UNIVERSIDAD DE CONCEPCIÓN
FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES
MAGÍSTER EN PSICOLOGÍA MENCIONES PSICOLOGÍA EDUCATIVA,
PSICOLOGÍA DE LA SALUD Y PSICOLOGÍA DEL TRABAJO Y LAS ORGANIZACIONES

Violencia Colectiva y Conflicto Mapuche: Trauma Psicosocial, Sintomatología de Salud Mental y Apoyo Social en Población Adulta de la Provincia de Arauco

Tesis para optar al Grado Académico de Magíster en Psicología

Mención en Psicología de la salud

Profesor Guía: Dra. Loreto Villagrán Valenzuela

Departamento de Psicología

Facultad de Ciencias Sociales

Universidad de Concepción

Por: María José Oportus López

Concepción, Chile

2025

©2025 María José Oportus López

Se autoriza la reproducción total o parcial, con fines académicos, por cualquier medio o procedimiento, incluyendo la cita bibliográfica del documento.

A mis padres, familia y amigos, por su amor y acompañamiento constantes, y a quienes han vivido y sobrevivido el trauma psicosocial y la violencia colectiva, en especial a la gente de Quidico, comuna de Tirúa.

A Ignacio Martín-Baró, de quien aprendí que los aprendizajes y los traumas no se viven solo de manera individual, sino colectivamente, y que recomponer el tejido comunitario es un acto de resistencia y esperanza: un camino para restaurar la dignidad, volver a confiar y seguir adelante.

Y a mi resiliencia y perseverancia, que me han permitido llegar hasta aquí.

AGRADECIMIENTOS

Expreso mi más sincero agradecimiento a mi profesora guía, Dra. Loreto Villagrán Valenzuela, por haber aceptado dirigir este trabajo, por la confianza depositada en mí y por su constante apoyo a lo largo de todo el proceso.

Asimismo, agradezco a la exdirectora del Programa de Magíster en Psicología, Dra. Patricia Schmidt, por su respaldo en materias financieras y administrativas, y a la actual directora del programa, Dra. Yaranay López Angulo, por su permanente disposición y valiosa orientación.

Agradezco también a los y las docentes del Magíster en Psicología y al personal asociado, quienes siempre estuvieron dispuestos a responder mis inquietudes.

Finalmente, extiendo mi gratitud a las y los habitantes de la provincia de Arauco, cuya valiosa participación hizo posible la realización de esta investigación.

Tabla de contenido

Resumen 6

Introducción 7

Capítulo 1: Marco teórico 12

Marco teórico 12

Primera parte: Conflicto entre el Estado de Chile y el pueblo mapuche 12

Contexto histórico 12

Violencia en la macrozona sur 15

Segunda parte: Conceptualización de la violencia colectiva 19

Violencia colectiva y Sintomatología de Salud Mental 22

Violencia colectiva y Trauma Psicosocial 23

Violencia colectiva y Apoyo Social 26

Pregunta de investigación 29

Objetivos 29

Objetivo general *29*

Objetivos Específicos *29*

Hipótesis 30

Capítulo 2: Metodología de la investigación 32

Método 32

Diseño de investigación 32

Participantes 34

Variables de estudio 35

Variables independientes *35*

Variable moderadora *35*

Variable dependiente *36*

Instrumentos 37

Procedimiento 39

Consideraciones éticas 40

Análisis de datos 42

Análisis descriptivos *42*

Capítulo 3: Resultados 43

Datos Descriptivos 43

Cuestionario de Exposición a eventos de violencia colectiva 45

Escala de Severidad Subjetiva del Evento (SSE) 47

Escala de Salud General de Goldberg (GHQ-12) 47

Escala de Trauma Psicosocial (ETAPS) 47

Escala de Apoyo Social Percibido (MSPSS) 49

Análisis de medias: Comparación de medias en escalas según variables sociodemográficas 50

Análisis de medias: Escala Severidad Subjetiva del Evento y perfil sociodemográfico *51*

Análisis de medias: Escala de Trauma Psicosocial y perfil sociodemográfico *51*

Análisis de medias: Cuestionario de Salud General y perfil sociodemográfico *52*

Análisis de medias: Escala de Apoyo Social Percibido y perfil sociodemográfico *53*

Análisis correlacional 55

Análisis de Moderación 57

Modelo 1a. Violencia Colectiva y Situación Pre-Traumática *57*

Modelo 1b. Violencia Colectiva y Destrucción de la Socialidad *59*

Modelo 1c. Violencia Colectiva y Autoeficacia Personal y Colectiva *60*

Modelo 1d. Violencia Colectiva y Emociones Intergrupales *62*

Modelo 2. ..... *63*

Discusión 67

Conclusiones 81

Limitaciones 85

Referencias 86

Anexos 111

Anexo I: Cuestionario sociodemográfico 111

Anexo II: Escala de Severidad Subjetiva del Evento (SSE) 115

Anexo III: Cuestionario de salud de Goldberg- GHQ-12 116

Anexo IV: ETAPS 117

Anexo V: Escala multidimensional de percepción de apoyo social de Zimet 121

Anexo VI: Cronograma 122

Anexo VII: Consentimiento informado formato ON LINE 125

Anexo VIII: Consentimiento informado formato PRESENCIAL 127

LISTA DE TABLAS

TABLA 1 17

TABLA 2 18

TABLA 3 44

TABLA 4 46

TABLA 5 49

TABLA 6 50

TABLA 7 54

TABLA 8 56

TABLA 9 65

ÍNDICE DE FIGURAS

FIGURA 1 30

FIGURA 2 31

FIGURA 3 59

FIGURA 4 60

FIGURA 5 61

FIGURA 6 63

FIGURA 7 64

Resumen

En Chile, la violencia colectiva derivada del conflicto histórico entre el Estado y el pueblo mapuche ha impactado significativamente la vida de la población de la macrozona Sur del país. Sin embargo, sus efectos en la salud mental individual y el desarrollo del trauma psicosocial a nivel comunitario han sido escasamente estudiados desde una perspectiva empírica. Este estudio tuvo como objetivo analizar la asociación entre la exposición a la violencia colectiva, el trauma psicosocial, la sintomatología de salud mental y el apoyo social percibido en personas adultas de la provincia de Arauco. Se utilizó un diseño descriptivo, correlacional y transversal, con una muestra estuvo compuesta por 216 personas adultas (66.6 % mujeres y 33.3 hombres) con una edad promedio de 36,4 años (rango 18–87 años), provenientes de las siete comunas de la provincia. La recolección de datos se realizó entre noviembre de 2023 y septiembre de 2024, mediante encuestas presenciales y virtuales. Se aplicó un cuestionario sociodemográfico junto con cuatro instrumentos: la Escala de Severidad del Evento (SSE), la Escala de Trauma Psicosocial (ETAPS), la Escala de salud general (GHQ-12) y la Escala Multidimensional de Apoyo Social Percibido (MSPSS). Los resultados indicaron que una mayor exposición a la violencia colectiva, ya sea directa o indirecta, se asocia con mayores niveles de trauma psicosocial y síntomas de salud mental. Además, el apoyo social percibido actuó como moderador, funcionado como un factor protector frente al trauma psicosocial, aunque no se observó un efecto significativo sobre la sintomatología de salud mental. Los resultados de esta investigación permitieron evidenciar y profundizar en el impacto de este conflicto, tanto a nivel individual como social.

Palabras claves: Violencia colectiva, salud mental, trauma psicosocial, apoyo social

Introducción

La violencia y sus consecuencias políticas y sociales han constituido una dimensión relevante en la vida de las personas, tanto en América Latina como a nivel global. En términos teóricos, la violencia ha sido definida y clasificada atendiendo a distintas características. Una de las clasificaciones más utilizadas es la propuesta por la Organización Mundial de la Salud (OMS) en 2002, la cual identifica tres tipos de violencia: autoinfligida, interpersonal y colectiva (Krug et al., 2002). Asimismo, puede distinguirse según el tipo de exposición a ella, ya sea de forma directa —al ser víctima— o indirecta —al presenciar o recibir información sobre actos violentos— (Dapieve & Dalbosco, 2017). Esta distinción resulta fundamental para comprender la amplitud del fenómeno abordado y las múltiples formas en que la violencia puede afectar la vida y la salud de las personas.

De los tipos de violencia señalados, el presente estudio se centró en la violencia colectiva, dada su capacidad de impactar a grupos poblacionales completos, tanto a nivel internacional como regional, y particularmente en algunas zonas del territorio chileno.

La OMS define la violencia colectiva como:

> "El uso de la violencia como instrumento por parte de personas que se identifican a sí mismas como miembros de un grupo, ya sea transitorio o con una identidad más permanente, contra otro grupo o conjunto de individuos, para lograr objetivos políticos, económicos o sociales" (Krug et al., 2002, p. 235).

En América Latina, diversos países han experimentado fenómenos de violencia colectiva. En Colombia, se ha desarrollo un conflicto armado interno durante aproximadamente setenta años entre el Estado colombiano y grupos guerrilleros como las Fuerzas Armadas

Revolucionarias de Colombia (FARC) (Yaffe, 2011); en El Salvador, durante la guerra civil entre la Fuerza Armada de El Salvador (FAES) y las fuerzas insurgentes del Frente Farabundo Martí para la Liberación Nacional (FMLN), entre 1980 y 1992 (Moreno, 2018); y en Chile, durante el conflicto entre organizaciones político-militares de izquierda y la dictadura cívico-militar encabezada por el general Augusto Pinochet, entre 1973 y 1990 (Goicovic, 2010).

No obstante, en el caso de Chile, la presencia de la violencia colectiva no cesó con el retorno a la democracia en 1990. En las últimas dos décadas, y particularmente desde el año 2014, el conflicto entre el pueblo mapuche y el Estado chileno por la recuperación de tierras en la zona sur del país ha adquirido una creciente intensidad y ha derivado en formas de violencia más extremas. La población ha sido testigo y víctima de hechos como ataques a escuelas, iglesias, cortes de ruta, robo de madera y otros actos que han variado en intensidad según la provincia afectada (Schönsteiner, 2022).

La agudización de estas situaciones, sumada a las protestas del gremio de los camioneros, motivó que el 11 de octubre de 2021 se decretara, durante el segundo gobierno del presidente Sebastián Piñera Echenique, el Estado de Excepción Constitucional de Emergencia en las provincias de Biobío y Arauco (Región del Biobío), y en las provincias de Malleco y Cautín (Región de La Araucanía), con el objetivo de restablecer el orden público por un período inicial de 15 días (Villalobos, 2021). Esta medida constitucional ha sido renovada sucesivamente en algunas de estas zonas, como en la provincia de Arauco, donde sigue vigente hasta la actualidad (septiembre de 2025). En el caso de la Región de La Araucanía, el Estado de Excepción se amplió a toda la región debido a la gravedad de los hechos delictivos ocurridos en diversas localidades. Cabe señalar que esta medida tuvo una interrupción de aproximadamente un mes, luego de que el nuevo gobierno, encabezado por el presidente Gabriel Boric Font, decidiera no

renovarla en marzo de 2022. Sin embargo, debido al resurgimiento de actos violentos en la zona, el Estado de Excepción volvió a entrar en vigor el 16 de mayo del mismo año (Toro, 2022; Zamorano, 2022), manteniéndose hasta la fecha.

