

CARACTERIZACIÓN DE LA ESCALA DE GRAVEDAD DE SÍNTOMAS DEL TRASTORNO DE ESTRÉS POST-TRAUMÁTICO EN PERSONAS AFECTADAS POR TERRORISMO DE ESTADO EN CHILE: UN ACERCAMIENTO A LA EVALUACIÓN DEL DAÑO

CHARACTERIZATION OF THE SEVERITY SCALE OF DISORDER
SYMPTOMS IN POST-TRAUMATIC STRESS IN PEOPLE AFFECTED
BY STATES CHILEAN TERRORISM: AN APPROACH TO ASSESSING
DAMAGE

VALERIA MOSCOSO URZÚA

Comisión Mexicana de Defensa y Promoción de los Derechos Humanos, A.C.
Distrito Federal, México
valeria.moscoso@gmail.com

Recibido: 20-06-2013. **Aceptado:** 01-12-2013.

Resumen: El presente trabajo describe las propiedades psicométricas de la Escala de Gravedad de Síntomas del Trastorno de Estrés Post-Traumático, al aplicarse a un grupo de personas afectadas por el terrorismo de Estado en Chile; la muestra contó con 65 personas en dos grupos: uno conformado por 40 pacientes diagnosticados con un Trastorno de Estrés Post-Traumático y otro de 25 sujetos que, aun habiendo vivido violaciones a sus Derechos Humanos durante la dictadura, no presentaban dicho cuadro. En ambos grupos el análisis determinó fiabilidad y validez de la escala, mostrando valores significativos de consistencia interna, así como altos niveles de validez de contenido, discriminante, concurrente y eficacia diagnóstica. Asimismo, se intentó establecer relaciones entre los resultados y las variables sexo, nivel de compromiso político y tipo de evento represivo vivido, revelando una mayor presencia de sintomatología ansiosa en mujeres y personas que no tenían una participación política al momento de la represión; en estos últimos, además, también se registraron más síntomas de tipo evitativo. Paralelo a estos resultados, el estudio reflexiona en torno al nivel de representatividad y ajuste del concepto de Estrés Post-Traumático, y de los diagnósticos clínicos en general, en contextos de terrorismo de Estado y se discute la necesidad de contar con constructos e instrumentos de medición adecuados a las distintas problemáticas que enfrentamos como profesionales de la salud mental.

Finalmente, se mencionan las implicancias y contribuciones del presente estudio tanto para la práctica clínica como para el área jurídico-forense.

Palabras clave: Estrés post-traumático, terrorismo de Estado, daño psicológico.

Abstract: This paper describes the psychometric properties of the Post-Traumatic Stress Disorder Symptom Severity Scale, when applied to a group of people affected by state terrorism in Chile; the sample included 65 people into two groups: one consisting of 40 patients diagnosed with post-Traumatic Stress Disorder and another 25 subjects who, even having lived human rights violations during the period of dictatorship, had no such disorder. In both groups, the analysis determined reliability and validity of the scale, showing significant values of internal consistency, as well as high levels of content, discriminant and concurrent validity and diagnostic efficacy. Also, the study attempted to establish relationships between the results and the variables sex, level of political engagement and type of repressive event, revealing a greater presence of anxious symptoms in women and people who had no political involvement at the time of the repression; this last group also showed more avoidance symptoms. Parallel to these findings, the study makes a reflection on the representativeness and adjustment of the Post-Traumatic Stress concept, and clinical diagnoses in general, in contexts of state terrorism and discusses the need for appropriate constructs and measuring instruments to the various problems we face as mental health professionals. Finally, the paper mentions the implications and contributions of this study both for clinical practice and for legal and forensic area.

Keywords: Post-Traumatic Stress, State Terrorism, Psychological Harm.

1. Introducción

EL 11 DE SEPTIEMBRE de 1973 marcó a todos los sectores de la sociedad chilena; a partir de ese día y durante 17 años se instauró un régimen dictatorial que dejó profundas huellas en la población y que, aún en la actualidad, continúa mostrando una amplia lista de secuelas en individuos, familias, en la comunidad y el conglomerado jurídico e histórico que constituye el país.

Lo vivido durante estos años corresponde a lo que muchos autores han llamado terrorismo de Estado; en Chile, éste ha sido tomado también bajo el concepto de represión política, entendida como la *“violencia ejercida desde el Estado, con una lógica definida que implica su estudio y planificación, la produce un sistema, un poder que ocupa las funciones más elevadas del hombre, como son la razón y la conciencia para gestarla y aplicarla, lo que implica la*

creación de aparatos técnicos y la formación de personas especializadas en la destrucción...” (MINSAL, 2006: 17).

Este tipo de violencia se caracteriza por originarse en función de un determinado proyecto de sociedad y sus correspondientes sistemas de dominación y legitimación, *“obedece a una política represiva, tiene una racionalidad y es funcional a los intereses y necesidades de los grupos en el poder”* (MINSAL, 2006: 17); el daño que esto produce paraliza las respuestas sociales y, a través de la reproducción del terror, consolida el miedo, la ruptura de vínculos y la auto-marginación; la anomia resultante facilita el control de la población, revelando como el fin último de la represión sobre los cuerpos individuales es la destrucción del cuerpo social que sostiene al país (Madariaga, 1995).

Según datos oficiales, se estima que en Chile el terrorismo de Estado afectó “directamente” a alrededor de 800.000 personas; información aportada por organizaciones nacionales e internacionales habla de más de un millón de afectados “directos” entre detenidos-desaparecidos, ejecutados, torturados, exiliados, etc., de los cuales, además, un alto porcentaje sufrió graves niveles de traumatización que se mantienen hasta hoy y que constituyen una muestra de cómo, a 18 años de terminada la dictadura, este es un tema que continúa configurándose como problemática psicosocial (MINSAL, 2006).

Desde el ámbito de la salud, se ha demostrado que aún existe una alta demanda de asistencia médico-psicológica por irrupciones sintomáticas en personas violentadas por el Estado. Según datos del PRAIS,¹ los motivos de consulta más frecuentes corresponden a síndromes angustiosos, depresivos y conflictos interpersonales, así como los síntomas psicosomáticos, que tienden a aparecer ante la reactivación de situaciones traumáticas (MINSAL, 2006).

Entre estas nosologías se ha establecido que el Trastorno de Estrés Post-Traumático es uno de los cuadros clínicos que mejor refleja las perturbaciones derivadas de la represión, frente a esto, sin embargo, es importante comprender que la magnitud real que puede alcanzar el daño en este contexto es bastante más amplia que un mero diagnóstico e involucra distintas dimensiones de la vida, no sólo del sujeto que experimentó la represión “directamente”, sino también de su entorno familiar, su comunidad y el resto de la sociedad.

Cambiando al ámbito jurídico, esta temática tampoco ha perdido relevancia: a la fecha hay más de 300 procesos en tribunales relacionados con violaciones a Derechos Humanos; de éstos, menos del 50% ha llegado a

¹ Programa del Ministerio de Salud, Gobierno de Chile, que nace en 1991 como un espacio de acogida y atención para las personas afectadas por la represión política ejercida por el Estado.

establecer condenas y/o medidas reparatorias, sea por obstáculos políticos y/o deficiencias en el mismo sistema (Pérez, 2006; Amnistía Internacional Chile, 2008).

