayor número de personas con indicadores que el grupo sin reparación.

En cuanto al trastorno Narcisista, este grupo no muestra una diferencia marcada entre las categorías “sin indicador” y “con indicador”.

Referente al trastorno Antisocial, ambos grupo con antecedentes de tortura la mayoría de las personas se ubican en la categoría “sin indicador”.

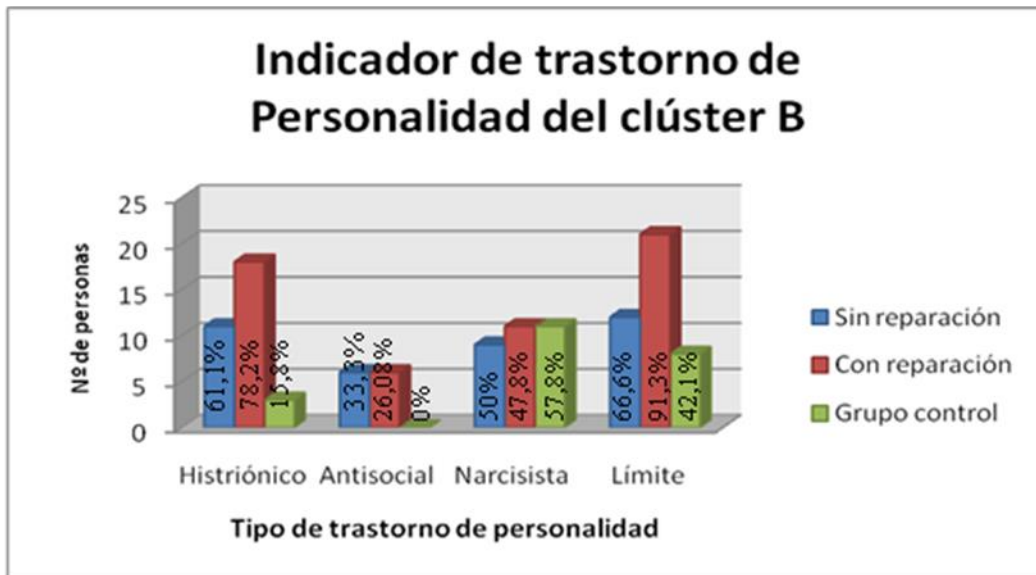
Con respecto al grupo control la mayoría de las personas se ubicó en la categoría sin indicador con excepción del trastorno Narcisista.

Tabla N°3: Distribución de puntajes categorizados en presencia o ausencia de indicadores de Trastornos de personalidad según el Examen Internacional de los Trastornos de la Personalidad.

		Sin reparación	Con reparación	Grupo control
Histriónico	Sin Indicador	7 (38,8%)	5 (21,7%)	16 (84,2%)

	Con Indicador	11 (61,1%)	18 (78,2%)	3 (15,8%)
Antisocial	Sin Indicador	12 (66,6%)	17 (73,9%)	19 (100%)
	Con Indicador	6 (33,3%)	6 (26,08%)	0
Narcisista	Sin Indicador	9 (50%)	12 (52,1%)	8 (42,1%)
	Con Indicador	9 (50%)	11 (47,8%)	11 (57,8%)
Límite	Sin Indicador	6 (33,3%)	2 (8,6%)	11 (57,8%)
	Con Indicador	12 (66,6%)	21 (91,3%)	8 (42,1%)

Gráfico nº 6: Distribución de puntajes categorizados en presencia de indicadores de Trastornos de personalidad según el Examen Internacional de los Trastornos de la Personalidad.



7.1.4.3 Indicador de trastorno de Personalidad del clúster C

Como se observa en la tabla nº 4 y el gráfico Nº 7, ambos grupos con antecedentes de tortura presentan mayor frecuencia en la categoría “con indicador” en los trastornos Obsesivo – Compulsivo y Evitativo,

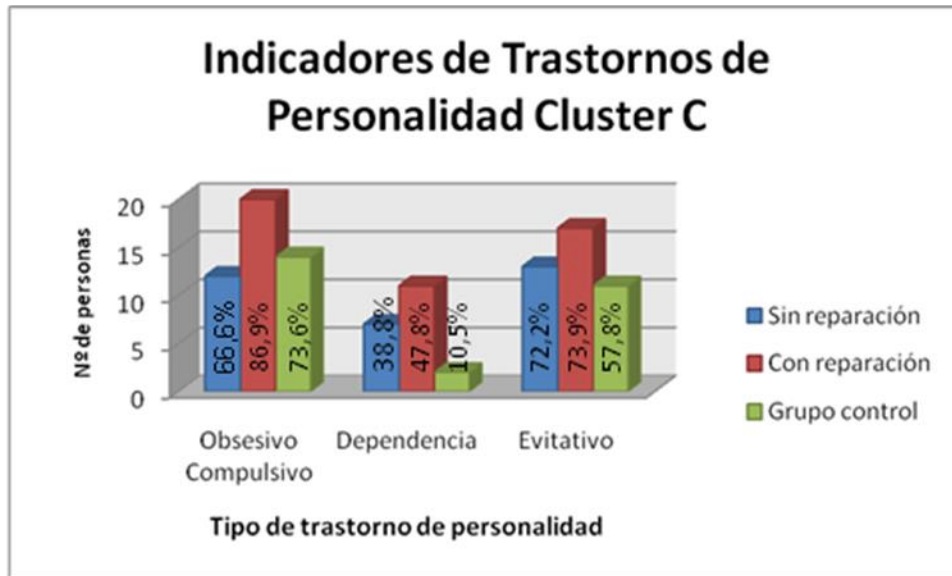
Respecto a la variable “reparación”, en los tres trastornos se observa que el grupo “con reparación” tiene mayor porcentaje de indicadores que el grupo “sin reparación”.