En función de lo anterior, se considera que la población residente en las provincias de Arauco y La Araucanía ha sido significativamente afectada por los efectos de la violencia colectiva experimentada en los últimos veinte años. En relación con la violencia colectiva en investigaciones previas en la población se ha demostrado que este tipo de violencia tiene consecuencias relevantes en la vida y salud de las personas expuestas, quienes tienden a presentar niveles altos y sostenidos de estrés (Williamson & Murphy, 2025; Agudelo, 2018; García et al., 2018). En cuento a la salud mental de la población afectada estos mismos estudios señalan que, a nivel individual, el estrés crónico asociado a situaciones violentas puede desencadenar alteraciones significativas incluyendo síntomas de ansiedad, depresión y trastorno de estrés postraumático.

En la dimensión interpersonal y comunitaria, aunque menos explorada, una de las consecuencias más relevantes es el Trauma Psicosocial (TPS). Este ha sido definido por Amarís et al. (2019), como un efecto colectivo que excede al individuo, afectando los vínculos sociales, las estructuras comunitarias y los sentidos compartidos. Sin embargo, el origen conceptual del trauma psicosocial fue desarrollado en la década de 1980 por Ignacio Martín-Baró, psicólogo y sacerdote jesuita salvadoreño, quien advirtió la importancia de no reducir el análisis de la violencia colectiva a una perspectiva individual, ya que los sujetos se desarrollan en contextos relacionales —familiares, comunitarios y sociales—, y en un momento histórico específico (Blanco & Díaz, 2004).

Por otro lado, se ha observado que no todas las personas expuestas a contextos de violencia colectiva desarrollan trastornos de salud mental ni trauma psicosocial. Según Vásquez et al. (2018), esta variabilidad en el impacto puede explicarse por la influencia de factores moduladores, entre los cuales destaca el apoyo social, entendido como una red de relaciones significativas que facilita el afrontamiento de eventos adversos. En esta línea, diversas investigaciones han evidenciado que el apoyo social desempeña un papel protector frente a los efectos perjudiciales de la violencia sobre la salud mental (Ortegón et al., 2022; Salas et al., 2022; Martínez et al., 2020).

Volviendo al ámbito local y actual, si bien existen estudios que documentan actos de violencia en la Región de La Araucanía (Balbontín-Gallo, 2020), se observa una carencia de investigaciones empíricas que analicen en profundidad las variables psicosociales involucradas, su interacción y el impacto que generan en la salud mental de la población afectada —tanto mapuche como no mapuche— por la violencia colectiva derivada del conflicto histórico entre el pueblo mapuche y el Estado de Chile. Dentro de los pocos estudios existentes que abordan la violencia vinculada al conflicto mapuche, destaca el trabajo de Nanjarí Santos y Cordero (2024), quienes analizan el conflicto desde una mirada multidimensional examinando sus raíces históricas, la complejidad de la violencia involucrada y las limitaciones de conceptos como violencia rural y terrorismo para comprenderlo en su totalidad; y el trabajo de Gálvez y Rojas (2022), quienes interpretan los nuevos hechos de protesta ocurridos en territorio mapuche durante el año 2021. En dicho estudio se identifica un aumento de la violencia en comunas como Cañete, Tirúa, Collipulli y Ercilla, así como conflictos de convivencia entre particulares, vecinos, colonos y comunidades mapuche en la zona.

Ante este escenario, emergió entonces la necesidad de generar conocimiento empírico que permitiera comprender en profundidad el impacto de la violencia colectiva en la vida cotidiana y la salud mental de las personas residentes en las zonas afectadas por este tipo de violencia, logrando así comprender el fenómeno con mayor profundidad y así igualmente contribuir en la reparación del tejido comunitario. Por consiguiente, se formuló la siguiente pregunta de investigación: **¿Cómo se relacionan la exposición a la violencia colectiva por el conflicto mapuche y el desarrollo de trauma psicosocial, sintomatología de salud mental y apoyo social en población adulta de la provincia de Arauco?**

A partir de esta interrogante, es que se determinó que el objetivo general del estudio fuese establecer la asociación entre la exposición a la violencia colectiva (en el contexto del conflicto mapuche), el desarrollo de trauma psicosocial, el desarrollo de sintomatología de salud mental y percepción de apoyo social en personas adultas residentes en la provincia de Arauco.

Capítulo 1: Marco teórico

A continuación, se presentará una revisión bibliográfica de antecedentes teóricos-empíricos centrada en las variables consideradas en esta investigación, la cual se dividió en dos partes. La primera parte aborda el contexto histórico del conflicto entre el Estado de Chile y el pueblo mapuche y la violencia en la macrozona sur de Chile, mientras que la segunda parte mostrará la conceptualización de la violencia y su relación con las variables del estudio (salud mental, trauma psicosocial y apoyo social).

Marco teórico

Primera parte: Conflicto entre el Estado de Chile y el pueblo mapuche

Contexto histórico

Para entender la violencia en las zonas geográficas que conforman la macrozona sur, donde se concentra el pueblo mapuche, es necesario adentrarse en la historia y retroceder varios siglos. En este sentido, Millalén et al. (2006) señalan que los conflictos por las tierras del pueblo mapuche en Chile datan de hace siglos, primero con los conquistadores españoles y, posteriormente, desde 1883 cuando se inició la Comisión Radicadora Indígena. En dicho proceso, el pueblo mapuche fue agrupado en reducciones para colonizar el resto de los territorios, lo que los llevó a pasar de poseer cerca de 10.000.000 de hectáreas reconocidas por la corona española a solo 536, divididas en solo 150.000 nativos. Este proceso generó un efecto grave en la población, ya que no solo los limitó drásticamente en el ámbito económico, empobreciéndolos y fragmentando su estructura comunitaria en pequeñas fracciones (Andrade,

2019), sino que también tuvo un impacto transversal y transgeneracional. Desde entonces, varios gobiernos y presidentes han intentado mejorar las condiciones del pueblo mapuche, como el gobierno de Salvador Allende, que intentó profundizar la reforma agraria y restituir tierras favoreciendo a las comunidades mapuches (Tricot, 2020).

En términos administrativos, cabe mencionar la promulgación de la Ley 19.253, conocida como la Ley Indígena, el 05 de octubre de 1993, la cual establece normas para la protección, fomento y desarrollo de los pueblos indígenas y crea la Corporación Nacional de Desarrollo Indígena (CONADI) (Biblioteca del Congreso Nacional [BCN], 2020). Actualmente, esta entidad adquiere tierras en disputa para devolverlas a algunas comunidades indígenas. Además, es importante destacar que Chile se adhirió al Convenio 169 de la OIT, el cual entró en vigor el 15 de septiembre de 2009, y que señala el derecho de los pueblos originarios a participar efectivamente en las decisiones que se tomen sobre su organización política, social, educacional, económica y territorial (BCN, 2012).

Sin embargo, en otros gobiernos, como el de Augusto Pinochet Ugarte, ocurrió lo contrario: se persiguió y despojó nuevamente de sus tierras al pueblo mapuche, al tiempo que se impulsó el monocultivo de ciertas especies no nativas en dichas zonas (Canales, 2020; Andrade, 2019).

En síntesis, la larga historia de violencia estructural ejercida por el Estado de Chile contra el pueblo mapuche ha generado graves consecuencias, tales como pobreza, discriminación, falta de acceso adecuado a servicios de salud, aumento de la delincuencia y segregación territorial, entre otros efectos (Fuenzalida, 2022). Las formas de discriminación hacia el pueblo mapuche abarcan desde expresiones cotidianas hasta estructuras institucionales. Autores como Merino et

al. (2009), identifican cuatro modalidades de discriminación percibida: la verbal, manifestada a través de sobrenombres, burlas y chistes; la conductual, expresada mediante el evitar, ignorar o segregar; la institucional, ejercida a través de la aplicación desproporcionada de leyes y normativas; y la macro-social, caracterizada por el desinterés de la sociedad mayoritaria y la persistencia de una narrativa histórica etnocéntrica.

Una expresión explícita de la dimensión de esta discriminación aún hoy en tiempos no tan alejados ocurrió en 2020, en la comuna de Curacautín, en la Región de La Araucanía. En ese contexto, un grupo de civiles armados con palos y otros objetos desalojó por la fuerza varias municipalidades ocupadas por representantes mapuches, en una acción cargada de violencia física y simbólica. Durante la jornada, se escucharon consignas como “el que no salta es mapuche”, junto a agresiones verbales y físicas, incendios de vehículos y 36 personas detenidas (Urrejola, 2020). Estos hechos no solo evidencian el racismo persistente en ciertos sectores de la sociedad chilena, sino también el grado de naturalización de la violencia hacia el pueblo mapuche.

Por otro lado, García et al. (2021), en su investigación profundizan en la percepción de discriminación experimentada por la población mapuche en el contexto sociohistórico actual, destacando el impacto negativo que esta tiene en su salud mental. En una investigación llevada a cabo en la región de la Araucanía, estos autores entrevistaron a 200 participantes, encontrando que muchos de ellos se sienten marginados y excluidos de la sociedad chilena debido a su origen indígena. Esta situación, tendría un impacto negativo en su bienestar psicológico, lo que destaca la importancia de tomar medidas efectivas para abordar la discriminación y la marginación que enfrenta el pueblo mapuche en Chile.

Igualmente ligado a los antes expuesto, autores como Zañartu et al. (2021) y Zañartu et al. (2017), profundizan en el desarrollo de la identidad étnica de jóvenes mapuches frente a las tensiones de su historia, la discriminación vivida y el distanciamiento de su propia cultura, dando cuenta del impacto en su salud mental y los sentimientos conflictivos que afectan en su desarrollo e inserción escolar.

Madariaga (2002), señala que, bajo condiciones de violencia estructural, en un primer momento se generan relaciones sociales perturbadas, las cuales a su vez generan conflictos sociales y políticos agudos entre grupos antagónicos. En un segundo momento, ya no se pueden canalizar por medios pacíficos y se abre camino a la confrontación armada. Por otra parte, Martín-Baró (1983) señala que para que se realice un acto de violencia o de agresión debe darse una situación mediata e inmediata en la que tenga cabida ese acto. Tanto el desencadenamiento como la ejecución de la acción violenta requieren de un contexto propicio.

Todo lo expuesto anteriormente sirve como telón de fondo y permite explicar algunas de las razones del aumento de la violencia y los delitos graves en la macrozona sur de Chile.

Violencia en la macrozona sur

Especificando y ubicando geográficamente las tierras del pueblo mapuche, estas se concentran principalmente en tres regiones de la zona centro sur de Chile (VIII-IX-X) (CONADI, 2022). Dentro de estas tres regiones se encuentra la denominada macrozona sur, que abarca la región de La Araucanía (IX región) y la provincia de Arauco en la región del Biobío. Estas son las zonas en las que, como se describirá a continuación, se ha producido un aumento considerable de la violencia y los delitos graves relacionados con situaciones de violencia

colectiva en los últimos 25 años, y en particular en los últimos 5 años, en el marco del conflicto histórico entre el pueblo mapuche y el Estado de Chile por las tierras usurpadas.

Según el informe final "Violencia en la macrozona sur: 2018-2020" del Observatorio Judicial (2022), los actos de violencia con las características que actualmente se repiten en esta zona del país comenzaron el 1 de diciembre de 1997, cuando un grupo de comuneros mapuches quemó tres camiones en el sector de Lumaco (Región de la Araucanía). Desde entonces, ha habido un aumento sostenido de denuncias por delitos violentos relacionados con este conflicto, con un incremento significativo entre 2018 y 2020.