La precariedad de nuestra norma constitucional respecto a la incorporación del Derecho Internacional de Protección a los Derechos Humanos, la poca independencia lograda por los poderes del Estado a través de los sucesivos gobiernos post-dictadura para juzgar estos delitos, la reiterada aplicación de la “Ley de Amnistía” (Decreto de Ley 2.191) y la prescripción (artículos 94, 95 y 96 del Código Procesal Penal), así como la falta de voluntad política para cambiar la situación, amenazan continuamente el funcionar del sistema jurídico, al mismo tiempo que han cumplido un importante rol en el mantenimiento de la impunidad (Galiano, 2004; Ministerio de Justicia, 2008; Programa de Acciones de Interés Público y Derechos Humanos, 2008).

Entre las deficiencias del sistema, por su parte, una de las más importantes tiene que ver con las dificultades para valorar el daño en las víctimas, el que ha tendido habitualmente a ser tratado de una forma reduccionista y dicotómica en nuestra legislación, es decir, si se produjo o no un trastorno psicopatológico o si éste es lo suficientemente grave, evidente y permanente, lo que ignora por completo el alcance de las heridas psicológicas en el ser humano, así como su carácter dialéctico, cíclico y multicausal (Lin Ching, 2003).

Desde la perspectiva del derecho penal, por su parte, éste ha prestado tradicionalmente mayor atención a las lesiones físicas que al llamado “daño psíquico”, por lo que tampoco existen instrumentos apropiados para valorarlo en el contexto legal; todas estas dificultades en torno a la valoración del daño y la consecuente protección jurídica de la salud mental –como un estado que va más allá de la mera ausencia de enfermedad– ha repercutido en muchos de los procesos que pasan por tribunales (Echeburúa, Corral y Amor, 2002).

Una adecuada evaluación del daño generado tras un evento traumático requiere realizar análisis profundos y cuidadosos de la victimización sufrida; en el caso de personas afectadas por terrorismo de Estado, esta comprensión y evaluación se vuelve más compleja en la medida que el daño, además de ser individual y colectivo, posee un arraigo eminentemente político y social.

Ahora bien, la experiencia ha mostrado que el malestar derivado de sucesos violentos, incluyendo el terrorismo de Estado, suele ajustarse a los criterios del Trastorno de Estrés Post-Traumático; lo anterior permite pensar que, aun cuando en solitario la nosología no es suficiente para reflejar la complejidad del daño, sí puede constituir un factor en su valoración. Esta

información puede servir en los procesos jurídicos, contribuyendo a acreditar parte del deterioro psicológico causado, por ejemplo, por la violencia institucional, ofreciendo líneas de acción para la intervención y el establecimiento de reparaciones (Echeburúa, Corral y Amor, 2002).

Una de las herramientas más usada actualmente para valorar el TEPT es la “Escala de Gravedad de Síntomas del Trastorno de Estrés Post-Traumático”, creada por Echeburúa y sus colaboradores para evaluar frecuencia e intensidad de sus síntomas. Esta Escala es un instrumento rápido y sencillo que puede aportar mucho a las evaluaciones de daño.

Caracterizar este instrumento en nuestro país y con la población descrita constituye una contribución para nuestro sistema jurídico instándonos, por un lado, a abordar y clarificar los conceptos involucrados y brindándonos, por otro, un instrumento que cumpla con los requerimientos metodológicos necesarios para evaluar el TEPT.

2. Metodología

La metodología utilizada fue cuantitativa, las personas que constituyeron la muestra, no obstante, ya habían sido afectadas por las variables clave del estudio al momento de la evaluación, de modo que la investigación fue no experimental del tipo *ex post facto* (Kerlinger, 1983; Hernández, Fernández y Baptista, 2008).

La población incluye a todas aquellas personas, junto a sus grupos familiares, que se vieron afectadas por alguna(s) forma(s) de represión ejercida por el Estado durante la dictadura militar chilena de 1973-1990, tales como detención-desaparición, ejecución, prisión política, tortura, exilio, amedrentamiento y persecución, relegación o exoneración. La muestra, por su parte, fue no probabilística o intencionada y se conformó por 65 hombres y mujeres de diversas edades y distribuidos en dos grupos (Tabla Nº 1 y Tabla Nº 2):

a) Una muestra clínica de 40 personas de la Región Metropolitana, diagnosticadas con un Trastorno de Estrés Post-Traumático según criterios del DSM-IV/TR (APA, 2002), quienes reciben atención en la Fundación de Ayuda Social de las Iglesias Cristianas (FASIC)² y el Programa de Reparación y Atención Integral en Salud y Derechos Humanos (PRAIS).

² Fundado en 1975, corresponde a una institución no gubernamental de carácter ecuménico dedicada al trabajo en Derechos Humanos.

b) Un grupo normativo –seleccionado según criterios de pareamiento con el grupo clínico en las variables edad, sexo y evento(s) represivo(s) vivido(s)– conformado por 25 personas que, habiendo vivido uno o más de los eventos represivos enunciados, no presentaban al momento de la investigación sintomatología asociada o presentaban síntomas insuficientes para acreditar un diagnóstico de Trastorno de Estrés Post-Traumático (APA, 2002).

Tabla N° 1. Características generales de la muestra.

		Muestra clínica con Trastorno de Estrés Post-Traumático	Muestra normativa sin Trastorno de Estrés Post-Traumático
Número de sujetos:		40	25
EDAD (años)	X (D.T.) Rango	57,5 (9,9) (39-79)	55,8 (12,9) (32-80)
Sexo	Hombres	17 (42,5%)	11 (44%)
	Mujeres	23 (57,5%)	14 (56%)
Evento(s) Represivos(s) vivido(s) de forma directa	Un solo evento represivo*.	36 (90%)	22 (88%)
	Dos o más eventos represivos.	4 (10%)	3 (12%)
Antigüedad del evento	X Rango	32 años (1973-1988)	30 años (1973-1989)

*Especificaciones sobre cada uno de los tres principales Evento(s) Represivo(s) Vivido(s) en Tabla N° 2.

Tabla N° 2. Distribución de los principales eventos represivos “puros”* vividos de forma directa.

	Muestra clínica con Trastorno de Estrés Post-Traumático	Muestra normativa sin Trastorno de Estrés Post-Traumático
Ejecución política	11 (27,5%)	7 (28%)
Detención con desaparición	8 (20%)	5 (20%)
Prisión y tortura	17 (42,5%)	10 (40%)

*Apunta a que la persona vivió sólo uno de los eventos represivos expuestos y ningún otro.

La principal variable la constituyó el Trastorno de Estrés Post-Traumático en la medida que múltiples investigaciones referentes al tema han coincidido en presentar al TEPT como el cuadro clínico que mejor refleja, dentro del ámbito bio-médico, gran parte de las secuelas individuales derivadas de la represión ejercida por el Estado.

El instrumento de evaluación fue la Escala de Gravedad de Síntomas del Trastorno de Estrés Post-Traumático, creada en España, en 1997, por Enrique Echeburúa, Paz de Corral, Pedro Javier Amor, Irene Zubizarreta y Belén Sarasua. Dicha escala es una herramienta heteroaplicada, a modo de entrevista estructurada, cuyo objetivo es facilitar el diagnóstico de TEPT, así como medir su severidad al cuantificar la frecuencia e intensidad de sus síntomas (Echeburúa, Corral, Amor, Zubizarreta y Sarasua, 1997).