El grupo control al igual que los grupos con antecedentes de tortura presenta un mayor número de personas que se ubican en la categoría “con indicador” respecto a los trastornos Obsesivo – Compulsivo y Evitativo.

Tabla N° 4: Distribución de puntajes categorizados en presencia y ausencia de indicadores de Trastornos de personalidad según el Examen Internacional de los Trastornos de la Personalidad.

		Sin reparación	Con reparación	Grupo control
Obsesivo Compulsivo	Sin Indicador	6 (33,3%)	3 (13,04%)	5 (26,3%)
	Con Indicador	12(66,6%)	20 (86,9%)	14 (73,6%)
Dependencia	Sin Indicador	11 (61,1%)	12 (52,1%)	17 (89,4%)
	Con Indicador	7 (38,8%)	11 (47,8%)	2 (10,5%)
Evitativo	Sin Indicador	5 (27,7%)	6 (26,08%)	8 (42,1%)
	Con Indicador	13 (72,2%)	17 (73,9%)	11 (57,8%)

Gráfico n° 7: Distribución de puntajes categorizados en presencia de indicadores de Trastornos de personalidad según el Examen Internacional de los Trastornos de la Personalidad.



7.1 Resultados comparativos

De acuerdo al análisis de varianza (ANOVA) efectuado con la variable “reparación psicosocial” se puede señalar que existen diferencias significativas con un 95% de confianza en los siguientes indicadores de Trastorno: Ansiedad Estado, TDP Dependencia. Las diferencias significativas con un 99% de confianza se observan en los siguientes indicadores de Trastorno: Depresión, Ansiedad Rasgo, Ansiedad Estado, TOP 8, Trastorno de Personalidad Paranoide, Esquizotípico, Histriónico, Antisocial, Límite y Dependencia.

Tal como se expone a continuación:

Tabla nº 5: ANOVA

		Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.
BDI	Inter-grupos	1433,095	2	716,547	7,126	,002
	Intra-grupos	5731,638	57	100,555		
	Total	7164,733	59			
STAI-S	Inter-grupos	1181,800	2	590,900	3,883	,026
	Intra-grupos	8673,134	57	152,160		

	Total	9854,933	59			
STAI-R	Inter-grupos	1504,444	2	752,222	5,462	,007
	Intra-grupos	7850,289	57	137,724		
	Total	9354,733	59			
TOP 8	Inter-grupos	2447,032	2	1223,516	30,009	,000
	Intra-grupos	2323,951	57	40,771		
	Total	4770,983	59			
Paranoide	Inter-grupos	45,207	2	22,604	6,107	,004
	Intra-grupos	210,976	57	3,701		
	Total	256,183	59			
Esquizoide	Inter-grupos	6,877	2	3,438	1,748	,183
	Intra-grupos	112,106	57	1,967		
	Total	118,983	59			
Esquizotípico	Inter-grupos	57,498	2	28,749	9,194	,000
	Intra-grupos	178,235	57	3,127		
	Total	235,733	59			
Histriónico	Inter-grupos	18,781	2	9,390	6,068	,004
	Intra-grupos	88,203	57	1,547		
	Total	106,983	59			
Antisocial	Inter-grupos	18,853	2	9,426	7,955	,001
	Intra-grupos	67,547	57	1,185		
	Total	86,400	59			
Narcisista	Inter-grupos	1,806	2	,903	,346	,709
	Intra-grupos	148,928	57	2,613		
	Total	150,733	59			
Límite	Inter-grupos	77,135	2	38,567	7,356	,001
	Intra-grupos	298,865	57	5,243		
	Total	376,000	59			

Obsesivo - Compulsivo	Inter-grupos	2,942	2	1,471	,822	,445
	Intra-grupos	102,042	57	1,790		
	Total	104,983	59			
Dependencia	Inter-grupos	21,380	2	10,690	3,892	,026
	Intra-grupos	156,554	57	2,747		
	Total	177,933	59			
Evitación	Inter-grupos	6,325	2	3,162	,575	,566
	Intra-grupos	313,608	57	5,502		
	Total	319,933	59			

Se complementaron los resultados significativos obtenidos en el análisis de varianza (ANOVA) con los resultados de la Prueba Scheffé en la cual se observa que tales diferencias se dan entre los grupos con antecedentes de tortura (Grupo A y B) y grupo control (Grupo C). Éstas diferencias se observan en: BDI, STAI S/R, TOP 8, IPDE (Paranoide, Esquizotípico, Histrionico, Antisocial, Límite y Dependencia) A continuación se expone dicha tabla.