En 2018, se presentaron 84 denuncias por delitos violentos en la macrozona sur, mientras que en 2020 se registraron 321 causas, un aumento del 282%. Estas causas se dividen de la siguiente manera: el 59,3% corresponde a ataques incendiarios (principalmente a bienes de empresas), el 11,7% al delito de usurpación, el 10,5% a delitos de homicidio, el 9,5% a delitos asociados al porte ilegal de armas, el 6,22% a delitos de amenazas y el 2,7% a delitos de lesiones. Gran parte de estos delitos denunciados están directamente relacionados con la expresión de la violencia colectiva, variable central de este proyecto, que se definirá con más detalle en la segunda parte.

Para observar con mayor precisión la fluctuación en la tasa de denuncias en las zonas mencionadas, se presentarán a continuación tablas elaboradas con los datos del número de denuncias en la provincia de Arauco (Tabla 1) y en la región de La Araucanía (Tabla 2) desde 2027 a 2022. La información fue extraída del Centro de Estudios y Análisis Delictual perteneciente a la División de Programas y Estudios de la Subsecretaría de Prevención del Delito, del Ministerio del Interior y Seguridad Pública.

En la Tabla 1, se puede apreciar el marcado y progresivo aumento de denuncias en la provincia de Arauco desde el año 2019 hasta el 2022, distinto de la tendencia regional que iba disminuyendo. Comunas que destacaron dentro de la provincia por el aumento de denuncias, comparando los resultados obtenidos en 2017 con los años que siguen, fueron Cañete en 2019, 2020 y 2022, y Tirúa con un aumento importante de denuncias en 2018 y 2019.

Sin embargo, Cañete tuvo una disminución en sus casos en 2021 y Tirúa detuvo el alza evidenciada que venía dándose desde 2018, lo cual coincide con el comienzo de la implementación el Estado de Excepción Constitucional en la zona. Ahora bien, la comuna de Tirúa en particular, además, muestra una caída drástica en la tasa de hechos denunciados en 2022 en contraste con la tendencia nacional, regional y provincial que fue en aumento.

Tabla 1

Delitos denunciados en la provincia de Arauco

Unidad territorial	**2017**	**2018**	**2019**	**2020**	**2021**	**2022**
Total país	497.456	492.767	533.052	417.633	414.297	542.205
Región del Biobío	37.321	37.086	39.085	32.482	33.617	44.908
Provincia de Arauco	3.753	3.781	4.421	4.431	4.312	5.348
Lebu	525	529	634	642	554	788
Arauco	953	782	929	963	1.085	1.445
Cañete	712	787	1.088	1.017	948	1.173
Contulmo	136	141	178	134	135	152
Curanilahue	728	723	762	833	690	840
Los Álamos	459	498	470	547	600	672
Tirúa	240	321	360	295	300	278

***nota.** Tabla elaborada con los datos de las denuncias por: tenencia ilegal de armas o explosivos; robo de vehículo motorizado; porte de armas; homicidios; hallazgo de armas o explosivos; daños; amenazas; desórdenes; robo en lugar no habitado; robo con violencia o intimidación; lesiones menos graves, graves o gravísimas; lesiones leves y hurtos. Datos extraídos del Centro de Estudios y Análisis del Delito [CEAD] el 10 de marzo de 2023 (Estadísticas Delictuales, s. f.).

En la Tabla 2, se exponen los datos de las denuncias en la región de La Araucanía. En esta se puede observar una tasa alta de denuncias los años 2017 y 2019 versus los otros años, una baja importante en estas los años 2020 y 2021, pero un aumento drástico en 2022.

Por provincia se aprecian variaciones altamente notorias. Mientras que la provincia de Malleco presenta fluctuaciones importantes, en la provincia de Cautín se presenta una tendencia más estable entre 5000 y 6000 casos aproximadamente.

Tabla 2

Delitos denunciados en la región de La Araucanía

Unidad territorial	2017	2018	2019	2020	2021	2022
Total país	497.456	492.767	533.052	417.633	414.297	542.205
Región de La Araucanía	25.405	24.413	25.589	21.370	21.711	27.149
Provincia de Cautín	19.923	18.997	19.844	16.270	16.502	21.285
Provincia de Malleco	5.482	5.416	5.745	5.100	5.209	5.864

***nota.** Tabla elaborada con los datos de las denuncias por Tenencia ilegal de armas o explosivos, Robo de vehículo motorizado, Porte de armas, Homicidios, Hallazgo de armas o explosivos, Daños, Amenazas, Desórdenes, Robo en lugar no habitado, Robo con violencia o intimidación, Lesiones menos graves, graves o gravísimas, Lesiones leves y Hurtos. Datos extraídos del Centro de Estudios y Análisis del Delito [CEAD] el 10 de marzo de 2023 (Estadísticas Delictuales, s. f.).

Respecto a estas tablas se puede decir que, desde hace años en ciertas zonas, el aumento de los hechos delictivos asociados a la violencia colectiva ha sido notorio. Además, es muy importante de señalarse que un número importante de estos delitos se lo han atribuido públicamente agrupaciones extremistas hoy en día calificadas como terroristas por el estado de Chile que, bajo el paraguas de la recuperación de las tierras ancestrales mapuches, con extrema violencia ha llevado a cabo estos actos amedrentando a la población de la zonas antes señalas.

Estas son la CAM (Coordinadora Arauco Malleco), la WAM (Weichán Auka Mapu) y la RML (Resistencia mapuche Lafkenque) (Contreras, 2024).

Otro punto importante es que la percepción de los delitos no es exclusiva de las víctimas directas, sino que también afecta a personas que no han sufrido los delitos en sí mismos, pero que sienten temor de ser víctimas de estos, a pesar de que las posibilidades de que esto ocurra no sean significativas (Jasso, 2013). Con esto se quiere dejar en claro que la población afectada por los hechos de violencia en la macrozona sur no solo incluye a aquellos que han vivido y denunciado estos delitos en la zona, sino también a aquellos que viven bajo el temor de ser atacados ellos o sus familias.

A modo de cierre de este apartado se puede señalar que el conflicto entre el pueblo mapuche y el Estado chileno no ha logrado llegar a acuerdos a pesar de todo el tiempo transcurrido y se ha agravado hasta el punto en que la población de la macrozona sur ha sufrido intensos y graves hechos de violencia que han afectado considerablemente sus vidas.

Segunda parte: Conceptualización de la violencia colectiva

Como se mencionó en la primera parte, la violencia ha sido un aspecto crítico en los hechos que se han sucedido en la macrozona sur. Entender cómo esta se manifiesta e impacta en la vida y salud de las personas será lo que se detallará a continuación.

Para comprender la violencia colectiva, variable central de esta investigación, en primer lugar, se expondrá la definición de la violencia propuesta por la Asamblea de la Organización

Mundial de la Salud (OMS), quien en 1996 declaró la prevención de la violencia como una prioridad de la salud pública y la definió como:

> El uso deliberado de la fuerza física o el poder ya sea en grado de amenaza o efectiva, contra uno mismo, otra persona o un grupo o comunidad, que cause o tenga muchas probabilidades de causar lesiones, muerte, daños psicológicos, trastornos del desarrollo o privaciones (Sarabia, 2018).

En 2002, la OMS publicó el *World Report on Violence and Health: information kit.* Este documento propuso la clasificación de la violencia en tres tipos: autoinfligida, interpersonal y colectiva (Krug et al., 2002). La primera tendría un carácter individual y se refiere a la conducta suicida y autolesiva; la segunda es la que se daría en el contexto de pareja, familia o comunidad; y la tercera sería la colectiva que, a diferencia de las dos primeras, en su subclasificación toma en cuenta el móvil que la causa, los cuales podrían ser sociales, políticos o económicos (Organización Mundial de la Salud, 2002). En este último tipo de violencia, se emplearían agresiones de tipo más frías, instrumentales y motivadas directamente por algún interés, como el recuperar recursos u objetivos, acompañadas de una planificación más estratégica (Páez y Ubillos, 2004).

En específico, la OMS (2002) define la violencia colectiva como:

> El uso de la violencia como instrumento por parte de personas que se identifican a sí mismas como miembros de un grupo ya sea transitorio o con una identidad más permanente contra otro grupo o conjunto de individuos, para lograr objetivos políticos, económicos o sociales (Krug et al., 2002, p. 235).

Ahora bien, las principales formas de la violencia colectiva son: las guerras, el terrorismo y otros conflictos políticos violentos que ocurren dentro de los estados o entre ellos; la violencia

perpetrada por el Estado, como el genocidio, la represión, y otras violaciones de los derechos humanos; y la delincuencia violenta organizada por parte de las bandas de malhechores y/o las guerras de pandillas (Espín et al., 2008).

Existen autores que consideran los factores relevantes de la situación y contexto donde surge la violencia. En este sentido, Whitehead et al. (2018) se centran en la idea de que los factores de riesgo para la violencia deben ser vistos como procesos dinámicos y situados, en lugar de características estáticas de las personas. Los autores analizan cómo la interacción de múltiples factores situacionales, cognitivos y emocionales puede conducir a actos de violencia. Por su parte, Bowman et al. (2018) exploran los factores situacionales y los mecanismos que contribuyen a la violencia. Los autores analizan cómo las circunstancias y la interacción social pueden influir en la toma de decisiones violentas y cómo las percepciones de amenaza y justificación pueden mediar entre los factores situacionales y la violencia.

Tras exponer la contextualización del origen y los datos respecto del incrementos de los hechos de violencia en la macrozona sur, además de la definición conceptual y caracterización de la violencia colectiva como tal, es que se puede señalar entonces que la población en la macrozona sur de Chile se ha visto intensamente afectada por la violencia colectiva a través de los ataques directos e indirectos que han vivenciado, generado un importante impacto en sus vidas por lo demás.

Clásicamente, la violencia se ha estudiado desde el desarrollo de sintomatología de salud mental como consecuencia individual, por esto en los siguientes párrafos, se profundizará respecto de la relación entre violencia colectiva y sintomatología de salud mental en las personas.

Violencia colectiva y Sintomatología de Salud Mental

En los conflictos violentos, la salud y la vida de las personas se ven fuertemente impactadas (Franco et al., 2006). Diversos estudios internacionales han abordado el desarrollo de sintomatología de salud mental asociada a este tipo de situaciones. Los metaanálisis realizados en diferentes partes del mundo como en Siria (Kakaje et al., 2021) y en Uganda (Mootz et al., 2019), respecto a los efectos del estrés intenso en la salud mental o específicamente del desarrollo del trastorno de estrés postraumático en la población afectada por conflictos violentos, señalan el alcance del fuerte impacto y el deterioro en la salud de las personas afectadas.

Más cercanamente estudios realizados en países de Latinoamérica, como los realizados en Colombia sobre las consecuencias en la salud de las personas expuestas al conflicto armado en dicho país, revelan el surgimiento de sintomatología como la ansiedad, la depresión y el Trastorno de Estrés postraumático (TEPT), entre otras patologías y problemáticas de salud mental en la población afectada (Sánchez et al., 2019; Gómez-Restrepo et al., 2016; Sarmiento-Suárez, 2016).

En Colombia, se han realizado estudios que muestran prevalencias específicas para el TEPT del 9.9% en personas desplazadas que son víctimas de la violencia colectiva del conflicto armado (Morales et al., 2021). Por otro lado, el estudio de Cabas et al. (2022) incluyó la participación de 117 adultos (72 mujeres y 45 hombres) que han sufrido desplazamiento y los resultados mostraron que el 26.49% de la muestra cumplía con los criterios clínicos para el TEPT.