Consta de 17 ítemes en formato Likert de 0 a 3 puntos, basados en los criterios del DSM-IV para el TEPT, de los cuales 5 refieren a síntomas de reexperimentación, 7 a los de evitación y 5 a hiperactivación, además de incluir una subescala complementaria de 13 ítemes de manifestaciones somáticas de ansiedad, cuyo puntaje no se incluye ni altera el resultado de la Escala sino que orienta la acción caracterizando el trastorno caso a caso (Echeburúa, Corral, Amor, Zubizarreta y Sarasua, 1997).

La escala es de fácil y rápida aplicación y ha sido validada en España para víctimas de agresión sexual, violencia familiar, terrorismo, accidentes y enfermedades graves. En cuanto a sus propiedades psicométricas se han evidenciado altos niveles de fiabilidad a través de su estabilidad temporal (0,89) y consistencia interna (0,92), así como una significativa validez de contenido, constructo, convergente y discriminante, donde los puntajes y juicios de expertos también son altamente satisfactorios (Echeburúa, Corral, Amor, Zubizarreta y Sarasua, 1997).

El proceso de investigación consistió en una revisión del instrumento, en la que se adaptó el lenguaje según el contexto sociocultural chileno, llevando a cambios mínimos en algunas palabras; no fue necesaria la adaptación teórica puesto que no existen diferencias en los criterios diagnósticos del TEPT entre el DSM-IV (1994) y su versión revisada, DSM-IV/TR (APA, 2002). En un segundo momento, se contactó a las instituciones pertinentes, se construyó una pauta de entrevista como guía para la aplicación y se confeccionó un consentimiento informado.

El tercer lugar, se administró de la Escala de Gravedad de Síntomas del Trastorno de Estrés Post-Traumático de manera individual y heteroaplicada en una sesión que incluyó, además, la recolección de antecedentes de la persona, el evento represivo y su contexto. Finalmente, la información fue codificada y transferida a una matriz, dando paso a la etapa de análisis de datos.

3. Resultados

La confiabilidad del instrumento fue determinada a partir del coeficiente alfa de Cronbach y, para el conjunto total de sujetos ($N=65$, tomando la muestra clínica y control juntas), los datos derivados de la aplicación de la Escala revelaron un alfa de 0,96, reflejando una alta consistencia interna y, por tanto, un nivel de fiabilidad muy satisfactorio. Este valor, además, resulta coherente con lo obtenido por Echeburúa, Corral, Amor, Zubizarreta y Sarasua (1997) al construir el instrumento quienes, con un total de 638 personas, lograron un índice de consistencia de 0,92 (Oviedo y Campo-Arias, 2005; Hernández, Fernández y Baptista, 2008).

En cuanto a los resultados de cada subdimensión puede apreciarse un alfa de 0,86 para la subescala de Reexperimentación, de 0,91 para las escalas de Evitación y Activación, así como de 0,94 para la subescala complementaria de Manifestaciones Somáticas de la Ansiedad; lo anterior muestra, de nuevo, una alta consistencia interna y reafirma la confiabilidad del instrumento.

Ahora bien, al tomar sólo la muestra clínica ($N=40$), el coeficiente alfa alcanzó un valor de 0,80 para los resultados globales lo que, si bien es menor que en el conjunto total, continúa constituyendo un valor de fiabilidad satisfactorio para la Escala de Gravedad de Síntomas. Respecto a los alfa en cada subescala se observan valores de 0,46 para Reexperimentación, 0,76 para Evitación, 0,64 para Activación y 0,88 para la complementaria.

Desde un punto de vista estadístico, estas menores correlaciones pueden explicarse a partir de los tamaños muestrales, ya que al parcelar el conjunto total de sujetos las sub-muestras resultan más reducidas y presentan menor variabilidad o dispersión de los datos, lo que termina influyendo en el valor de alfa. Asimismo, en el caso de las subescalas de Evitación y, especialmente, de Reexperimentación, si bien los valores quedan debajo del mínimo aceptable, esto no significa necesariamente que la escala deje de ser fiable sino que es preciso tener cautela en términos de estabilidad, particularmente en las dimensiones mencionadas.

En cuanto a la validez de la escala nos encontramos, por un lado, frente a la validez de contenido, referida al grado en que un instrumento representa un dominio específico de contenido de la variable que se desea medir; de acuerdo a los resultados de la aplicación, es posible reafirmar la total satisfactoriedad de esta validez, ya que sus ítems continúan abarcando el 100% de los criterios del Trastorno de Estrés Post-Traumático, aun tras la actualización el DSM-IV (hoy DSM-IV/TR) y habiéndose realizado pequeñas adaptaciones de lenguaje según el contexto sociocultural (Hernández, Fernández y Baptista, 2008).

La validez discriminante o divergente, por su parte, alude a cómo rasgos distintos –en este caso, la presencia/ausencia del Trastorno de Estrés Post-Traumático–, medidos con métodos similares –es decir, la Escala de Gravedad de Síntomas– deberían presentar una baja correlación entre sí; en la presente investigación, esta validez resultó ser altamente satisfactoria, demostrando la capacidad del instrumento de diferenciar de forma significativa aquellas personas aquejadas por un TEPT de quienes no lo padecen (Hernández, Fernández y Baptista, 2008).

Lo anterior fue determinado a partir de la prueba T de Student con un valor de $p < 0,05$ (Tabla Nº 3 y Tabla Nº 4). Estos resultados de nuevo coinciden con los obtenidos por Echeburúa y cols. (1997) y se pueden apreciar a nivel global y en las distintas secciones de la Escala (Gráfico Nº 1).

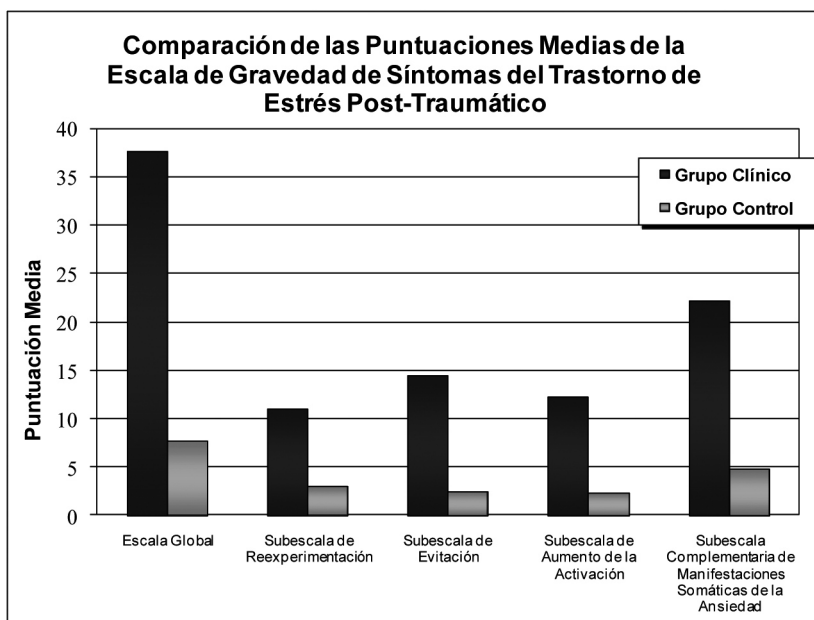
Tabla Nº 3. Validez Discriminante de la Escala de Gravedad de Síntomas del Trastorno de Estrés Post-Traumático y sus diferentes subescalas.