Comparaciones múltiples

Tabla nº 6: Scheffé

Variable dependiente (I)	(J)	Diferencia de medias (I-J)	Error típico	Sig.	Intervalo de confianza al 95%		
					Límite inferior	Límite superior	
BDI	Sin Reparación	Con Reparación	-1,319	3,156	,916	-9,25	6,61
	Reparación	Grupo Control	9,702*	3,298	,018	1,41	17,99
	Con Reparación	Sin Reparación	1,319	3,156	,916	-6,61	9,25

		Grupo Control	11,021*	3,109	,003	3,21	18,83
	Grupo Control Sin Reparación	Sin Reparación	-9,702*	3,298	,018	-17,99	-1,41
		Con Reparación	-11,021*	3,109	,003	-18,83	-3,21
STAI-S	Sin Reparación	Con Reparación	-,872	3,882	,975	-10,63	8,89
		Grupo Control	9,020	4,057	,093	-1,18	19,22
	Con Reparación	Sin Reparación	,872	3,882	,975	-8,89	10,63
		Grupo Control	9,892*	3,824	,042	,28	19,50
	Grupo Control Sin Reparación	Sin Reparación	-9,020	4,057	,093	-19,22	1,18
		Con Reparación	-9,892*	3,824	,042	-19,50	-,28
STAI-R	Sin Reparación	Con Reparación	-,833	3,693	,975	-10,12	8,45
		Grupo Control	10,272*	3,860	,036	,57	19,97
	Con Reparación	Sin Reparación	,833	3,693	,975	-8,45	10,12
		Grupo Control	11,105*	3,638	,013	1,96	20,25
	Grupo Control Sin Reparación	Sin Reparación	-10,272*	3,860	,036	-19,97	-,57
		Con Reparación	-11,105*	3,638	,013	-20,25	-1,96

TOP 8	Sin Reparación	Con Reparación	,403	2,009	,980	-4,65	5,45
		Grupo Control	13,950*	2,100	,000	8,67	19,23
	Con Reparación	Sin Reparación	-,403	2,009	,980	-5,45	4,65
		Grupo Control	13,547*	1,980	,000	8,57	18,52
	Grupo Control	Sin Reparación	-13,950*	2,100	,000	-19,23	-8,67
		Con Reparación	-13,547*	1,980	,000	-18,52	-8,57
Paranoide	Sin Reparación	Con Reparación	-,355	,605	,842	-1,88	1,17
		Grupo Control	1,640*	,633	,042	,05	3,23
	Con Reparación	Sin Reparación	,355	,605	,842	-1,17	1,88
		Grupo Control	1,995*	,596	,006	,50	3,49
	Grupo Control	Sin Reparación	-1,640*	,633	,042	-3,23	-,05
		Con Reparación	-1,995*	,596	,006	-3,49	-,50
Esquizotípico	Sin Reparación	Con Reparación	-,751	,556	,408	-2,15	,65
		Grupo Control	1,576*	,582	,032	,11	3,04
	Con Reparación	Sin Reparación	,751	,556	,408	-,65	2,15

		Grupo Control	2,327*	,548	,000	,95	3,71
	Grupo Control	Sin Reparación	-1,576*	,582	,032	-3,04	-,11
		Con Reparación	-2,327*	,548	,000	-3,71	-,95
Histriónico	Sin Reparación	Con Reparación	-,384	,391	,620	-1,37	,60
		Grupo Control	,939	,409	,081	-,09	1,97
	Con Reparación	Sin Reparación	,384	,391	,620	-,60	1,37
		Grupo Control	1,323*	,386	,005	,35	2,29
	Grupo Control	Sin Reparación	-,939	,409	,081	-1,97	,09
		Con Reparación	-1,323*	,386	,005	-2,29	-,35
Antisocial	Sin Reparación	Con Reparación	-,104	,343	,955	-,96	,76
		Grupo Control	1,143*	,358	,009	,24	2,04
	Con Reparación	Sin Reparación	,104	,343	,955	-,76	,96
		Grupo Control	1,247*	,337	,002	,40	2,10
	Grupo Control	Sin Reparación	-1,143*	,358	,009	-2,04	-,24
		Con Reparación	-1,247*	,337	,002	-2,10	-,40

Límite	Sin Reparación	Con Reparación	-,556	,721	,744	-2,37	1,26
		Grupo Control	2,076*	,753	,028	,18	3,97
	Con Reparación	Sin Reparación	,556	,721	,744	-1,26	2,37
		Grupo Control	2,632*	,710	,002	,85	4,42
	Grupo Control	Sin Reparación	-2,076*	,753	,028	-3,97	-,18
		Con Reparación	-2,632*	,710	,002	-4,42	-,85
Dependenci a	Sin Reparación	Con Reparación	-,696	,522	,416	-2,01	,62
		Grupo Control	,737	,545	,407	-,63	2,11
	Con Reparación	Sin Reparación	,696	,522	,416	-,62	2,01
		Grupo Control	1,432*	,514	,026	,14	2,72
	Grupo Control	Sin Reparación	-,737	,545	,407	-2,11	,63
		Con Reparación	-1,432*	,514	,026	-2,72	-,14

*. La diferencia de medias es significativa al nivel 0.05.

7.3 Contraste de hipótesis

Finalmente, habiendo revisado los resultados obtenidos por los tres grupos en cada indicador de trastorno se aceptan las siguientes hipótesis:

- Habrá más sintomatología depresiva en el grupo de personas con antecedentes de tortura que en el aquel que no ha tenido antecedentes de tortura.
- Habrá más ansiedad (rasgo/estado) en el grupo de personas con antecedentes de tortura que en aquel que no ha tenido antecedentes de tortura.
- Habrá más sintomatología de Trastorno por estrés post traumático en el grupo de personas con antecedentes de tortura que en aquel que no ha tenido antecedentes de tortura.
- Habrá más posibilidad de presentar indicadores de Trastornos de Personalidad a en el grupo de personas con antecedentes de tortura que en aquel que no ha tenido antecedentes de tortura.