En Chile, los estudios sobre el impacto de la violencia se han centrado principalmente en los efectos de la violencia política, como señalan Jorquera y Piper (2018). En su revisión,

detectaron que los tópicos más desarrollados son el trauma, la salud mental, el bienestar y la reacción de las víctimas directas e indirectas. Estos mismos autores indican que el material encontrado se relaciona principalmente con la dictadura y que, en la actualidad, existe un vacío de investigaciones que debería subsanarse.

El impacto de los conflictos violentos no solo afecta la salud mental individual, sino que también tiene efectos negativos en otros aspectos como la satisfacción (Martínez et al., 2016) y la calidad de vida y el bienestar (Leiva & Ramírez, 2021), los cuales se ven deteriorados por el aumento de la percepción de inseguridad en estos contextos. Por otro lado, se ha planteado que el trauma es otra consecuencia social en la población afectada por la violencia (Serrano & Quintero, 2020). En este sentido, se describe y profundiza en el siguiente apartado el tipo de trauma que se ocasiona por la exposición a violencia colectiva y sus características particulares.

Violencia colectiva y Trauma Psicosocial

Una definición de trauma se encuentra en el Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales en su quinta edición (DSM-5). Este define el trauma como cualquier situación en la que una persona se vea expuesta a escenas de muerte real o inminente, lesiones físicas graves o agresión sexual, ya sea como víctima directa, cercano a la víctima o testigo (Figueroa et al., 2016). De acuerdo con esta definición, la población expuesta a la violencia colectiva en la provincia de Arauco ya sea directa o indirectamente, aunque no desarrolle patologías de salud mental, puede presentar consecuencias traumáticas.

Históricamente, el trauma y sus consecuencias han sido estudiados desde la esfera de la psicopatología individual, desde los tiempos de las guerras mundiales y la guerra de Vietnam

(Sánchez, 2017). Sin embargo, en la década de los 80, en lugares de Latinoamérica como en el Instituto Latinoamericano de Salud Mental y Derechos Humanos (ILAS) en Chile y en El Salvador, con autores como Ignacio Martín-Baró, se hacía notar lo reduccionista y limitado que era entender la magnitud de las consecuencias del trauma solamente desde una perspectiva individual y patológica, sin entender el contexto sociohistórico que provocaba la violencia y afectaba a la persona.

En torno a esto Martín-Baró (2003) señalo:

> Es evidente que el trastorno o los problemas mentales no son un asunto que incumba únicamente al individuo, sino a las relaciones del individuo con los demás; pero si ello es así, también la salud mental debe verse como un problema de relaciones sociales, interpersonales e intergrupales, que hará crisis, según los casos, en un individuo o en un grupo familiar, en una institución o en una sociedad entera (p. 338).

En síntesis, y a diferencia de la conceptualización habitual del trauma desde el ámbito exclusivamente del sujeto y lo psicopatológico con el TEPT, el trauma psicosocial incluye una visión más ecológica de sus orígenes y manifestaciones, poniendo énfasis en lo social y relacional.

Continuando, a pesar de todas las dificultades de la época, como el asesinato de Ignacio Martin-Baró en su país, la perspectiva de los efectos del trauma con una visión más social fue rescatada y adoptadas en el nuevo milenio. Autores como Rodríguez et al. (2002), de Colombia reafirmaron precisamente esta idea de que el trauma no solo se da a nivel personal, sino también a nivel familiar y social. De forma coincidente, Madariaga (2018) aportó a esta mirada teórica refiriéndose al efecto del trauma en la totalidad del individuo, el cual impactaría el cuerpo físico,

psíquico, las relaciones sociales inmediatas (familia y otros primarios) y las relaciones con colectivos a los cuales pertenece (mundo social, político, espiritual, clase, etnia, territorio, etc.).

La consideración del TPS planteado por Martín-Baró (1988), conecta con la visión más psicosocial de los efectos del trauma. Al respecto, autores como Amarís et al. (2019) lo señalan como la principal consecuencia de la violencia colectiva en las relaciones sociales. En palabras del propio Martín-Baró (1988), el trauma psicosocial sería "la cristalización o materialización en las personas de las relaciones sociales de guerra que se viven en un país".

Martín-Baró (1988) señala, además, que el efecto no es uniforme en toda la población expuesta, sino que más bien dependerá de la suma conjugada de aspectos del individuo tales como la personalidad, el grado de participación en el conflicto y las experiencias vividas. Para este autor, la patología social se internalizaría en el sujeto y sería capaz de originar y mantener situaciones de violencia colectiva por incluso décadas. Junto a lo anterior, Martín-Baró en 1989 propuso tres aspectos definitorios del trauma psicosocial: el carácter dialéctico, la necesidad de identificar las causas sociales que lo sustentan y el hecho de que la presencia de eventos traumáticos siempre afecta las relaciones sociales y su mantenimiento a través del tiempo (Faúndez et al., 2013).

Estas características convertirían la experiencia traumática en un hecho regular, ordinario y habitual en la vida. Por tanto, se enfatiza que no solo en que se debe poner atención a la situación postraumática, sino también a la pre-traumática. Incluso se plantea el trauma psicosocial como una consecuencia normal del funcionamiento de un sistema social (Martín-Baró, 2003).

De las escasas investigaciones empíricas que han evaluado la presencia de Trauma Psicosocial en Latinoamérica con un enfoque cuantitativo se pueden mencionar las de Rocha-Payares et al. (2024), Villagrán et al. (2021) y Jiménez et al. (2021), las cuales confirman la presencia de trauma psicosocial en grupos poblacionales expuestos a violencia colectiva en Latinoamérica, evidenciando su daño en las relaciones sociales. Específicamente en Chile este tipo de trauma ha sido, aunque igualmente de forma escasa, estudiado desde lo cualitativo identificando el impacto en la salud mental de las víctimas de trauma ocular producido por agentes del estado en la marchas masivas del 2019 (Tejada et al., 2024) recientemente, y ya más anteriormente desde la trans-generacionalidad del trauma psicosocial en familias víctimas de la Dictadura Militar Chilena (Faúndez & Hatibovic, 2020) y en nietos de presos políticos de la Dictadura Militar Chilena (Faúndez et al., 2013).

Violencia colectiva y Apoyo Social

Como se mencionó en el apartado anterior, si bien en contextos donde las personas viven violencia colectiva desarrollan sintomatología de salud mental y trauma psicosocial, la presencia y frecuencia de estos varía. Según investigaciones empíricas, el apoyo social se ha estudiado ampliamente como factor protector para la salud mental, al reducir los síntomas depresivos en situaciones de estrés ocasionado por violencia (Quinlan-Davidson et al., 2021; Schiller et al., 2020; Tengku Mohd et al., 2019; Eisman et al., 2015). Además, se ha relacionado positivamente con la prevención del trastorno de estrés postraumático, problema de salud mental común entre personas que han experimentado conflictos armados o la violación de sus derechos fundamentales (Zalta et al., 2021; Wang et al., 2021). Otros estudios igualmente han indicado

que el apoyo social contribuye a reducir la ansiedad y aumentar la autoestima de las personas bajo este tipo de circunstancias (Vásquez et al., 2018).

Conceptualmente, se han elaborado varias definiciones del apoyo social. Una de las más utilizadas es la de Bowling (1991), quien lo conceptualiza como el proceso interactivo en el que un individuo obtiene ayuda emocional, instrumental o económica de su red social. Vivaldi y Barra (2012), diferencian el apoyo social en dos perspectivas: cuantitativa-estructural y cualitativa-funcional. La primera se refiere a la cantidad de vínculos o relaciones sociales que el individuo puede establecer en su red social, lo que correspondería al apoyo social recibido. Mientras que la segunda se centra en la existencia de relaciones significativas y la apreciación subjetiva que realiza el individuo de la adecuación del apoyo que recibe, lo que correspondería al Apoyo Social percibido. Esta última tendría tres principales funciones: una función emocional, relacionada con aspectos como el confort, el cuidado y la intimidad; una función informativa, que involucra recibir consejo y orientación; y una función instrumental, que implica la disponibilidad de ayuda directa en forma de servicios o recursos (Martín et al., 2003). Esto concuerda con el estudio de García et al. (2022), quienes mencionan el valioso recurso que constituye el apoyo social percibido para reducir el malestar asociado al estrés frente a ciertas catástrofes.

Volviendo a la relación con el impacto en la salud, Fachado et al. (2012) señalan que se han definido dos teorías que podrían explicar la asociación entre el apoyo social y la salud: la Teoría del efecto directo y la Teoría del efecto tampón o amortiguador. La primera señala que el apoyo social favorece los niveles de salud independientemente del grado de estrés del individuo, mientras que la segunda sugiere que el apoyo social actúa como una fuente de protección (amortiguador) contra los efectos dañinos del estrés (Barra, 2004).

En Latinoamérica, estudios como el de Martínez (2020) y Vásquez et al. (2018) profundizan en la importancia del apoyo social en las víctimas de la violencia en Colombia y cómo impacta desde la percepción de su presencia o ausencia. Martínez (2020), encontró que la población de víctimas ha percibido un apoyo efectivo de sus redes sociales en el afrontamiento de las situaciones derivadas del conflicto armado, destacándose el apoyo emocional cercano como el más valorado. En el estudio de Vásquez et al. (2018), los hallazgos muestran que las estrategias de afrontamiento empleadas por las mujeres afectadas por el conflicto armado consistieron en el empleo, asistencia a talleres de apoyo psicoemocional y la religión.

A partir de esta revisión bibliográfica, se concluye que, en escenarios de exposición a violencia colectiva —ya sea directa o indirecta—, como ocurre en la provincia de Arauco en la población afectada por el conflicto mapuche, se generan efectos dañinos de considerable envergadura a nivel individual, familiar y social/comunitario. Esto, a su vez, permitió hipotetizar que la población de esta zona podría haber desarrollado trauma psicosocial de forma colectiva y/o sintomatología de salud mental a nivel individual.

Así mismo, las investigaciones en esta temática han señalado que, frente al estrés por violencia colectiva, existen variables que tienen un efecto protector en la salud, que impiden o moderan el impacto del daño en la vida de las personas, como sería el caso del apoyo social. Sin embargo, hasta ahora no existían estudios empíricos en la zona que permitieran confirmar estas hipótesis.

Dicho esto, es que a continuación se expone la pregunta de investigación, objetivos e hipótesis que guiaron este proyecto y que cierran este capítulo.

Pregunta de investigación

¿Cómo se relacionan la exposición a la violencia colectiva por el conflicto mapuche, el trauma psicosocial, la sintomatología de salud mental y el apoyo social en población adulta de la provincia de Arauco?

Objetivos

Objetivo general

Establecer la asociación entre la exposición a la violencia colectiva por el conflicto mapuche y el trauma psicosocial, sintomatología de salud mental y apoyo social en población adulta de la provincia de Arauco.

Objetivos Específicos

I. Determinar la relación entre las variables datos sociodemográficos, exposición a la violencia colectiva por el conflicto mapuche, trauma psicosocial, sintomatología de salud mental y apoyo social en la población adulta de la provincia de Arauco.
II. Analizar la relación entre exposición a la violencia colectiva, trauma psicosocial y presencia de sintomatología de salud mental por el conflicto mapuche en la población adulta de la provincia de Arauco.
III. Evaluar el efecto moderador del apoyo social en la relación entre exposición a violencia colectiva y trauma psicosocial, y entre exposición a violencia colectiva y sintomatología de salud mental en población adulta de la provincia de Arauco.