	Grupo clínico (Con Trastorno de Estrés Post-Traumático) N=40		Grupo control (Sin Trastorno de Estrés Post-Traumático) N=25		Probabilidad Asociada a "T"
	X	(D.T.)	X	(D.T.)	
Escala global (Rango de Puntaje: 0-51)	37,73	(7,58)	7,68	(3,42)	0,00*
Subescalas					
Reexperimentación (Rango de Puntaje: 0-15)	11,03	(2,36)	2,96	(1,31)	0,00*
Evitación (Rango de Puntaje: 0-21)	14,43	(4,44)	2,44	(1,36)	0,00*
Aumento de la Activación (Rango de Puntaje: 0-15)	12,25	(2,75)	2,28	(1,88)	0,00*
Manifestaciones Somáticas de la Ansiedad (Rango de Puntaje: 0-39)	22,18	(9,35)	4,88	(5,64)	0,00*
* $p < 0,05$					

Todo lo expuesto respecto de la validez discriminante indica que nos encontramos también frente a una validez concurrente ya que, en la medida que el instrumento posee una adecuada capacidad para discriminar los casos clínicos de los casos control, sus resultados son, a su vez, coherentes con el criterio externo, en este caso el juicio clínico especializado, es decir,

el diagnóstico de Trastorno de Estrés Post-Traumático realizado por los profesionales que atienden a quienes conformaron la muestra clínica (Hernández, Fernández y Baptista, 2008).

Gráfico N° 1. Comparación de las puntuaciones medias de la Escala de Gravedad de Síntomas del Trastorno de Estrés Post-Traumático y sus distintas subescalas.



Finalmente, tomando en cuenta los puntos de corte propuestos por Echeburúa y sus colaboradores (1997), es posible observar altos niveles de sensibilidad (100%), especificidad (100%) y eficacia diagnóstica (100%) para la Escala a nivel global, valores que se repiten al tomar cada subescala por separado y que pueden considerarse bastante satisfactorios (Tabla N° 4 y Tabla N° 5). Estos resultados apuntan a la capacidad del instrumento para detectar correctamente a un individuo con TEPT (sensibilidad), clasificar positivamente a una persona sin TEPT (especificidad) y discriminar efectivamente entre ambos sujetos (eficacia diagnóstica).

Tabla Nº 4. Sujetos clínicos y control clasificados positivamente por el instrumento.

	Verdaderos positivos Sujetos de la muestra clínica (con TEPT) confirmados por la escala.	Verdaderos negativos Sujetos de la muestra control (sin TEPT) confirmados por la escala.	Total bien clasificados
Escala global	40	25	65
Subescalas Reexperimentación	40	24	64
Evitación	40	25	65
Aumento de la Activación	40	19	59
Con un N de 40 sujetos en la muestra clínica, de 25 en la control y un total global de 65 personas.			

Tabla Nº 5. Eficacia diagnóstica de la Escala de Gravedad de Síntomas del Trastorno de Estrés Post-Traumático a nivel global y en cada subescala.

	Punto de corte*	Sensibilidad (Verdaderos Positivos/ Total clínicos) x 100	Especificidad (Verdaderos Negativos/ Total Control) x 100	Eficacia Diagnóstica (Total Bien Clasificados/ Total Global) x 100
Escala global (Rango 0-51)	15	100%	100%	100%
Subescalas Reexperimentación (Rango 0-15)	5	100%	96%	98,46%
Evitación (Rango 0-21)	6	100%	100%	100%
Aumento de la Activación (Rango 0-15)	4	100%	76%	90,77%
*El diagnóstico del TEPT, según el instrumento, requiere la superación o, al menos, la igualación del punto de corte en la escala global así como en cada una de las subescalas.				

Según estos cálculos, la subescala más discriminante del instrumento correspondería a la de Evitación, seguida por la de Reexperimentación,

coincidiendo con la mayor relevancia de estos criterios en el diagnóstico del Estrés Post-Traumático y que lo diferencian de otros cuadros ansiosos; la subescala de Aumento de la Activación, por su parte, quedaría en tercer lugar.

En cuanto a la subescala complementaria de Manifestaciones Somáticas de la Ansiedad, ésta constituye un caso especial, ya que, por un lado, aún no se ha propuesto ningún punto de corte específico que permita profundizar en sus resultados y, por otro, corresponde a la subescala que presenta la menor capacidad discriminante en relación al TEPT, lo que podría explicarse clínicamente debido a que este tipo de sintomatología tiende a cruzar a diversas psicopatologías.

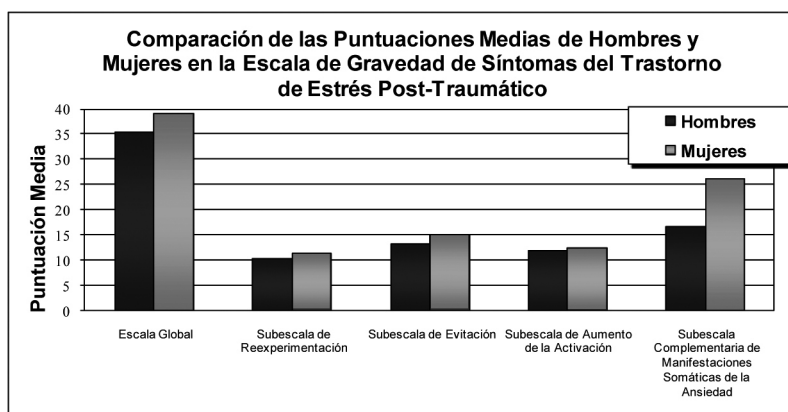
Ahora bien, la aplicación de la Escala de Gravedad de Síntomas del TEPT en personas afectadas por terrorismo de Estado en Chile, no sólo pretendió estudiar sus características psicométricas sino, también, establecer relaciones entre sus resultados y las variables implicadas, a saber, sexo, nivel de compromiso político y evento represivo vivido; para esto se tomó únicamente a los sujetos de la muestra clínica y se volvió a utilizar la fórmula de comparación de medias, la prueba T de Student, con una probabilidad de error por debajo del 5% ($p < 0,05$).

En cuanto a la primera variable, sexo, puede observarse que no existirían diferencias significativas en los resultados obtenidos por los hombres y mujeres que formaron parte del grupo clínico (Tabla Nº 6), aun cuando las puntuaciones medias obtenidas por estas últimas tienden a superar levemente a las alcanzada por los varones, tanto a nivel global como en las tres subescalas principales (Reexperimentación, Evitación, Aumento de la Activación).

En el caso de la subescala de Manifestaciones Somáticas de la Ansiedad, sin embargo, sí se observaría un contraste importante entre ambos grupos, siendo la mujeres quienes presentarían un promedio de sintomatología ansiosa significativamente mayor en comparación con los hombres, aportando un dato interesante a profundizar en futuras investigaciones (Gráfico Nº 2).

Tabla N° 6. Relación entre los resultados de la Escala de Gravedad de Síntomas del Trastorno de Estrés Post-Traumático y la variable Sexo.

	Sexo		Probabilidad asociada a "T"
	Hombres N=17 (42,5%)	Mujeres N=23 (57,5%)	
Escala global X	35,53	39,30	0,120*
Subescala Reexperimentación X	10,35	11,52	0,123*
Subescala Evitación X	13,35	15,22	0,193*
Subescala Aumento de la Activación X	11,82	12,57	0,407*
Subescala Manifestaciones Somáticas de la Ansiedad X	16,82	26,13	0,001*
*p<0,05			

Gráfico N° 2. Comparación de las puntuaciones medias de hombres y mujeres en la Escala de Gravedad de Síntomas del Trastorno de Estrés Post-Traumático.