Y las hipótesis que no se aceptan son:

- Habrá mayor sintomatología depresiva en el grupo que no ha tenido acceso a reparación que en aquel que la ha tenido.
- Habrá mayor ansiedad (rasgo/estado) en el grupo que no ha tenido acceso a reparación que en aquel que la ha tenido.
- Habrá mayor sintomatología de Trastorno por estrés post traumático en el grupo que no ha tenido acceso a reparación que en aquel que la ha tenido.
- Habrá más indicadores de Trastorno de Personalidad en el grupo de personas con antecedentes de tortura durante la infancia que en la adolescencia.

VIII.CONCLUSIÓN Y DISCUSIÓN

Las conclusiones seguirán el orden establecido en los objetivos, por lo que en primer lugar se expondrán conclusiones respecto del propósito de nuestra investigación, para continuar con la conclusiones generales sobre cada indicador de trastorno, luego las comparaciones realizadas según las variables de investigación y por último, los resultados de las comparaciones de varianzas entre los tres grupos.

Con respecto al propósito de nuestra investigación podemos señalar que existen repercusiones en salud mental en la muestra de adultos que en su infancia y/o adolescencia fueron víctimas de prisión política y tortura durante la Dictadura Militar chilena.

A partir de los resultados obtenidos, es posible concluir que los adultos con antecedentes de tortura durante su infancia y/o adolescencia estudiados, presentan indicadores de salud mental deteriorados. Es así como respecto a la Depresión, el grupo con antecedente de tortura presenta indicadores de sintomatología depresiva situándose en las tres categorías: leve, moderada y grave según el instrumento BDI. Respecto al grupo control, es decir, quienes crecieron en el período de la Dictadura Militar chilena, pero que no sufrieron tortura ni prisión política, en su mayoría no presentaron indicadores de depresión con el mismo instrumento. Comparando los tres grupos se pudo observar que existen diferencias considerables entre los mismos pues, ambos grupos con antecedentes de tortura registran mayor número de personas con indicadores de sintomatología depresiva en comparación con aquellos que no registran antecedentes de tortura. Cuando se comparan las medias de los tres grupos en el BDI se concluye que existen diferencias significativas entre los grupos, corroborándose que ambos grupos que vivieron situaciones de tortura tienen niveles significativamente más elevados que el grupo control. Sin embargo no hay diferencias entre el grupo sin reparación y aquel que ha tenido alguna forma de reparación, por tanto se rechaza la hipótesis de investigación que señala que habrá mayor sintomatología depresiva en el grupo que no ha tenido acceso a la reparación que en aquel que la ha tenido.

Por otra parte a través del instrumento de medición ANOVA y prueba Sheffé en el que se comparan los tres grupos se pudo constatar que existen diferencias significativas

de los indicadores de Depresión entre el grupo con antecedentes de tortura y el grupo control.

Estos resultados son coherentes con la literatura que relaciona trauma en etapa infantil y/o adolescencia y psicopatología en la adultez, específicamente sintomatología depresiva (Arriero y cols. 2002; Florenzano y cols. 2004; Vidales A. 2004; Amir y Lev-Wiesel, 2003; y Robinson y cols. 1994). En este sentido cabe recordar que según Robinson, mediante su estudio de seguimiento a ex menores sobrevivientes del Holocausto 50 años después, concluye que los niños expuestos a violencia directa en el periodo del Holocausto, presentan mayores niveles de depresión y anhedonia que otros sobrevivientes que vivieron el mismo acontecimiento en la etapa adulta. Como también es importante señalar que los resultados obtenidos de éste estudio concuerdan con el único estudio cualitativo hecho por Barudy (2009) con la población de adultos con antecedentes de tortura. En el se señaló que tal grupo de personas presentan más posibilidades de padecer un Trastorno Depresivo dada sus características.

Considerando el trauma extremo, específicamente la tortura, como un factor de riesgo para la salud mental Eitinger (1991) señala que éste tipo de maltrato infantil es un estresor mayor que trae consecuencias a largo plazo e intensifica la tendencia a padecer depresión en edad adulta, apoyando los resultados de ésta investigación.

Sobre ansiedad, se observa en los resultados de la muestra total que todos presentan sintomatología de ansiedad rasgo (incluyendo al grupo control), sin embargo aquellos que tienen antecedentes de tortura (Grupo A y B) tienen indicadores más altos de sintomatología ansiosa que aquellos que no presentan antecedentes. Tanto en Ansiedad Estado como Ansiedad Rasgo, los grupos con antecedentes de tortura no muestran diferencias respecto a la variable reparación psicosocial, por tanto se rechaza la hipótesis de investigación que señala que habrá mayor sintomatología ansiosa en el grupo que no ha tenido acceso a la reparación que en aquel que la ha tenido. Por otra parte a través del instrumento de medición ANOVA y prueba Sheffé en el que se comparan los tres grupos se pudo constatar que existen diferencias significativas de los indicadores de ansiedad entre el grupo con antecedentes de tortura y el grupo control.

Los resultados anteriormente expuestos concuerdan con los hallazgos de Amir y Lev-Wiesel (2003) en su estudio del Holocausto en cuanto a la relación existente entre experiencias traumáticas tempranas y manifestaciones de ansiedad en edad adulta. Además los resultados pueden entenderse desde lo planteado por Nemeroff (2000) y por Spielberger (1975), pues las condiciones traumáticas que vivieron los estos adultos en su infancia y/o adolescencia podrían haberlos predispuesto a reaccionar exageradamente al estrés, lo que se condice a la tesis que tengan puntuaciones más elevadas en Ansiedad Estado que el grupo control.