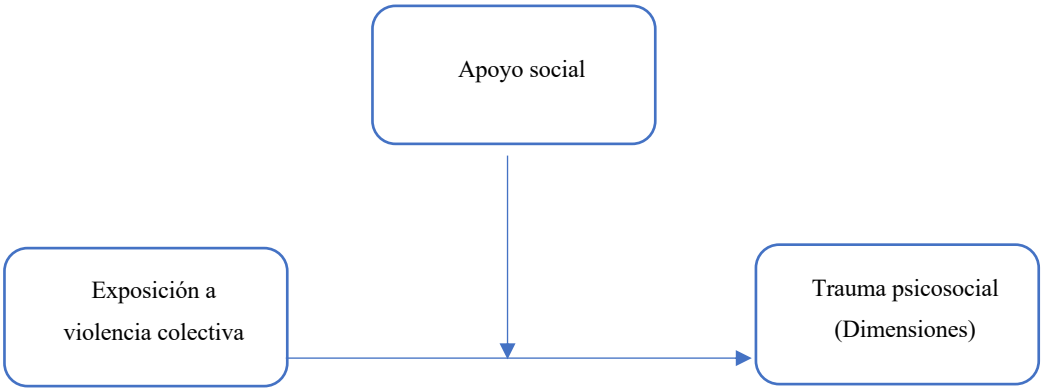
Hipótesis

H1: A mayor apoyo social, menor trauma psicosocial y sintomatología de salud mental en la población afectada por violencia colectiva ocasionada por el conflicto mapuche en la provincia de Arauco.

H2: La relación entre exposición a la violencia colectiva y las dimensiones del trauma psicosocial por el conflicto mapuche en la población adulta de la provincia de Arauco, se ve moderada por el apoyo social (Figura 1).

Figura 1

Modelo de moderación parcial entre exposición a violencia colectiva, apoyo social y trauma psicosocial (Dimensiones)



Modelos generados:

Modelo 1a. Violencia Colectiva y Situación Pre-Traumática

Modelo 1b. Violencia Colectiva y Destrucción de la socialidad

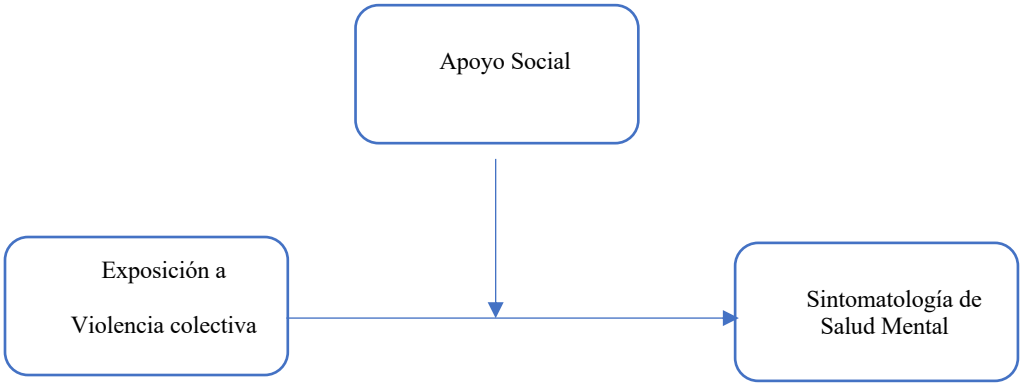
Modelo 1a. Violencia Colectiva y Autoeficacia personal y colectiva

Modelo 1a. Violencia Colectiva y Emociones intergrupales

H3: La relación entre exposición a violencia colectiva y la generación de sintomatología de salud mental por el conflicto mapuche en la población adulta de la provincia de Arauco, esta moderada por el apoyo social (Figura 2).

Figura 2

Modelo de moderación parcial entre exposición a violencia colectiva, apoyo social y sintomatología de salud mental



Capítulo 2: Metodología de la investigación

En este capítulo se expone la propuesta de método investigativo realizada, la identificación de las variables, los instrumentos utilizados, el procedimiento y las consideraciones éticas que se tuvieron en cuenta.

Método

Diseño de investigación

Se planteo una investigación empírica, no experimental de corte transversal, con estrategias descriptiva y asociativa (Ato et al., 2013). Al respecto se realizó una única recolección de los datos en un lapsus de tiempo de 10 meses, con el fin es identificar y describir las variables, y la relación que se da entre ellas sin manipularlas.

Se utilizaron dos tipos de muestreo no probabilísticos para lograr concretar la muestra final; I) Participantes voluntarios y II) Bola de Nieve. En ambos casos los participantes completaron el consentimiento informado.

En el muestreo por participantes voluntarios (Murairwa, 2015), se incluyeron dentro de los participantes validos a los voluntarios que tuvieron el link que daba a la publicidad que albergaba la convocatoria y al mismo formulario de la investigación, que aceptaron ser parte de la investigación marcando en la pestaña “yo acepto”, y cumplieron con los criterios de inclusión al momento de responder el formulario. El enlace se le enviaba vía mail o teléfono, tras una pequeña explicación en la que se le invitaba a participar de la investigación. Esto se realizó principalmente en espacios públicos de Cañete y Tirúa principalmente.

Por otro lado, y siendo la principal técnica utilizada en esta investigación, se utilizó el muestreo por Bola de Nieve (Baltar & Gorjup, 2012). Esto ya que a quienes aceptaron participar se les solicitó cooperación para poder contactar a otras personas, a través de WhatsApp o correo electrónico, que igualmente podrían aceptar ser colaboradores de este trabajo investigativo. Se le solicitaba el teléfono para contactar a estos otros participantes o se les solicitaba que ellos mismo difundieran el link a la publicidad de la investigación su podían. No obstante, siempre se dejó en claro que la participación era de libre voluntad y no se insistiría a quienes no quisiera participar.

En ambos casos, la selección final de los participantes fue concordante con los criterios de inclusión y exclusión que más adelante se detallan, y siempre estuvieron sujetos a las normas éticas que seguían la declaración de Helsinki para las investigaciones médicas en seres humanos de la World Medical Association (2013).

En ambos consentimientos informados igualmente existió un apartado explicito que identificaba por cuales canales debían comunicarse los participantes en caso de solicitar algún apoyo psicológico más profundo en caso de alguna afectación emocional por responder las encuestas.

Ningún participante se comunicó solicitando algún tipo de apoyo psicoemocional ni durante ni posteriormente a la fase de muestreo.

Participantes

En este estudio, se estimó inicialmente que debían participar 384 personas en la muestra para que fuera representativo de la provincia de Arauco, considerando un 95% en nivel de confianza, un margen de error 5% y un 50% de heterogeneidad.

El proceso de recogida de datos fue complejo debido a la sensibilidad de la temática abordada y lo extensión de los cuestionarios. Por esta misma razón, y tras revisión metodológica, se optó por una muestra final de 216 participantes. Esta cantidad, permitía alcanzar correlaciones moderadas de r=0.3, con un poder estadístico de 0.95 y un nivel de significación de 0.05 para el total de las correlaciones que surgen al cruzar las 3 variables. Lo anterior se consideró aplicando el ajuste de Bonferroni para análisis múltiples (Martínez Camblor, 2012), de acuerdo con el cálculo del paquete Pwr de RStudio de 4.0.

A todos los participantes se les aplicaron los cuestionarios (Sociodemográfico, Escala de severidad subjetiva del evento (SSE), Cuestionario de Salud General de 12 ítems (GHQ-12), Escala de Trauma Psicosocial (ETAPS), y la Escala Multidimensional de Apoyo Social Percibido (MSPSS).

Los criterios de inclusión fueron: hombres y mujeres mayores de 18 años, con residencia en la provincia de Arauco por más de seis meses, que hubieran experimentado violencia colectiva de forma directa o indirecta como consecuencia del conflicto entre el Estado y el pueblo mapuche.

Mientras que dentro de los criterios de exclusión estuvieron: personas que presenten problemas cognitivos con dificultades para la comprensión de las preguntas, que no hablaban

español y/o con un deterioro significativo de salud les impidiera responder los cuestionarios adecuadamente.

Variables de estudio

Variables independientes

Datos sociodemográficos

Definición conceptual: Datos correspondientes a la comuna, edad, género, pertenencia a pueblo originario, estado civil, ocupación, participación en alguna organización, religión y antecedentes de patologías de salud mental por la cuales pudiera estar en tratamiento (Trastornos del Animo, Trastornos Ansiosos o Trastornos mentales asociados al consumo de sustancias, por ejemplo).

Definición operacional: Datos obtenidos por medio de un cuestionario sociodemográfico elaborado para este fin.

Exposición a Violencia colectiva

Definición conceptual: Exposición a actos de violencia cuyo móvil principal persigue objetivos políticos, económicos o sociales (Organización Mundial de la Salud, 2002).

Definición operacional: Datos obtenidos del cuestionario de exposición a eventos de violencia colectiva, parte del cuestionario sociodemográfico elaborado especialmente para este fin.

Variable moderadora

Apoyo social

Definición conceptual: Valoración que una persona hace sobre su red social y los recursos que fluyen desde ella, destacándose el grado de satisfacción que obtiene del apoyo disponible (Méndez & Barra, 2008).

Definición operacional: Puntaje obtenido en la Escala Multidimensional de Apoyo Social Percibido (MSPSS) de Zimet et al. (1988), versión validada en Chile por Arechabala & Miranda., (2002) y Pinto et al., (2014).

Variable dependiente

Trauma psicosocial

Definición conceptual: Cristalización o materialización psíquica en las personas de las relaciones sociales de guerra que se viven en un país (Martín-Baró,1988).

Definición operacional: Puntaje obtenido en Escala de Trauma Psicosocial (ETAPS) (Villagrán, 2016). Versión de 4 dimensiones con 61 items que cuenta con evidencias de validez de su estructura interna y con indicadores de fiabilidad sobre 0,80 en Chile (Villagrán et al., 2021).

Salud Mental

Definición conceptual: Estado de bienestar mental que permite a las personas hacer frente a los momentos de estrés de la vida, desarrollar todas sus habilidades, poder aprender y trabajar adecuadamente y contribuir a la mejora de su comunidad (Organización Mundial de la Salud: OMS, 2018).

Definición operacional: Puntaje obtenido en Cuestionario de Salud General de 12 items (GHQ-12) de Goldberg & Williams (1988).

Instrumentos

Cuestionario sociodemográfico

Este cuestionario incluye comuna, edad, género, perteneciente a pueblo originario (¿cuál?), estado civil, situación ocupacional, participación comunitaria, pertenencia religiosa (Evangélica, Católica, Testigo de Jehová, mormona, Otra, No creyente), antecedentes de salud mental. Además, en este mismo cuestionario se consulta respectos qué vivencias de violencia colectiva el participante vivió (combate o exposición a zona de conflicto, violación, abuso o ataque sexual, violencia física, o actos terroristas o tortura, entre otros) y la relación de parentesco que presenta con el evento, como víctima directa o través de un parentesco indirecto (pareja, padre-madre-hermano/a-hijo/a- nieto/a-sobrino/a-tío/a-abuelo/a).

Escala de severidad subjetiva del evento (SSE)

Generado por Alzugaray et al. (2015) es un instrumento compuesto por tres preguntas, que evalúan la percepción de gravedad frente a la exposición de un evento (en el caso de este estudio frente a algún evento de violencia colectiva por el conflicto mapuche). Cada pregunta es respondida en una escala tipo Likert en un rango que va de 0 nada a 4 puntos (mucho) en el que el puntaje máximo es de 12 puntos. La investigación realizada en Chile arrojo un alpha =0.84, evidenciando buenas propiedades psicométricas (García et al., 2022).