La variable relativa al nivel de compromiso político mostraría el mismo comportamiento a nivel global que en el caso anterior, no habiendo gran diferencia entre los resultados de quienes eran militantes, simpatizantes y

no participantes al momento de vivir el evento represivo; contrastes más significativos se ven, no obstante, entre quienes no mantenían ningún compromiso político a esa fecha y aquellos que tenían un compromiso alto, especialmente en la subescala de Evitación y, de nuevo y sobre todo, en la de Manifestaciones Somáticas (Tabla Nº 7 y Tabla Nº 8).

Lo anterior mostraría que los sujetos que no se interesaban ni participaban de ningún tipo de partido u organización, presentarían actualmente mayor promedio de síntomas evitativos y ansiosos que quienes sí militaban; esto puede explicarse, entre otras razones, por el respaldo organizacional percibido al momento a raíz de la pertenencia a una agrupación político-social, lo que puede haber actuado como un factor protector.

Además, es importante notar que si bien los resultados de la prueba T no revelan, en general, diferencias significativas entre los grupos, sí existe un leve y progresivo incremento en las medias según el nivel de compromiso político (Gráfico Nº3).

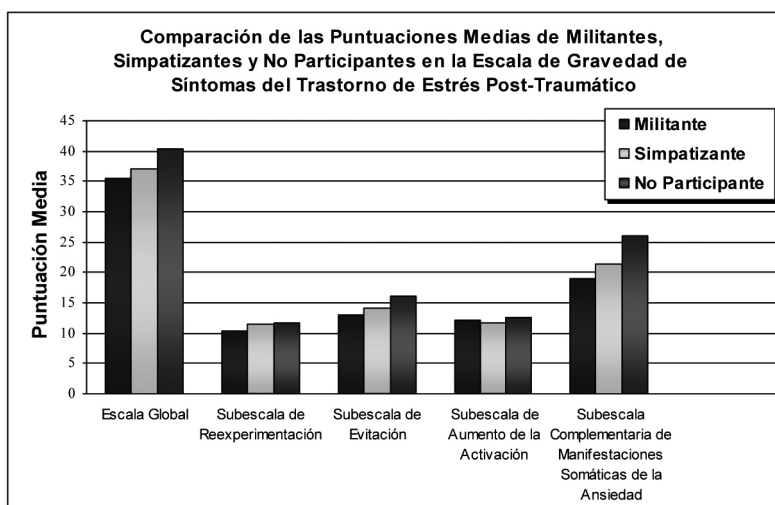
Tabla Nº 7. Relación entre los resultados de la Escala de Gravedad de Síntomas del Trastorno de Estrés Post-Traumático y la variable Nivel de Compromiso Político: Promedios.

	Nivel de compromiso político		
	Militante (Compromiso Alto) N=17 (42,5%)	Simpatizante (Compromiso Medio) N=8 (20%)	No Participante (Sin Compromiso) N=15 (37,5%)
Escala global X	35,59	37,13	40,40
Subescala Reexperimentación X	10,35	11,38	11,60
Subescala Evitación X	13,06	14,13	16,13
Subescala Aumento de la Activación X	12,18	11,63	12,67
Manifestaciones Somáticas de la Ansiedad X	19,00	21,50	26,13

Tabla Nº 8. Relación entre los resultados de la Escala de Gravedad de Síntomas del Trastorno de Estrés Post-Traumático y la variable Nivel de Compromiso Político: “T” de Student.

	Probabilidad asociada a “t”		
	Militante/ Simpatizante*	Simpatizante/ No Participante*	Militante/ No Participante*
Escala global	0,633	0,341	0,072
Subescala Reexperimentación	0,291	0,835	0,149
Subescala Evitación	0,605	0,281	0,044
Subescala Aumento de la Activación	0,626	0,419	0,634
Manifestaciones Somáticas de la Ansiedad	0,534	0,273	0,025
*p<0,05			

Gráfico Nº 3. Comparación de las puntuaciones medias de Militantes, Simpatizantes y No Participantes en la Escala de Gravedad de Síntomas del Trastorno de Estrés Post-Traumático.



Por último, respecto del evento represivo vivido es importante atender que se consideró únicamente a los sujetos que vivieron una experiencia de represión; esta decisión respondió a que la mayoría de quienes formaron la muestra registraron sólo uno de estos sucesos, siendo el porcentaje de personas que vivieron más demasiado reducido para realizar un buen análisis.

Pese a lo anterior, es también primordial recordar que aun habiendo vivido un solo evento represivo durante la dictadura, gran parte de la población se vio expuesta a la persecución perpetrada por el Estado y el clima general que se vivía en Chile era de permanente amenaza; lo anterior significa que toda la sociedad experimentó altos niveles de estrés y que sus secuelas, habiendo o no vivido un hecho concreto, no son aisladas ni “puras”.

Con estas precauciones en mente, los resultados alcanzados mostraron que no existirían diferencias significativas entre quienes vivieron la desaparición o asesinato de un familiar y aquellos que fueron directamente afectados por la prisión política y la tortura, esto tanto a nivel global como en cada una de las subescalas, incluyendo la complementaria de Manifestaciones Somáticas de la Ansiedad (Tabla Nº 9, Tabla Nº 10 y Gráfico Nº 4).

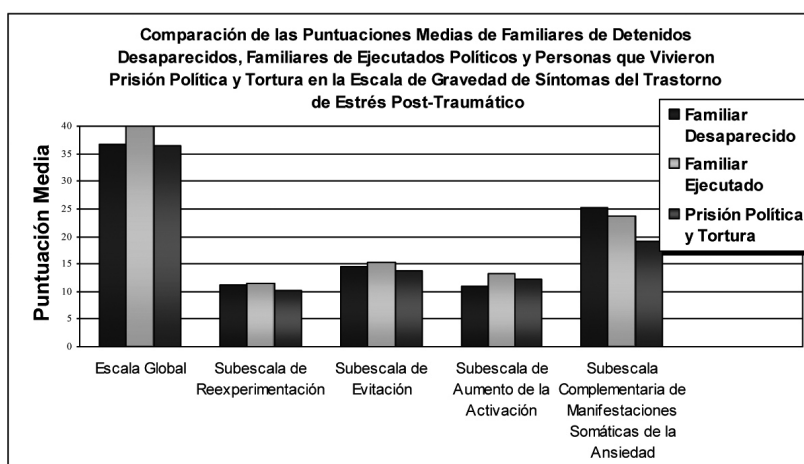
Tabla Nº 9. Relación entre los resultados de la Escala de Gravedad de Síntomas del Trastorno de Estrés Post-Traumático y la variable Tipo de Evento Represivo Vivido: Promedios.

	Tipo de evento represivo vivido		
	Detención con desaparición N=8 (20%)	Ejecución política N=11 (27,5%)	Prisión y tortura N=17 (42,5%)
Escala global X	36,75	40,00	36,35
Subescala Reexperimentación X	11,13	11,36	10,24
Subescala Evitación X	14,63	15,36	13,82
Subescala Aumento de la Activación X	11,00	13,27	12,29
Manifestaciones Somáticas de la Ansiedad X	25,25	23,82	19,18

Tabla N° 10. Relación entre los resultados de la Escala de Gravedad de Síntomas del Trastorno de Estrés Post-Traumático y la variable Tipo de Evento Represivo Vivido: “T” de Student.