Lo anteriormente expuesto se puede entender porque las experiencias vividas por estos adultos en su infancia y/o adolescencia se caracterizan por la pérdida del control y la incidencia de estos sobre el ambiente en el que se desenvolvían. Por ejemplo, la duración y frecuencia de la tortura y allanamientos, eran eventos que dependían únicamente del aparato represor dejando a la víctima en un estado pasivo ante los acontecimientos, generando en la persona un constante estado de alerta, lo que finalmente se traduce a una reactividad a tales estímulos incontrolables y que a su vez son impredecibles, generando como efectos que éstas personas constantemente mantengan un estado de temor hacia eventos futuros.

Respeto del indicador de Trastorno por Estrés Post traumático podemos señalar que existen diferencias entre el grupo con antecedentes de tortura y el grupo control, donde el primer grupo presentan una alta frecuencia de personas con TEPT. En el grupo control una mayor frecuencia de personas no presenta indicador de TEPT. Respecto al grupo con antecedentes de tortura se observan diferencias considerando la variable reparación psicosocial, pero estas no son significativas bajo los cálculos estadísticos, por tanto se rechaza la hipótesis de investigación que señala que habrá mayor sintomatología de Trastorno por estrés post Traumático en el grupo que no ha tenido acceso a la reparación que en aquel que la ha tenido.

Por otra parte a través del instrumento de medición ANOVA y prueba Sheffé en el que se comparan los tres grupos se pudo constatar que existen diferencias significativas de los indicadores de Trastorno por estrés post traumático entre el grupo con antecedentes de tortura y el grupo control.

De los resultados obtenidos podemos concluir que las experiencias de trauma extremo en infancia y/o adolescencia pueden perpetuarse en el tiempo hasta padecer un TEPT crónico en la etapa adulta.. Este mantenimiento del acontecimiento traumático en la muestra estudiada se debe a que el trauma es de carácter psicosocial (Martín Baró), dado que existen variables sociales como lo es la impunidad la que impacta a nivel individual. Este impacto ocurre como una imposibilidad en el individuo de diferenciarse a sí mismo como víctima o victimario, pues la impunidad tiene como propósito el silenciamiento y por ende la confusión de los hechos e impidiendo la elaboración de la experiencia traumática (Rojas, citada en CODEPU, 1996).

Con respecto a los resultados sobre indicadores de trastornos de personalidad medidos mediante el Examen Internacional de los trastornos de la personalidad (IPDE) en los tres grupos existen diferencias entre los grupos con antecedentes de tortura respecto al grupo control, ya que en este último la mayor frecuencia de personas se ubica en la categoría sin indicador de Trastorno de personalidad, a excepción de los indicadores de trastorno de la personalidad Narcicista, Obsesivo compulsivo y evitativo.

Los trastornos que arrojaron indicadores con puntuación sobre 3 entre los grupos con antecedentes de tortura fueron: Paranoide, Esquizoide, Esquizotípico, Histriónico, Límite, Obsesivo-Compulsivo y Evitativo. Por otra parte a través del instrumento de medición ANOVA y prueba Sheffé en el que se comparan los tres grupos se pudo constatar que existen diferencias significativas en la mayoría de los indicadores de Trastorno de Personalidad entre el grupo con antecedentes de tortura y el grupo control, estos son: Paranoide, Esquizotípico, Histriónico, Antisocial, Límite y Dependencia.

Por tanto se comprueba la hipótesis de investigación que señala que habrá mayor probabilidad de presentar indicadores de Trastornos de personalidad en el grupo de personas con antecedentes de tortura que en aquel que no ha tenido antecedentes de tortura.

Más allá de la especificidad de los resultados en cada trastorno, lo fundamental es que hay una correlación entre trauma extremo en infancia y/o adolescencia y la posibilidad de desarrollar un trastorno de la personalidad en etapa adulta. Esta puntuación mayor en las escalas del IPDE se puede explicar ya que estos adultos desarrollaron gran parte de su proceso evolutivo (infancia y/o adolescencia) en un contexto psicosocial

traumático que no corresponde a un proceso evolutivo normativo, en el cual existió una amenaza real a su integridad que junto con la impunidad constituyeron el escenario habitual en el cual ellos interactuaban. A partir de ese momento posiblemente estas personas adquirieron patrones que respondieron adaptativamente al contexto en el cual se desarrollaron, pero que dejaron de ser adecuados cuando las condiciones sociopolíticas cambiaron.

Comparando las medias de los tres grupos en los distintos instrumentos se concluye que existen diferencias significativas entre los grupos, corroborándose que ambos grupos que vivieron situaciones de tortura tienen niveles significativamente más elevados que el grupo control. Sin embargo no hay diferencias significativas entre aquellos que no han recibido reparación psicosocial de los que sí han recibido. Esto se puede explicar desde el trauma psicosocial puesto que si bien el proceso terapéutico está dirigido a elaborar la experiencia y reducir sintomatología que pudiese presentar la persona, esto no es suficiente, puesto que la reparación en situaciones de violación de D.D.H.H, además implica el reconocimiento y justicia social con el propósito de visibilizar a aquél que no ha tenido falta de aquél que ha violado las reglas y merece sanción (Rojas, citada en CODEPU, 1996).