Escala de Trauma Psicosocial (ETAPS)

Desarrollada por Villagrán (2016) y adaptada por Villagrán et al. (2021) es una escala compuesta por cuatro dimensiones y 61 ítems en total tipo likert que se desglosan en 4 dimensiones: "Situación pre-traumática" (19 ítems), "Destrucción de la Socialidad" (19 ítems), "Autoeficacia personal y Colectiva" (15 ítems) y "Emociones Intergrupales" (9 ítems). En Chile, cuenta con evidencias de validez de su estructura interna y con indicadores de fiabilidad sobre 0,80 (Villagrán et al., 2021).

Cuestionario de Salud General de 12 items (GHQ-12)

Creado por Goldberg y Williams (1988), este instrumento unidimensional se utiliza ampliamente para el cribado de la salud mental general (Gnambs & Staufenbiel, 2018). Consta de 12 ítems, como: "¿Es capaz de concentrarse en lo que hace?", "¿Se ha sentido constantemente bajo presión?" o "¿Se ha sentido infeliz o deprimido?", con respuestas en una escala tipo Likert de 0 a 1 punto, resultando en un puntaje mínimo de 0 y máximo de 12. En Chile, Rivas y Sánchez-López (2014) respaldan su validez como instrumento unidimensional eficaz para evaluar el bienestar psicológico y detectar sintomatología asociada a trastornos mentales no psicóticos. Asimismo, reportan adecuados niveles de confiabilidad y validez en población chilena, con coeficientes alfa de Cronbach de 0,86.

Escala Multidimensional de Apoyo Social Percibido (MSPSS)

Desarrollada por Zimet et al. (1988) y validada en Chile por Arechabala y Miranda (2002) y Pinto et al. (2014), es un instrumento diseñado para evaluar la calidad del apoyo social percibido. Evalúa tres dimensiones específicas: apoyo proveniente de la familia, de los amigos y de otras

personas significativas. Su estructura permite una medición diferenciada y confiable de cada fuente de apoyo, siendo ampliamente utilizada en contextos clínicos y de investigación. Está conformada por 12 afirmaciones en tres subescalas, con cuatro alternativas de escala tipo Likert valorando en “casi nunca = 1”, “a veces =2”, “con frecuencia= 3” y “casi siempre o siempre= 4”. El puntaje total de la escala es la sumatoria de todos los puntajes, por lo tanto, mayor puntaje se traduciría en mayor apoyo social y viceversa. Se adaptó a población chilena adulta mayor, realizando análisis factorial exploratorio para la validez de la escala. La consistencia interna de la escala muestra un valor de 0,86 por lo que se estima que posee alta confiabilidad, y la prueba de esfericidad de Bartlett mostró ser significativa (Chi^2=941,19, p<0,0001), por lo que se señala que existe relación entre los ítems (Pinto et al. 2014).

Procedimiento

Una vez obtenidas todas las autorizaciones de los comités de ética respectivos para realizar el estudio se creó un e-mail exclusivo para desarrollar la toma de la muestra y resolver posibles dudas de los participantes u otros (investigacion.arauco@gmail.com). Posterior a eso se confeccionaron tanto el formulario web como el físico.

El formulario web se generó a través de la app “Formulario” de la plataforma Gmail. En este el participante luego de ver la publicidad del llamado para ser parte de la investigación, accedía a leer el consentimiento informado, en el cual el participante debía aceptar su participación marcando “Yo acepto” para poder tener acceso al resto de los cuestionarios e ir rellenando las pestañas de respuestas siguientes. El formulario solo se completaba cuando se respondían el total de los cuestionarios. Mediante este mecanismo se obtuvieron, en total, ciento

sesenta y seis formularios completos en las comunas de Cañete, Contulmo, Los Álamos, Lebu, Curanilahue y Arauco. Además, se utilizaron cuestionarios físicos que fueron aplicados en la comuna de Tirúa debido a los problemas de conectividad digital que hay en dicho lugar. Cabe recalcar que ambos cuestionarios, solo cambiaron en formato mas no en contenido.

Estos formularios tenían dos copias del consentimiento informado, ambos se firmaron tanto por el investigador como por el/la participante. Uno se lo llevaba el participante y el otro se quedaba con el investigador.

Cabe señalar que en esta modalidad se le entregaba un formulario con todos los cuestionarios a los participantes una vez firmados los consentimientos y entregada su copia respectiva, luego estos se lo llevaban a su hogar para responderlo y lo devolvían completo al siguiente día en un horario a convenir en el mismo lugar de entrega. Se determinó esta modalidad, ya que finalmente algunos de los participantes se demoraban más de 20-25 minutos respondiendo el total de los cuestionarios.

Tanto el muestreo a través del formulario web como del físico, se inició el 12 de noviembre de 2023 y concluyo el 18 de septiembre de 2024, abarcando entonces un período de tiempo de 10 meses y 6 días.

Consideraciones éticas

La presente investigación, primero se presentó como proyecto de investigación ante el Comité de Ética y Bioética del Departamento de Psicología de la Universidad de Concepción y el Comité de Ética, Bioética y Bioseguridad de la Vicerrectoría de Investigación y Desarrollo de la misma universidad para su aprobación antes de llevarse a cabo. Se tuvieron en cuenta los

principios éticos y el código de conducta de la American Psychological Association (APA, 2002); la Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial para las investigaciones médicas en seres humanos (2013); y el Artículo 15° del Código de Ética del Colegio de Psicólogos de Chile, que trata sobre los aspectos relativos a la investigación en Psicología. Este último documento destaca la protección de los derechos de los participantes y la entrega de consentimiento informado (Colegio de Psicólogos de Chile, 1999).

La información contenida en los dos consentimientos informados elaborados y adjuntados en la parte de anexos de este documento (ver Anexos VII-VIII), contemplaron tres aspectos importantes: (1) descripción de la investigación, incluyendo el propósito del estudio, su importancia e implicancia en su participación, (2) los participantes tendrán derecho a declinar su participación en el estudio en cualquier momento sin repercusiones negativas, y (3) descripción del grado de confidencialidad y anonimato al responder el cuestionario, junto con información de contacto sobre posibles preguntas o dudas sobre la investigación. Igualmente, ambos consentimientos informados incluyeron una sección adicional con el correo electrónico de la investigadora responsable, María José Oportus López (moportus@udec.cl), donde los participantes podían dirigirse para manifestar su requerimiento de poder acceder a alguna prestación psicológica de mayor profundidad dada la necesidad surgida. Ante este tipo de situaciones, los participantes en particular podían ser derivados al programa TELAR de la organización sin fines de lucro Psicólogos por Chile presente en la provincia de Arauco y colaboradores en este proyecto investigativo en el área abordaje terapéutico S.O.S.

Ni durante, ni al finalizar la toma de la muestra, ningún participante señaló la necesidad de acceder a una prestación psicológica de mayor profundidad.

Análisis de datos

Una vez obtenidos los datos, se elaboró una matriz digital en Excel con los resultados de los cuestionarios aplicados y se utilizó el software JASP para realizar los análisis estadísticos.

Análisis descriptivos

Se llevó a cabo un análisis estadístico descriptivo que incluye distribuciones de frecuencias, medidas de tendencia central y medidas de variabilidad para cada una de las variables objetivo (características sociodemográficas, exposición a violencia colectiva, trauma psicosocial, sintomatología de salud mental y apoyo social).

Para comprobar la hipótesis uno (**H1**) se realizaron análisis de correlaciones mediante la prueba de Pearson cuyos resultados permitieron determinar la fuerza y dirección de la relación entre las variables. Continuando, y para comprobar las hipótesis dos y tres (**H2, H3**), se propuso al apoyo social como una variable que modera el surgimiento de trauma psicosocial y de sintomatología de salud mental frente a la exposición de violencia colectiva. Para esto se realizó un análisis con el modelo de regresión lineal y se utilizó la técnica Johnson-Neyman (JN) para explorar más completamente la naturaleza de la interacción entre las variables (Bauer & Curran, 2005).

Capítulo 3: Resultados

En este capítulo se muestran los resultados que incluyen: caracterización muestral, los resultados de los cuestionarios y escalas aplicadas, discusión y conclusiones, y finalmente las limitaciones de este proceso investigativo.

Resultados

Datos Descriptivos

Respecto de la información descriptiva recopilada, y la cual se muestra en la tabla 3 con mayor exactitud, se puede señalar que la muestra total alcanzada fue de 216 participantes, mayoritariamente de sexo femenino con un 66,7% (144) de la población encuestada. La edad media reportada fue de 34,6 años con una alta heterogeneidad (*DE*=12,4), con una edad mínima de 18 años y una máxima de 87 años. El 35,6% de la muestra (1era mayoria) tuvo edades comprendidas entre 30 y 39 años, siendo seguida con un 30,1% por el tramo entre 20 y 29 años.

En cuanto a la comuna de origen, los participantes fueron principalmente de la comuna de Tirúa con un 69% (149), seguido de Cañete con un 12% (26); el estado civil de la muestra reporto un 73,1% (158) de solteros/as, seguido de un 21,8% (47) casados/as; la creencia religiosa predominante fue la católica con 34,3% (74 preferencias) seguida de la creencia evangélica con un 30,6% (66 preferencias); un 26,4% (57) de los participantes afirmo pertenecer al pueblo originario mapuche; y el 47,7% (103) de los encuestados indicó ser funcionario/a de salud.

Finalmente, se reportó un 22.2% (48) de participantes de organizaciones comunitarias. Quienes principalmente señalaron participar en comunidades indígenas y en un segundo lugar en clubes deportivos.

Tabla 3

Características descriptivas de los participantes

Variable	%	n
Sexo		
Hombre	33.3	(72)
Mujer	66.7	(144)
Edad		
M ± DE	34.6 ± 12.4	
Min-Máx	18-87	
Rango Etario		
Hasta 19 años	7.9	(17)
20 a 29 años	30.1	(65)
30 a 39 años	35.6	(77)
40 a 49 años	14.8	(32)
50 a 59 años	6.5	(14)
Desde 60 años	5.1	(11)
Comuna		
Arauco	4.6	(10)
Curanilahue	3.7	(8)
Lebu	1.4	(3)
Los Álamos	4.6	(10)
Cañete	12.0	(26)
Contulmo	4.6	(10)
Tirúa	69.0	(149)
Estado Civil		
Casado/a	21.8	(47)
Viudo/a	1.4	(3)
Divorciado/a	2.8	(6)
Separado/a	0.9	(2)
Soltero/a	73.1	(158)
Religión		
Católica	34.3	(74)
Evangélica	30.6	(66)
Otra	6.9	(15)
Ninguna	28.2	(61)
Tiene tratamiento de Salud Mental=Sí	16.2	(35)
Pertenece a Pueblo Originario = Sí	26.4	(57)
Es funcionario/a de Salud = Sí	47.7	(103)
Participa en Org. Comunitarias = Sí	22.2	(48)

***nota.** %: porcentaje total; n: número total

Cuestionario de Exposición a eventos de violencia colectiva

Según los datos recabados, los sucesos a los cuales se vieron más expuestas los participantes fueron accidentes de medios de transporte con 57% (122 casos), seguido de combate o exposición a zona de conflicto con el 42% (90 casos), luego de amenazas con el 33% (71 casos), violencia física con el 32% (69 casos) y actos terroristas o tortura con el 30% (64 casos). Dentro de la categoría otros eventos se identificaron “hostigamiento por pensamiento político diverso”, y “ataque con arma de fuego por parte de encapuchados”.