	Probabilidad asociada a “t”		
	Desaparición/ Ejecución política*	Desaparición/ Prisión y tortura*	Ejecución política/ Prisión y tortura*
Escala global	0,428	0,901	0,207
Subescala Reexperimentación	0,842	0,294	0,223
Subescala Evitación	0,754	0,684	0,387
Subescala Aumento de la Activación	0,083	0,325	0,340
Manifestaciones Somáticas de la Ansiedad	0,769	0,116	0,213
*p<0,05			

Gráfico N° 4. Comparación de las puntuaciones medias de Familiares de Detenidos Desaparecidos, Familiares de Ejecutados Políticos y Personas que Vivieron Prisión Política y Tortura en la Escala de Gravedad de Síntomas del Trastorno de Estrés Post-Traumático.



En síntesis, los cálculos realizados a partir de la aplicación de la Escala de Gravedad de Síntomas del Trastorno de Estrés Post-Traumático revelaron que ésta se comporta de manera homogénea y confiable en la población especificada; asimismo, los distintos tipos de validez mostraron altos niveles en términos de contenido, capacidad discriminante y concurrente presentando, además, una adecuada eficacia diagnóstica.

En cuanto a las relaciones entre las variables no se observó, en general, ninguna diferencia significativa, excepto en los síntomas de Evitación, que estarían más presentes en las personas que no mantenían ningún tipo de compromiso político en comparación con aquellos que tenían una militancia en algún partido u organización; lo mismo sucede con la sintomatología somática de ansiedad que, además, también estaría más marcada en las mujeres que en los hombres.

En consecuencia, de lo anterior puede extraerse que el instrumento construido por Echeburúa, Corral, Amor, Zubizarreta y Sarasua (1997) constituiría una herramienta diagnóstica confiable y válida al ser aplicada a personas chilenas afectadas por terrorismo de Estado, permitiendo cuantificar la intensidad y frecuencia de su sintomatología y brindando información relevante caso a caso respecto de sus manifestaciones ansiosas. Dichos resultados son un paso más en la evaluación del TEPT en Chile y abren una puerta a futuras investigaciones.

4. Discusión

Los resultados de la aplicación de la Escala de Gravedad de Síntomas del Trastorno de Estrés Post-Traumático en personas afectadas por terrorismo de Estado en Chile demostraron ser ampliamente satisfactorios, encontrándonos frente a un instrumento que sobrepasa las exigencias mínimas para ser utilizado tanto en contextos clínicos como jurídico-forenses.

Ahora bien, aun contando con una herramienta que abarca de forma válida y fiable los criterios del TEPT, es necesario detenerse sobre algunos elementos como: ¿es este diagnóstico realmente representativo del daño referido?, ¿qué sucede si el problema de fondo es, precisamente, la nosología que sustenta al instrumento?, ¿cómo afectan los diagnósticos a los procesos legales y cuál es su verdadero papel en este espacio?

Estas interrogantes apuntan a un tema medular: la relación entre Psicología y Derecho; para abordarlas se seguirán dos líneas: la primera respecto del diagnóstico clínico propiamente tal y, la segunda, respecto del rol que los diagnósticos cumplen dentro de los procedimientos jurídicos.

Respecto a la nosología en cuestión, nos topamos con una categoría que admite una cierta heterogeneidad al definirse dentro de un sistema politético de clasificación, al mismo tiempo que reconoce algún papel del medio al incluir entre sus criterios el deterioro significativo de múltiples áreas de la vida de la persona. Pese a esto, varias críticas han surgido, especialmente de quienes trabajan en el área de Derechos Humanos ya que, aun con este margen de variabilidad y vínculo con el entorno, el Estrés Post-Traumático continúa constituyendo un diagnóstico psicopatológico, es decir, una condición anómala, nociva y ajena al individuo.

En este cuadro quien padece es el sujeto y el énfasis está puesto en la presencia/ausencia de síntomas unipersonales, lo anterior puede aplicarse a situaciones como accidentes, diagnóstico de enfermedades catastróficas, etc., en escenarios como los de terrorismo de Estado, sin embargo, esta definición comienza volverse inadecuada, pues el daño aquí no surge como algo accidental sino que se ubica en el tipo de relación establecida entre el(los) individuo(s) y la sociedad.

El TEPT, como lo describe el DSM-IV/TR, homologa distintos eventos sin considerar sus diferencias contextuales, dando poca relevancia a los procesos socio-históricos e ignorándolos como factores constitutivos del trauma; igualmente, al ser visto como una patología individual, tiende a clasificar a quienes lo padecen como “enfermos”, enfrascándose en visiones limitadas que desconocen su naturaleza psicosocial e ignoran el daño interpersonal generado.

El terrorismo de Estado, por su parte, deriva en hechos traumáticos complejos en la medida que su origen es eminentemente socio-político, la represión aquí ejercida corresponde a un acto humano integral, racional y deliberado, cuya afectación tendrá un impacto en el psiquismo individual y la subjetividad colectiva, alterando múltiples áreas de la vida de las personas.

No se trata, entonces, sólo de síndromes psicopatológicos sino de respuestas normales frente a las condiciones del entorno, es decir, lo que para algunos especialistas correspondería a síntomas o reacciones anormales basadas en un enfoque centrado en el déficit estaría apuntando, más bien, a respuestas adaptativas desplegadas por el organismo frente a una situación de amenaza, expresiones concretas del conflicto que se desarrolla en una determinada sociedad.

Por otro lado, el que aún después de 30 años de los hechos represivos concretos podamos detectar signos de TEPT responde, precisamente, al mantenimiento de las condiciones de abuso, lo que le añade al concepto un carácter secuencial en que el período de post-conflicto formaría parte del proceso traumático mismo. Desde esta perspectiva, es posible observar

que, mientras el trauma psíquico individual se ve como algo que “ya pasó”, el trauma psicosocial constituye algo que “continúa pasando” y, de esta forma, sigue conservando vigentes sus consecuencias.

Lo anterior tiene el respaldo de autores como Keilson (en Madariaga, 2002) o Echeburúa (2004), quienes explican cómo el estrés extremo y permanente derivado de la amenaza vital imperante en el tejido social genera trastornos que pueden proyectarse, incluso, transgeneracionalmente pues la experiencia sigue operando en la conciencia espontánea y el inconsciente colectivo y depende no sólo de la estructura objetiva y la significación que el hecho tiene para la persona sino también y, sobre todo, del apoyo social recibido tras los eventos.

El no reconocimiento del daño, el rechazo de los grupos de pertenencia o el incumplimiento de las promesas de reparación, etc., pueden resultar aún más traumáticos que la represión misma, pasando los afectados de un papel de “enemigos” en el régimen al de “víctimas enfermas” en la transición. Este es un punto que se reafirma en los resultados, no sólo tras la aplicación de la Escala sino, también, en lo expuesto por varios de los entrevistados quienes manifestaron un abandono y/o maltrato desde las instituciones así como una sensación de marginación social.

El Estado, es decir, el ente que dañó en el pasado, continuaría haciéndolo en la actualidad, lo que unido a esta visión del daño como una enfermedad y a la impunidad percibida a nivel político, jurídico y social, constituirían algunos de los principales factores de retraumatización y cronificación del daño o, dicho en términos jurídicos, de victimización secundaria.