Finalmente a modo de discusión podemos señalar que los traumas extremos en infancia y adolescencia desarrollados en contextos de crímenes de lesa humanidad, deben necesariamente ser reparados bajo una visión biopsicosocial, puesto que el desarrollo que tenga el trauma depende de las características individuales, pero también a las dialécticas sujeto ambiente.

En el caso chileno consideramos que la impunidad es la prolongación de la represión y por ende la perpetuación de una dinámica violenta, además de ser un factor de riesgo en la salud mental de las víctimas puesto que no permite elaborar la experiencia operando como un mantenedor del trauma; siendo el propósito de la impunidad generar confusión de los hechos.

Una explicación a la puntuación mayor de las personas que tienen reparación en los distintos instrumentos de medición aplicados, en comparación al grupo que no tiene procesos de reparación es lo que plantea Madariaga (2006) y el concepto de retraumatización, entendiendo por que las personas que viven las secuelas del terrorismo de Estado, al iniciar un proceso de reparación ligado a tratamiento psicoterapéutico,

deben volver a contar sus propias vivencias asociadas a la violación de los Derechos Humanos. Esto implica revivir experiencias dolorosas que por años estaban encapsuladas en la memoria sin ser habladas, a esto se suma la tensión de tener que ser escuchado y validado en su relato ante quien decide si esta persona puede acceder o no al servicio especializado. De ser aceptado, al igual que en otros programas, la persona debe entrar a largas listas de espera. Por tanto, todo este proceso de reparación, se vive con gran tensión para la persona, lo que podría entenderse como una reexperimentación de sus experiencias traumáticas.

IX. COMENTARIOS FINALES

Si bien se sabe que existe una asociación entre trauma infantil y psicopatología en la adultez, sabemos que si existen contextos o personas significativas que apoyan y contienen a las víctimas, estas pueden servir como mecanismos de resiliencia para quienes han sido vulnerados en sus derechos humanos.

Consideramos que este tema invita a la investigación, ya que se abren bastante aristas que no se han podido profundizar en el presente estudio, como por ejemplo saber cuáles han sido los factores de resiliencia que los han ayudado a seguir adelante y sobrevivir durante 35 años.

Otra línea investigativa importante sería el saber cómo han sido las dinámicas familiares desde el acontecimiento a la fecha, o entender el qué los ha llevado en la actualidad a visibilizar su experiencia y por último que entienden ellos por reparación, y quizás de esta manera contribuir a que las víctimas puedan verse a sí mismas como sobrevivientes y vuelvan a tener un rol activo en la sociedad.

El estudio fue limitado, ya que existieron variables que no se pudieron controlar por ejemplo ser hijo de detenidos desaparecidos, de ejecutados o de ex presos políticos. Estas diferencias podrían sin duda arrojar información relevantes sobre como cada uno de los participantes a vivido su propia experiencia y a sido capaz de sobrevivir durante estos años.

También al ser un trabajo cuantitativo no permite conocer este tipo de vivencias y considerarlas como parte de un análisis más profundo.

X. BIBLIOGRAFÍA

Agger y Buss. (1996): Trauma y Cura en situaciones de Terrorismo de Estado. Editorial ILAS.Santiago de Chile.

Alan F. Schatzberg, Charles B. Nemeroff. (2006): Tratado De Psicofarmacología. Ediciones Elsevier. España.

Amir M. And Lev-Wiesel R.,(2003) : Time Does Not Heal All Wounds: Quality Of Life And Psychological Distress Of People Who Survived The Holocaust As Children 55 Years Later, Journal Of Traumatic Stress, Vol. 16, No. 3, June. Pp. 295–299.

Arriero L., Cuevas S. Y González A. (2002): Relación Entre Psicopatología Adulta Y Antecedentes de trauma infantil.

Barudy J. (2006): Hijos e Hijas de Madres Resilientes. Editorial Gedisa, España.

Barudy J. (2009): Artículo destinado a entregar los fundamentos científicos y éticos de la implicación de los centros EXIL España y EXIL Bélgica (Centro psico-médico-social para refugiados, víctimas de la tortura u otras violaciones de los Derechos Humanos) en la reparación terapéutica del daño en niños y niñas víctimas de la tortura durante la dictadura militar en Chile.

Beck, A; Rush, J.; Shaw, B., Y Emery, G. (1983): Terapia cognitiva de la depresión. Editorial Desclée de Brouwer.

Belloch, A. (1995): Conceptos y modelos en psicopatología: En manual de psicopatología Vol 1. Mac Graw-Hill. España.

Bobes, G (2002): Banco de instrumentos básicos para la práctica de la psiquiatría clínica. Editorial Ars. Médica. Barcelona.

Buendía J. (1996): Psicopatología en niños y adolescentes, desarrollos actuales. Ediciones Piramide, Madrid.

CODEPU (1996): Persona, Estado, Poder: Estudio Sobre Salud Mental. Editorial CODEPU. Santiago de Chile.

Comisión Nacional de los Derechos Humanos (2002) : Memoria del Foro sobre la Tortura en Mexico. Editado por la Comisión Nacional de los Derechos Humanos. México

Convención Interamericana Para Prevenir Y Sancionar La Tortura (OEA) (1988): Art. 2, Promulgada Por Chile Mediante El Decreto N. 809, Publicado El 26 De Noviembre.

Corona. A. y Ramírez.(2007): Ex Menores Víctimas De Represión Política Y Tortura Durante El Gobierno De La Junta Militar. Universidad De Playa Ancha Y Ciencias De La Educación. Valparaíso, Chile

DSM IV (1995): Manual Diagnostico y Estadístico de los Trastornos Mentales .Editorial Masson. España.