En cuanto a la relación de parentesco con el evento, la mayoría señaló “otro parentesco” con un 62% (134) de las preferencias, seguido de un 25% (55) de participantes que declararon ser “víctimas” directas de los eventos. Esto quiere decir que la mayoría de la muestra que vivió estos hechos lo hizo de una forma indirecta a través del relato de un otro.

En la tabla 4, que sigue a continuación, se expones lo antes mencionado de forma desglosada.

Tabla 4

Frecuencias (%) de exposición a eventos de violencia colectiva y la relación con el evento

Eventos de violencia colecta	Si		No	
	(%)	N	(%)	N
Accidentes de medios de transporte (coche, tren, avión, barco …)	57	(122)	44	(94)
Otro tipo de accidentes (laborales, industriales, domésticos, actividades de ocio…)	28	(61)	72	(155)
Combate o exposición a zona de conflicto (en el ejército/policías o como civil)	42	(90)	58	(126)
Violación, abuso o ataque sexual.	6	(13)	94	(203)
Acoso (sexual, en el trabajo, en antiguas relaciones…) o maltrato psicológico.	19	(41)	81	(175)
Violencia física (ataques, asaltos, maltratos…)	32	(69)	68	(147)
Actos terroristas o tortura	30	(64)	70	(152)
Encarcelamiento, detención o cautividad forzosa.	8	(17)	92	(199)
Enfermedad, lesión o intervenciones médicas que suponen una amenaza a la vida o la integridad	20	(44)	80	(172)
Muerte de una persona cercana o de un ser querido	24	(51)	76	(165)
Emigración	10	(21)	90	(195)
Amenazas	33	(71)	67	(145)
Otro	1	(2)	99	(214)
Relación de parentesco con el evento de violencia	(%)	N		
Víctima	25	(55)		
Cónyuge	2	(5)		
Hermana/o	5	(10)		
Hija/o	4	(8)		
Nieta/o	2	(4)		
Otro Parentesco	62	(134)		

***nota.** %: porcentaje total de participantes; n: número total
Los resultados reportados de las distintas escalas se pueden observar en la tabla 6. La clasificación de las fiabilidades se hace según la recomendación de George y Mallery (2003).

Escala de Severidad Subjetiva del Evento (SSE)

En esta escala el 50% de los participantes obtuvo entre 7 y 11 puntos de un máximo de 12 puntos. La puntuación media fue de 8.9 puntos, con una desviación estándar de 2.4 puntos y una consistencia interna de 0.79 considerada como de buena calidad.

Esto señala entonces que más del 50% de los participantes perciben la violencia por el conflicto mapuche como grave y que ha afectado sus vidas de manera considerable.

Escala de Salud General de Goldberg (GHQ-12)

En este instrumento el 75% de los participantes obtuvieron puntajes entre 8 y 12 puntos, de un máximo de 12 puntos que podían alcanzar. El promedio de los puntajes fue de 11.6, con una desviación estándar de 5.2 puntos y una consistencia interna de 0.82 considerada de muy buena calidad.

De acuerdo con los resultados obtenidos, el estado de salud en general de los participantes se caracterizó por la presencia de alta sintomatología de salud mental.

Escala de Trauma Psicosocial (ETAPS)

En el caso de este instrumento, los resultados fueron divididos por dimensión para el análisis de los resultados.

En la primera dimensión de la ETAPS (situación pre-traumática) el 75% de los participantes logró un puntaje igual o menor a 80 puntos, de un máximo de 133 puntos. Los

puntajes se distribuyeron con una media de 56.6, la desviación estándar fue de 32.6 y la consistencia interna fue de 0.97 considerada excelente. Esto consigna entonces niveles importantes de desacuerdo en cuanto a las afirmaciones de esta dimensión.

Para la segunda dimensión de la ETAPS (destrucción de la socialidad), el 75% de respuestas fue igual o inferiores a los 60 puntos de un máximo de 126 puntos. El resultado promedio fue de 42.8, la desviación estándar de 27.0 y la consistencia interna de 0.97 considerada como muy buena.

En la tercera dimensión ETAPS (autoeficacia personal y colectiva), el 50% de los encuestados obtuvieron resultados ubicados entre 55 y 79 puntos de un máximo de 105 puntos. La media fue de 64.6, la desviación estándar fue de 20.2 y la consistencia interna obtenida fue de 0.92 considerada excelente. En este caso, más del 50% de la muestra logró puntuaciones sobre los 60 puntos indicando una buena percepción de autoeficacia.

Por último, en la cuarta dimensión de la ETAPS (emociones intergrupales) el 50% de los encuestados obtuvo puntajes ubicados entre 21 y 45 puntos de un máximo de 63 puntos. La media fue de 33.8 puntos, la desviación estándar fue de 15.7 puntos, y la consistencia interna de 0.92 siendo también excelente. Al observar la distribución de puntuaciones en esta dimensión, se aprecia una tendencia a puntajes mayores que el centro de la puntuación teórica (36 puntos), indicando un nivel de moderado a alto de emociones como la ira dirigida al exogrupo considerado responsable del sucedido.

A modo de análisis descriptivo final de los resultados de la escala ETAPS, se presentan clasificaciones de acuerdo con el puntaje dividido en tres grupos: bajo, medio y alto (Tabla 5). En cada dimensión se divide el rango teórico en tres tramos de la misma longitud. La mayoría de

los puntajes de los participantes se concentra en un nivel bajo de la dimensión Situación Pre-Traumática (55,7%), en un nivel bajo en la dimensión Destrucción de la Socialidad (71,7%), en un nivel medio en la dimensión Autoeficacia Personal y Colectiva (52.4%), y un nivel alto en la dimensión Emociones Intergrupales (47,2%).

Tabla 5

Datos descriptivos de las dimensiones de la Escala ETAPS

Escala	Bajo			Medio			Alto		
	Rango	%	n	Rango	%	n	Rango	%	n
Situación Pre-Traumática	19-57	55.7	118	58-96	29.7	63	97-133	14.6	31
Destrucción de la Socialidad	18-53	71.7	152	54-89	21.2	45	90-126	7.1	15
Autoeficacia Personal y Colectiva	15-44	16.5	35	45-74	52.4	111	5-105	31.1	66
Emociones Intergrupales	12-23	29.7	63	24-35	23.1	49	36-48	47.2	100

***nota**. Rango: Rango de puntajes; %: porcentaje de participantes; n: número de participantes.

Escala de Apoyo Social Percibido (MSPSS)

En esta última escala los puntajes de los encuestados se ubicaron entre el 14 y 45 de un máximo de 48 puntos. La media fue de 37.7, con una desviación estándar de 8.9 puntos y una consistencia interna de 0.92, siendo catalogada como excelente.

En este caso la apreciación respecto de la calidad y la cantidad de apoyo se mantienen en niveles moderados a altos, teniendo respuestas más tendientes hacia “con frecuencia” y “siempre o casi siempre”.

Tabla 6

Medidas de dispersión según escalas

Escalas	Rango	M	(DE)	Min	Q1	Me	Q3	Max	α
Severidad Subjetiva del Evento (SSE)	3-12	8.9	2.4	3.0	7.0	9.0	11.0	12.0	0.79
Salud General (GHQ)	0-12	11.6	5.2	0.0	8.0	12.0	12.0	36.0	0.82
Trauma Psicosocial (ETAPS I): Situación Pre-Traumática	19-133	56.6	32.6	19.0	26.0	48.5	83.3	133.0	0.97
Trauma Psicosocial (ETAPS II): Destrucción de la Socialidad	18-126	42.8	27.0	18.0	21.0	31.5	60.0	126.0	0.97
Trauma Psicosocial (ETAPS III): Autoeficacia Personal y Colectiva	15-105	64.6	20.2	15.0	55.0	67.0	79.3	105.0	0.92
Trauma Psicosocial (ETAPS IV): Emociones Intergrupales	9-63	33.8	15.7	9.0	21.0	34.0	45.0	63.0	0.92
Apoyo Social Percibido (MSPSS)	12-48	37.7	8.9	14.0	32.0	39.5	45.3	48.0	0.92

***nota**. Rango: Rango de puntajes; M: Media; (DE): Desviación Estándar; Min: Puntaje mínimo alcanzado; Q1: Primer cuartil; Me: Mediana, Q3: Tercer cuartil; Max: Puntaje máximo alcanzado; α: Consistencia interna.

Análisis de medias: Comparación de medias en escalas según variables sociodemográficas

Para analizar la relación entre los datos descriptivos y los resultados de las escalas se realizaron las pruebas de comparación de medias grupales para las escalas medidas, las que se presentan en la Tabla 7. En esta se reporta la media (*DE)* calculada para cada categoría, además de las pruebas de comparación de medias respectivas: *t* de Student para aquellas con dos grupos (Sexo, Participa en Org. Comunitarias, Es funcionario/a de Salud, Pertenece a Pueblo Originario y Tratamiento de Salud Mental) y Análisis de Varianza de un Factor para rango etario.

Se agrega este análisis ya que se ha consignado que existe diferencia estadísticamente significativa si $p < .05$ y relevantes de mencionar.

Análisis de medias: Escala Severidad Subjetiva del Evento y perfil sociodemográfico

Análisis según rango etario se encontraron diferencias de medias ($p < .001$) para el tramo “20-29 años” que valoró la severidad de la violencia colectiva por el conflicto mapuche como significativamente inferior respecto a las personas pertenecientes a los tramos “30-39 años” (dif = 1.35, $p<.01$), “40-49 años” (dif=1.48, $p<.05$), “50-59” (dif=1.48, $p<.05$) y “desde 60 y más años” (dif=2.77, $p<.01$).

Análisis según género no se reportaron diferencias, en cuanto a la severidad subjetiva reportada. Finalmente, para la pertenencia a pueblo originario se reportaron medias de 9.2 puntos para “Si” y 8.2 puntos para “No” con diferencias significativas y un $p = .02$. Las personas que se identifican como pertenecientes a un pueblo originario reportaron niveles significativamente más altos en la percepción de alteración de su vida cotidiana, en relación con la gravedad de la violencia del conflicto mapuche, en comparación con quienes no se identifican como tal.

Análisis de medias: Escala de Trauma Psicosocial y perfil sociodemográfico

Para la dimensión “situación pretraumática” se registraron resultados promedio entre 50 y 65 puntos. Se reportaron diferencias estadísticamente significativas al distribuir por rango etario ($p < .01$), siendo el grupo “desde 60 años” el que tiene mayor promedio con 78.4 puntos, seguido de los grupos desde 20 hasta 59 años con puntuaciones entre 50 y 63 puntos, y finalmente el grupo “hasta 19 años” con una media de 33.7 puntos. Quienes tienen “desde 60 años” tendrían un mayor alcance de recuerdos y una mayor valoración negativa de los eventos que vivieron.

Se registró una media más alta para quienes no son funcionarios de salud (p = .03) con un resultado de 61.6 puntos, respecto de sus contrapartes con 52.1 puntos.

A continuación, para la dimensión de "destrucción de la socialidad", las medias en general se distribuyeron entre 40 y 50 puntos. Se reportó un promedio mayor en quienes no están en tratamiento en salud mental (p = .01) con una media de 55.6 puntos, respecto de quienes si con casi 15 puntos menos (40.4 puntos).

En la dimensión de "autoeficacia personal y colectiva" los resultados se ubicaron entre los 60 y 70 puntos. En cuanto a las diferencias fueron mayores para quienes participan en organizaciones comunitarias (p<.001) con una puntuación promedio de 73.0 puntos respecto de sus contrapartes con 62.2 puntos; mientras que para los que no se declararon como parte de pueblos originarios fueron más altas con 71.1 versus los 62.2 de quienes lo hicieron (p<.01).