Ahora bien, queda claro que el Trastorno de Estrés Post-Traumático reflejaría sólo una porción del malestar experimentado por quienes vivieron la violencia de Estado y que su magnitud involucra dimensiones que no necesariamente se corresponden con nosologías específicas. Lo anterior nos confronta con la necesidad de crear y perfeccionar concepciones más integrales, tanto para en el ámbito clínico como jurídico; de aquí, entonces, surge en la discusión el segundo tema.

En el contexto legal los cuadros psicopatológicos forman parte de las evaluaciones de daño, cuyo estudio ha ido evolucionando bastante; poco a poco han aparecido nuevas herramientas, así como profesionales más capacitados. No obstante, ha quedado establecido en múltiples investigaciones que estas valoraciones de daño no sólo han tendido a privilegiar lo físico sobre lo psíquico sino, también, han favorecido las nosologías psiquiátricas sobre visiones más integrales.

Lo anterior, ciertamente, responde otra vez al reduccionismo propio del enfoque bio-médico, dominante dentro del Derecho, el que considera

que existe daño sólo en la medida que pueda acreditarse un trastorno; esta perspectiva desconoce el alcance de las heridas tanto psicológicas como sociales, así como el carácter dialéctico, cíclico y multicausal del deterioro, especialmente en situaciones como el terrorismo de Estado.

Uno de los riesgos de esta mirada es que, en ocasiones, acarrea la falsa idea que la presencia y gravedad de ciertos síndromes no sólo comprueba la existencia del daño sino, también, la ocurrencia del delito, perpetuando la impunidad y agravando la victimización secundaria. Esta situación se ha dado en varios procesos de violaciones de Derechos Humanos vinculados a detención-desaparición, ejecución política y tortura.

Entre los casos más emblemáticos se encuentra el que investiga la tortura de 31 sobrevivientes, civiles y ex militares constitucionalistas, en la Academia de Guerra Aérea (AGA); en esta causa se sobreseyó temporal y parcialmente respecto de 14 querellantes pues se estimó que, al no diagnosticar el Servicio Médico Legal un TEPT u otras secuelas psicológicas “graves”, no lograba acreditarse el delito, aun cuando dichas personas fueron calificadas como víctimas por la Comisión Nacional sobre Prisión Política y Tortura. En este caso el peso de la prueba terminó recayendo en los denunciantes, mostrando una deficitaria ponderación de la evidencia.

Aquí es donde se torna importante recordar que el propósito de las evaluaciones de daño es estrictamente la planificación de tratamientos, determinar incapacidad laboral, graduar penas o establecer reparaciones adecuadas y no para probar la ocurrencia del delito; de la misma forma que la ausencia de secuelas psicológicas tampoco implica que los crímenes dejen de merecer una sanción (Echeburúa, Corral y Amor, 2002).

Respecto de este mismo punto, es importante poner particular atención en el tema de las condenas y compensaciones ya que, si bien la valoración del daño constituye un elemento relevante al momento de establecer penalidades, compensaciones y otras medidas reparatorias, también es un factor que puede convertirse en un arma de doble filo en la medida que instala en el imaginario social distintas “categorías” de afectados (Ministerio de Justicia, 2008).

En este sentido, en los procesos en que se observan mayores niveles de deterioro tienden a estipularse, también, mayores sanciones y reparaciones, lo que podría considerarse injusto para aquellos que, según el sistema judicial, no desarrollaron secuelas tan graves tras vivir el mismo delito o uno similar; en el caso de violaciones a los Derechos Humanos, esta situación ha creado diversas disputas generando, en ocasiones, una especie de “dolorímetro”, una “rivalidad y competencia” entre los afectados respecto de quién ha sufrido más (Gómez, 2008).

Asimismo, un elemento adicional a tomar en cuenta corresponde a las evaluaciones de personalidad ya que, a menudo, detectar ciertas estructuras o trastornos en esta área en las pericias psicológicas, más que aportar, tiende a convertirse en un nuevo obstáculo para los casos en la medida que lleva a algunos profesionales a dudar de la calidad del testimonio. En contextos de terrorismo de Estado, no obstante, no es extraño que se produzcan alteraciones de la personalidad, especialmente cuando existen factores que aportan a la cronificación del daño.

En síntesis, a partir de lo expuesto logra verse la importancia de contar con mejores conceptualizaciones del daño, para ésta y otras problemáticas, esfuerzo que varios autores han iniciado al promover protocolos de evaluación más completos que integren tanto los instrumentos psicodiagnósticos como otras herramientas que consideren el contexto generador del malestar. Por otro lado, se confirma que si bien el Trastorno de Estrés Post-Traumático no puede ser visto como el único concepto que refleja la afectación derivada del terrorismo de Estado, sí puede considerarse un constructo válido y significativo dentro del marco de evaluaciones más amplias.

Desde esta perspectiva, uno de los desafíos más importantes que enfrentamos como profesionales de la salud mental tiene que ver con cómo “negociar” con las ciencias positivas dominantes, de manera de ampliar las visiones e incluir perspectivas más integrales que hasta ahora han sido consideradas poco objetivas o no “científicas”. Lo anterior no sólo aportaría a los procesos judiciales sino que contribuiría también a la labor de prevención pues, al saber qué genera y cronifica el daño, podremos tomar mejores medidas para evitarlo.

Tener mayor claridad de cómo se configura el deterioro en quienes han vivido hechos violentos, individual y socialmente, constituye una tarea fundamental tanto para la Psicología como para el Derecho; en este sentido, tal vez y a modo de reflexión, la manera más adecuada de describir el malestar referido no sea con la nominación de “Daño Psíquico/Psicológico” sino, más bien, desde una nueva noción que lo considere como un “Daño Bio-Psico-Social”.

Complementando lo anterior, finalmente, es posible pensar que el problema de fondo no son solamente los diagnósticos clínicos en sí sino las visiones que reducen a éstos el padecimiento humano y sus distintos intentos por adaptarse al entorno, cayendo en simplificaciones que no reflejan los fenómenos y obstaculizan el camino a la recuperación; de aquí que lo que debiéramos de cambiar son, justamente, esas miradas y no solamente los conceptos existentes.

5. Conclusiones

Dentro del contexto clínico, el psicólogo cuenta con un espacio abierto a la variabilidad de respuestas, así como a las particularidades de cada persona; el ámbito legal, sin embargo, aun usando herramientas de la clínica, requiere datos más certeros y “objetivos”, situación que tradicionalmente ha marginado los aspectos psíquicos y psicosociales del campo jurídico, dando preferencia a las consideraciones médico-biológicas.

Contar con herramientas y parámetros específicos que permitan valorar el daño producido por un delito –donde lo que está en juego es la protección legal de un bien jurídico fundamental como la integridad física y psíquica–, requiere del perfeccionamiento y estandarización de los instrumentos de evaluación existentes, así como la construcción de otros nuevos que tomen en cuenta los constructos que pretenden medir así como las características de cada población.

El Trastorno de Estrés Post-Traumático constituye un cuadro complejo que exige la presencia de un evento vivido como una amenaza vital, generando respuestas angustiosas como la reexperimentación del acontecimiento, evitación de estímulos asociados y un aumento en la activación ante situaciones relacionadas; esta nosología está validada en ambas áreas y cuenta con múltiples instrumentos para medirla.