Estebanez P.(2005): Medicina Humanitaria. La Sociedad Ante La Guerra: Efectos De La Guerra y Violencia Organizada En La Salud Mental. Editorial Díaz de Santos. España.

Ex – Menores Víctimas de Prisión Política y Tortura (2004): Articulo, Nuestra vivencia. Valparaíso Chile.

Florenzano, Weil, Vitriol, Cru, Carvajal, Fullerton Y Muñiz (2004): Trauma Infanto Juvenil Y Psicopatología Adulta: Un Estudio Empírico. Revista Médica De Chile Volumen 132 N°12, Chile.

Florenzano y cols.(2002): Personalidad limítrofe, somatización y trauma infantil: Un estudio empirico. Revisa scielo, volumen 40 nª 4. Santiago Chile.

Gonzalez, F (2007): Instrumentos de Evaluación Psicológica. Editorial Ciencias Médicas. La Habana

Guía de bolsillo de la Clasificación CIE-10: Clasificación de los Trastornos mentales y del Comportamiento. Editorial Médica Panamericana.

Comision Valech (2003): Informe De La Comisión Nacional Sobre Prisión Política Y Tortura. Editorial Gobierno de Chile. Santiago de Chile.

Hernández, R. y cols. (2003): Metodología de la investigación. Editorial Mc GrawHill. México.

Jonson J. G., Patricia Cohen Y Cols.(1999): Childhood Maltreatment Increases Risk For Personality Disorders During Early Adulthood, Arch General Psychiatry 56:600-606.Estados Unidos.

Kaplan H. (2005): Sinopsis de Psiquiatría. Editorial Waverly Hispanica. España.

Lasa L. y cols. (2000): The use of the Beck Depression Inventory to screen for depression in the general population: a preliminary analysis. J Affect Disord.

Lira E., Morales G. (2002): Derechos Humanos y reparación: Una experiencia de trabajo psicosocial en Chile. Edición Interamericana. Santiago de Chile.

Lira E, Becker D, Castillo M.(1991): Psicoterapia De Víctimas De Represión Política Bajo Dictadura: Un Desafío Terapéutico, Teórico Y Político. Ediciones ILAS. Santiago de Chile.

Madariaga C.(2006):Retraumatización: Hacia Una Conceptualización Necesaria. Ediciones Cintras, Santiago de Chile.

Martin E. P. Seligman.(1981): Indefensión. Editorial Debate. Madrid España.

Millán, M.A y Serrano, S. (2003): Psicología y familia. Editorial Cáritas Españolas. España.

Millon T. (1998): Trastornos de la personalidad: más allá del DSM-IV. Editorial Masson. Barcelona.

Ministerio de Salud Chile.(2006): Guía Clínica para el tratamiento de personas con depresión. Editorial Gobierno de Chile. Santiago de Chile

Montt M., Hermosilla W. (2001): Trastorno De Estrés Post-Traumático En Niños. Revista Chilena De Neuro-Psiquiatría; 39: 110-20.Chile.

Moreno F, De La Corte L y Sabucedo J, (2004): En Psicología Y Derechos Humanos Editorial Icaria. España.

Neumann E. Y Erazo R.(1990): Significado Psicosocial De La Tortura, Ética Y Reparación, Equipo Médico Psiquiátrico. Editorial FASIC. Santiago Chile.

Norma Técnica (2000): Para La Atención De Personas Afectadas Por La Represión Política Ejercida Por El Estado En El Periodo 1973 – 1990. Gobierno De Chile, Ministerio De Salud, División De Rectoría Y Regulación Sanitaria/ Unidad De Salud Mental Chile.

OMS (2006): Manual de recursos de la OMS sobre salud mental, Derechos Humanos y Legislación. Ediciones de la OMS. Suiza.

Opazo R. y Bagladi V. (2006): La etiopatogenia de los trastornos de personalidad desde la psicoterapia integrativa. Revista de Psiquiatria.com, España.

Organización Mundial de la Salud Ginebra (1996): International Personality Disorder Examination (I.P.D.E.), Modulo DSM IV, España.

Pérez P., Vázquez C.(2001): Reconceptualizar La Psicología Del Trauma Desde Los Recursos Positivos: Apuntes Para Una Visión Alternativa. Psychiatry; 2: 182-193.España.

Punamäki, R.L. (2001): From Childhood trauma to adult well-being through psychosocial assistance of Chilean families. Journal of Community Psychology, 29, 281-303. Finlandia

Releer A. (1995): Es La Tortura Un Trastorno Por Estrés Post Traumático, Reflexión N° 23, Ediciones Cintras. Chile.

Rojas A. (2002): Después de romper el silencio. Psicoterapia con sobrevivientes de abuso sexual. Editorial Universitaria de Costa Rica. 2º edición

Sánchez M.(2006): Un Camino Hacia La Paz. Paz Y Salud Mental En Colombia. Editorial Bogotá D.C., Colombia : Academia Nacional De Medicina. Colombia.

Sanz y Vázquez.(1998): Fiabilidad, validez y datos normativos del inventario para la depresión de Beck. Universidad Complutense de Madrid. 1998. Vol. 10, nº 2, pp. 303-318 Editorial Psicothema, España

Seligman M. (1981): indefension .Editorial debate.

Silva H. (2002): Nuevas Perspectivas En La Biología De La Depresión. Rev. Chil. Neuro-Psiquiatr. Vol.40, Suppl. Pp. 9-20. Chile.