Ahora bien, aun con la validación alcanzada, el TEPT ha sido también fuente de polémicas pues, en ocasiones y equivocadamente, ha sido tomado como un concepto que englobaría indistintamente la totalidad del daño. Cuando nos encontramos, sin embargo, frente a un contexto como el de terrorismo de Estado, el alcance real de sus secuelas trasciende la nosología misma e involucra diversas áreas de la vida, tanto individual como colectivamente.

Desde esta perspectiva, lo que pretende el presente trabajo no es invalidar el diagnóstico clínico ni su capacidad para reflejar un tipo de sintomatología sino utilizarlo adecuadamente y en su justa medida, es decir, como una parte del padecimiento vivido que, al complementarse con otros diagnósticos, mediciones y análisis, lograrán configurar exploraciones más completas.

Avanzar en la evaluación del TEPT puede aportar significativamente tanto al área clínica como a la jurídica; en este sentido, los resultados y reflexiones alcanzadas constituyen una contribución en múltiples ámbitos:

En términos metodológicos, por ejemplo, encontramos una escala que posee propiedades psicométricas satisfactorias; en este caso, sin embargo, se realizó una única aplicación, por lo que queda pendiente reforzar la

confiabilidad a través de la evaluación de la estabilidad temporal pues, aún cuando la consistencia interna conlleva detrás la inferencia de persistencia en el tiempo, la confiabilidad prueba-reprueba constituye un cálculo que podría enriquecer los resultados.

Dentro del orden de lo clínico, por su parte, se ha realizado una aproximación a cómo se comporta el TEPT en personas violentadas en sus Derechos Humanos en un contexto de terrorismo de Estado, elemento que puede aportar al trabajo terapéutico; se reabre, asimismo, la discusión sobre la pertinencia en estos casos de este y otros diagnósticos psicopatológicos, cuando los factores sociales, políticos, etc., forman parte de la configuración y mantienen el daño.

En este punto en particular puede apreciarse una limitación en cuanto al registro y la evaluación de elementos presentes antes o al momento del hecho traumático, cuando tanto la teoría como los mismos afectados afirman que un elemento fundamental en la configuración del daño apuntaría a situaciones posteriores al evento represivo como, por ejemplo, el nivel de validación y apoyo recibido desde la familia, la comunidad y/o las instituciones.

En cuanto al ámbito jurídico, la contribución se da en el área del peritaje, específicamente, dentro de las evaluaciones de daño ya que, en la medida que contemos con instrumentos objetivos, sustentados en el estado del arte del constructo que pretenden medir y que cumplan con las exigencias necesarias de validez y confiabilidad, estaremos aportando datos valiosos que, junto con otros instrumentos y fuentes de información, podrán configurar análisis de casos más completos y veraces y apoyar de mejor manera los procesos judiciales.

Finalmente, en el ámbito social, la conclusión se orienta hacia qué es lo que podemos hacer, como sociedad y como profesionales, para superar nuestro pasado/presente traumático y así poder evitar que los elementos que crearon y que hoy cronifican el malestar se mantengan vigentes en Chile. La comprensión integral de este daño, desde las diferentes disciplinas, y el abandono de las visiones cerradas y patologizantes puede ser un elemento fundamental en la elaboración de lo sucedido, de aquí que toda acción que permita un avance, incluyendo lo construido desde el mundo académico, puede constituir un aporte para la reparación.

Referencias bibliográficas

American Psychiatric Association (2002). *DSM-IV/TR. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Cuarta Versión. Texto revisado*. Barcelona: Masson.

- Amnistía Internacional Chile. (2008). *192 Causas de Derechos Humanos Siguen en Trámite*. Consultado el 09 de octubre de 2008 desde http://www.cl.amnesty.org/index_noticias.shtml?x=91669
- Echeburúa, E. (2004). *Superar un trauma. El tratamiento de las víctimas de sucesos violentos*. Madrid: Ediciones Pirámide.
- Echeburúa, E., Corral, P. y Amor, P. (2002). Evaluación del daño psicológico en las víctimas de delitos violentos. *Psicothema*, 14 (Supl.): 139-146.
- Echeburúa, E., Corral, P., Amor, P., Zubizarreta, I. y Sarasua, B. (1997). Escala de Gravedad de Síntomas del Trastorno de Estrés Post-Traumático: Propiedades Psicométricas. *Análisis y Modificación de Conducta*, 23 (90): 503-526.
- Federación Internacional de Derechos Humanos y Corporación de Promoción y Defensa de los Derechos del Pueblo (2004). *Informe alternativo sobre las medidas adoptadas por el Estado de Chile para dar efectividad a los compromisos contraídos en virtud de la Convención Contra la Tortura y Otros Tratos y Penas Crueles, Inhumanos y Degradantes*. Chile: FIDH/CODEPU.
- Galiano, J. (2004). *Amnistía y prescripción: Aplicaciones ilícitas pro-encubrimiento e impunidad*. Informe elaborado a requerimiento del Consejo de la Asociación Americana de Juristas, Rama Chilena. Consultado el 11 de octubre de 2008 desde http://www.memoriayjusticia.cl/espanol/sp_temas-galiano.html
- Gómez, F. (2008). El fenómeno de la impunidad: luces y sombras en América Latina. *Pensamiento Iberoamericano*, 2: 163-185. Consultado el 27 de junio de 2009 desde <http://www.pensamientoiberoamericano.org/sumarios/2/pinpseguridad-y-violencia-en-america-latina-un-reto-para-la-democracia/>
- Hernández Sampieri, R., Fernández-Collado, C. y Baptista Lucio, P. (2008). *Metodología de la investigación*. México: Mc Graw Hill.
- Kerlinger, F.N. (1983) *Investigación del comportamiento. Técnicas y metodología*. México: Nueva Editorial Interamericana.
- Lin Ching, R. (2003). Propuesta de valoración del daño psicológico en materia de violencia doméstica. *Medicina Legal de Costa Rica*, 20 (2). Consultado el 15 de octubre de 2008 desde http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1409-00152003000200006&lng=es&nrm=iso
- Madariaga, C. (1995). Tortura, proceso salud-enfermedad y psiquiatría. *Reflexión, Derechos Humanos y Salud Mental*, 8 (23). Santiago de Chile: CINTRAS.
- Madariaga, C. (2002). Trauma psicosocial, trastorno de estrés postraumático y tortura. *Serie Monografías*. N° 11. Santiago de Chile: CINTRAS.
- Ministerio de Justicia (2008). *Código de Procedimiento Penal*. Santiago de Chile: Editorial Jurídica de Chile.
- MINSAL (2006). *Norma técnica para la atención de personas afectadas por la represión política ejercida por el Estado en el período 1973- 1990*. Chile: División de Salud de las Personas, Depto. Programas de las Personas, Unidad de Salud Mental, Gobierno de Chile.
- Oviedo, H. y Campo-Arias, A. (2005). Aproximación al uso del coeficiente alfa de Cronbach. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 34 (4): 572-580.
- Pérez, L. (2006). Pinochet afrontó 300 querellas criminales pero ninguna condena.

La Voz, edición impresa. Lunes, 11 de diciembre. Consultado el 09 de octubre de 2008 desde http://www.lavozdigital.es/cadiz/prensa/20061211/mundo/pinochet-afronto-querellas-criminales_20061211.html

Programa de Acciones de Interés Público y Derechos Humanos. (2008). *Informe Anual sobre Derechos Humanos en Chile 2008*. Santiago de Chile: Facultad de Derecho de la Universidad Diego Portales.