Tirapu, Alcaiza y Cols. (2001): Tratamiento del trastorno por estrés post traumático mediante la desensibilización por movimientos oculares. Psiquis 2001.

Valdivia Mario.(2006): Psiquiatría del adolescente. Editorial mediterráneo.

Vicente B, Rioseco P, Valdivia S, Kohn R, Torres S.(2002): Estudio chileno de prevalencia de patología psiquiátrica (DSM-III-R/CIDI) (ECP). Revista. Med. Chile.

Vidalis A. (2004):Women's Sexual Abuse: 50 Years Later, Psychiatry Journal. Grecia.

Yankura y Dryden (2000): Terapia conductual racional emotiva (REBT): casos ilustrativos. Editorial Desclée de Brouwer, Estados Unidos.

[http:// Hypatia.Morelos.Gob.Mx/No4/EI_Estres.Htm](http://Hypatia.Morelos.Gob.Mx/No4/EI_Estres.Htm)

<http://centros-psicotecnicos.es/ansiedad-depresion/inventario-depresion-de-beck/gmx-niv55-con139.htm>

[.http://www1.tau.ac.il/eial/index.php?option=com_content&task=view&id=294&Itemid=179](http://www1.tau.ac.il/eial/index.php?option=com_content&task=view&id=294&Itemid=179)

[http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003475311999000100006&lng=es&nrm=iso\)](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003475311999000100006&lng=es&nrm=iso)

Anexo n 2:

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA INVESTIGACIÓN CLÍNICA

INVESTIGADORES RESPONSABLES:

Profesora guía: M. Liliana Contreras Alarcón, Médico y Psicóloga Clínica. Docente departamento Clínico Escuela de psicología Universidad de Valparaíso.

Michelle Briones Miranda, Rut: 15.837.168-5, Psicóloga en practica Universidad de Valparaíso.

María José Jorquera González, Rut: 15.765.006-8, Psicóloga en practica Universidad de Valparaíso.

César Valencia Soto, RUT: 16.200.045-4, Psicólogo en práctica Universidad de Valparaíso.

Se me ha solicitado participar en una investigación que está estudiando algunos indicadores de salud mental en adultos que fueron víctimas de prisión política y tortura en infancia y/o adolescencia durante la Dictadura Militar chilena (1973/ 1990). Esta investigación compara los resultados con un grupo de personas de edades similares, que no vivieron esta experiencia.

Al participar en este estudio,

yo _____

estoy de acuerdo en contestar los 4 cuestionarios clínicos requeridas para éste estudio, que evalúan algunas características de cómo me siento y cómo me describo, destinando 45 minutos de tiempo a esta actividad.

Yo entiendo que:

1. Cualquier pregunta que yo quiera hacer con relación a mi participación en este estudio deberá ser contestada por Michelle Briones, María José Jorquera González, y César Valencia Soto, Psicólogos en práctica de la Universidad de Valparaíso.
2. Yo podré retirarme de este estudio en cualquier momento sin ser obligado/a a dar razones y sin que esto me perjudique.
3. Los resultados de este estudio pueden ser publicados, pero mi nombre o identidad no será revelado y mis datos clínicos y experimentales permanecerán en forma confidencial.
4. No se ha demostrado que el contestar estos cuestionarios tenga un efecto negativo para las personas; sin embargo, en caso de que yo experimentase algún nivel de malestar emocional frente a los cuestionarios puedo suspender mi participación, y si esto persistiera, puedo solicitar ayuda al equipo de apoyo de la Agrupación
5. El participar en esta investigación no significará un beneficio directo para mí, pero contribuirá a establecer una base de conocimiento mayor sobre las condiciones emocionales en que hemos sobrevivido
6. Mi consentimiento está dado voluntariamente sin que haya sido forzado u obligado.

FIRMA DEL INVESTIGADOR

FIRMA DEL PARTICIPANTE

Anexo 3: CUESTIONARIO

Los datos que UD. pueda aportar a este cuestionario no entregarán información sobre su identidad ni la de su círculo más próximo.

Responda a las siguientes preguntas que se le presentan anotando el número que representa su situación.

- Edad: _____ N° de hijos: _____
- N° de integrantes que conforman el grupo familiar: _____

Responda a las siguientes preguntas que se le presentan anotando un X en la alternativa que representa su situación.

SEXO: Masculino _____ Femenino _____

ESCOLARIDAD:

____ Básica incompleta ____ Básica completa
____ Media incompleta ____ Media completa
____ Técnico superior incompleto ____ Técnico superior completo
____ Universitaria incompleta ____ Universitaria completo

SITUACIÓN LABORAL:

____ Dueña(o) de casa ____ Empleado(a) ____ Desempleado(a)
____ Pensionado(a) ____ Jubilado(a) ____ Otro

ESTADO CIVIL: ____ Soltero(a) ____ Casado(a) ____ Separado(a) ____ Viudo(a)

INGRESOS MENSUALES: ____ Menos de \$100.000
____ Entre \$100.000 y \$165.000
____ Entre \$165.000 y \$244.000
____ Entre \$245.000 y \$440.000
____ Más de \$440.000

¿Algún familiar directo fue víctima de represión política durante 1973-1990?

SI____ **NO**____

En la infancia UD. Fue víctima de alguna experiencia que amenazara su integridad física y/o psicológica (Maltrato infantil, abuso sexual, pérdida trágica de alguno de sus padres o hermanos, etc.) **SI**____ **NO**____