Por último, para la dimensión de "emociones intergrupales", las medias en general se distribuyeron entre 30 y 40 puntos. Se reportó una diferencia significativa entre quienes pertenecen o no a organizaciones comunitarias (p = .04) con una media de 38.0 para los que sí participan, y de 32.7 para los que no. Indicando entonces una mayor percepción emociones negativas hacia el exogrupo de aquellos participantes que eran parte de una agrupación.

Análisis de medias: Cuestionario de Salud General y perfil sociodemográfico

En cuanto a los tramos de edad las diferencias no revisten significancia considerable. Considerando *sexo* las mujeres puntuaron más alto en promedio con 12.2 en comparación con 10.4 puntos para los hombres, siendo esta diferencia significativa (p = .02). Finalmente, para el

tratamiento de salud mental se reportaron medias de 11.1 puntos para “Si” y 14.4 puntos para “No” con diferencias significativas y un $p < .001$.

Se puede mencionar entonces que estos resultados muestran que las mujeres y quienes no estaban en tratamiento de salud mental reportaron niveles significativamente más altos en cuanto a presencia de sintomatología de salud mental.

Análisis de medias: Escala de Apoyo Social Percibido y perfil sociodemográfico

En esta última escala, los grupos definidos por rango etario obtuvieron puntajes promedio entre 35 y 40, sin que se observaran diferencias estadísticamente significativas. De manera similar, las variables sexo, participación en organizaciones comunitarias, condición de funcionario de salud y pertenencia a pueblo originario presentaron medias cercanas a los 38 puntos, sin diferencias significativas entre los grupos. Finalmente, en relación con la variable "tratamiento de salud mental", quienes respondieron afirmativamente alcanzaron un puntaje promedio de 37,9, frente a los 36,7 de quienes respondieron negativamente, sin diferencias significativas. En conjunto, estos resultados indican que la percepción de la calidad y cantidad de apoyo social se mantiene en niveles moderados a altos, en línea con lo observado en la muestra general.

Tabla 7

Diferencias de medias de las variables según variables sociodemográficas

	SSE	p	GHQ	p	Situación Pre-traumática	p	Destrucción de la socialidad	p	Autoeficacia personal y colectiva	p	Emociones Intergrupales	p	MSPSS	p
Rango Etario														
Hasta 19 años	8.2 (2.6)	***	15.2 (5.9)		33.7 (17.6)	**	45.4 (33.9)	.82	60.5 (19.7)	.88	33.0 (17.1)	.86	38.5 (9.1)	.36
20 a 29 años	8.0 (2.5)		11.5 (5.8)		50.1 (30.5)		42.1 (28.8)		66.7 (22.9)		32.2 (17.5)		37.1 (9.9)	
30 a 39 años	9.3 (2.1)		11.1 (4.3)		62.9 (32.0)		43.1 (25.3)		64.3 (17.2)		35.7 (14.5)		38.1 (8.5)	
40 a 49 años	9.4 (2.4)		10.8 (3.7)		58.6 (31.2)		38.3 (22.5)		63.1 (23.8)		33.1 (14.5)		35.3 (9.0)	
50 a 59 años	9.4 (1.9)		12.0 (6.3)		59.5 (44.7)		49.9 (32.1)		65.7 (11.8)		33.1 (15.2)		40.1 (6.3)	
Desde 60 años	10.7 (1.5)		11.5 (7.7)		78.4 (31.5)		46.3 (24.1)		62.9 (22.0)		35.2 (16.0)		40.0 (8.0)	
Sexo														
Hombre	8.9 (2.7)	.83	10.4 (4.9)	**.02**	56.1 (36.0)	.86	43.8 (30.4)	.73	62.7 (22.8)	.27	34.1 (17.5)	.86	37.9 (9.0)	.83
Mujer	8.9 (2.2)		12.2 (5.3)		56.9 (30.9)		42.4 (25.2)		65.7 (18.7)		33.7 (14.7)		37.6 (8.9)	
Participa en Org. Comunitarias														
Sí Participa	8.8 (2.4)	.80	11.9 (5.4)	.64	64.7 (36.6)	.08	44.9 (25.6)	.55	73.0 (15.2)	***	38.0 (15.2)	**.04**	38.0 (7.2)	.72
No Participa	8.9 (2.4)		11.5 (5.2)		54.3 (31.1)		42.3 (27.4)		62.2 (20.8)		32.7 (15.7)		37.6 (9.4)	
Es funcionario/a de Salud														
Sí es funcionario/a	8.9 (2.6)	.95	11.7 (6.2)	.71	52.1 (34.5)	**.03**	45.9 (30.6)	.08	62.3 (22.0)	.08	34.1 (16.9)	.83	37.2 (9.7)	.38
No es funcionario/a	8.9 (2.2)		11.5 (4.0)		61.6 (29.7)		39.5 (22.0)		67.1 (17.7)		33.6 (14.4)		38.2 (8.0)	
Pertenece a Pueblo Originario														
Sí pertenece	9.2 (2.3)	**.02**	11.6 (5.1)	.96	57.5 (31.5)	.53	41.7 (25.1)	.36	62.2 (19.7)	**	33.3 (14.9)	.45	37.4 (9.1)	.49
No pertenece	8.2 (2.6)		11.6 (5.6)		54.1 (35.8)		46.0 (31.6)		71.1 (20.0)		35.3 (17.6)		38.4 (8.4)	
Tratamiento de Salud Mental														
Sí está en tratamiento	8.9 (2.4)	.71	11.1 (4.9)	**	56.8 (32.1)	.91	40.4 (24.9)	**.01**	64.7 (19.4)	.87	33.3 (15.3)	.30	37.9 (9.0)	.44
No está en tratamiento	9.1 (2.5)		14.4 (6.0)		56.0 (35.5)		55.6 (33.4)		64.0 (23.8)		36.6 (17.3)		8.5	

***nota**. SEE: Escala de Severidad del Evento; GHQ: Escala de Salud General de Goldberg; ETAPS 1: Dimensión I Pre-Traumática; ETAPS II: Dimensión II Destrucción de la socialidad; ETAPS III: Dimensión III Autoeficacia personal y Colectiva; ETAPS IV: Dimensión IV Emociones Intergrupales; MSPSS: Escala de Apoyo Social Percibid

Análisis correlacional

Para analizar la relación entre las variables, y confirmar o no la **H1**, se realizaron análisis con la correlación de Pearson entre escalas y las dimensiones de las ETAPS. Estos se pasan a desglosar a continuación y se presentan igualmente en la tabla 8.

En cuanto a las correlaciones presentes se observa que la puntuación de la SSE se correlaciona positivamente con las dimensiones de ETAPS ($p<.001$) "Situación Pre-traumática", "Destrucción de la socialidad" y "Emociones Intergrupales". Estos resultados indican una relación directa entre la exposición a eventos de violencia por el conflicto mapuche y el desarrollo de trauma psicosocial.

No se encontró relación significativa entre la SSE y la dimensión "Autoeficacia Personal y colectiva" de la ETAPS. Lo que indica que a pesar de que la persona haya vivido eventos de violencia que considera graves por el conflicto mapuche no necesariamente se ve dañada su percepción de autoeficacia personal y colectiva.

En cuanto a la SSE y la escala de salud general (GHQ-12), se observó una relación negativa, pero muy poco significativa estadísticamente. Por lo que no se pudo establecer una relación de causalidad entre la exposición a los eventos de violencia y el surgimiento de sintomatología de salud mental.

Por otro lado, los resultados de la GHQ-12 se correlacionan positivamente con la dimensión de la ETAPS "Destrucción de la socialidad" ($p<.01$). Lo que quiere decir que, ante mayor presencia de sintomatología de salud mental más dañadas se observan las relaciones sociales del sujeto. Esta misma escala se correlaciona negativamente con la dimensión de la

ETAPS “Autoeficacia personal” (p=.01) y con los resultados de MSPSS que mide “Apoyo Social Percibido” (p<.001). Lo cual indica que ante una mejor percepción del “Apoyo Social Percibido” y una mejor percepción de la “Autoeficacia personal y colectiva”, menor es la presencia de sintomatología de salud mental.

Las dimensiones de la ETAPS se correlacionan todas entre sí, excepto entre “Destrucción de la socialidad” y “Autoeficacia Personal”. Esto se explica debido a que dichas dimensiones evidencian conductas y emociones que van en direcciones contrarias.

Finalmente, la MSPSS se correlaciona negativamente con “Destrucción de la Socialidad” (p<.001) y “Emociones Intergrupales” (p<.01). Esto indica que las personas que perciben un buen apoyo social de su entorno presentan menos aislamiento de este; sus relaciones interpersonales se ven menos afectadas negativamente; y sienten menos emociones negativas hacia el exogrupo.

Tabla 8

Análisis correlaciones entre escalas y dimensiones de la ETAPS

Escala	SSE	GHQ-12	Situación Pre-traumática	Destrucción de la Socialidad	Autoeficacia Personal y colectiva	Emociones intergrupales	MSPSS
Severidad Subjetiva del Evento (SSE)	1	*.55*	***	***	*.08*	***	*.49*
Salud General (GHQ)	-.04	1	*.57*	***	*.01*	*.05*	***
Situación Pre-Traumática (E1)	.50	.04	1	***	**	***	*.15*
Destrucción de la Socialidad (E2)	.28	.27	.38	1	*.99*	***	***
Autoeficacia Personal y Colectiva (E3)	.12	-.16	.19	.00	1	***	*.01*
Emociones Intergrupales (E4)	.36	.14	.43	.34	.28	1	**
Apoyo Social Percibido (MSPSS)	-.05	-.36	-.10	-.46	.18	-.21	1

***nota**. **: p<.01 ***: p<.001. Valores r a la izquierda de la tabla y significaciones a la derecha.

Análisis de Moderación

A continuación, presentan los resultados de los modelos de regresión elaborados para verificar las hipótesis de moderación **H2 y H3**, además de presentar las figuras explicativas generadas para los mismos.

Para evaluar la **H2** se elaboraron cuatro modelos de regresión (1a, 1b, 1c y 1d) en función de las distintas dimensiones de la escala ETAPS con el objetivo de analizar el efecto del apoyo social percibido como factor atenuante del impacto psicológico colectivo asociado a eventos de violencia colectiva. Igualmente, en los modelos se incluye el impacto de la escala severidad subjetiva del evento en las dimensiones y otros datos demográficos que se destacan debido a su impacto en la dimensión.

En cambio, para la **H3** se utilizó el resultado total de la escala de salud, el cual se cruzó con los datos de cada item de la escala para medir el apoyo social percibido (MMPP), para así analizar el factor de regresión que el apoyo social generaba.

Al final de este apartado, en la tabla 9, se desglosan en detalle los cálculos de los coeficientes de regresión que se generaron.

Modelo 1a. Violencia Colectiva y Situación Pre-Traumática

En torno a esta dimensión, como se ilustran en la figura 3, se identificó que en la dimensión I (situación pre-traumática**)**, la puntuación media aumenta significativamente por cada punto en la escala de severidad subjetiva del evento (b = 5.89, $p < .001$), lo que indica que a

mayor percepción de alteración en la vida frente a estos eventos de violencia colectiva, mayor es la rememoración de los hechos como traumáticos.

También se observó un incremento en esta dimensión cuando los participantes declararon ser funcionarios de salud ($B = 7.99$, $p < .05$).

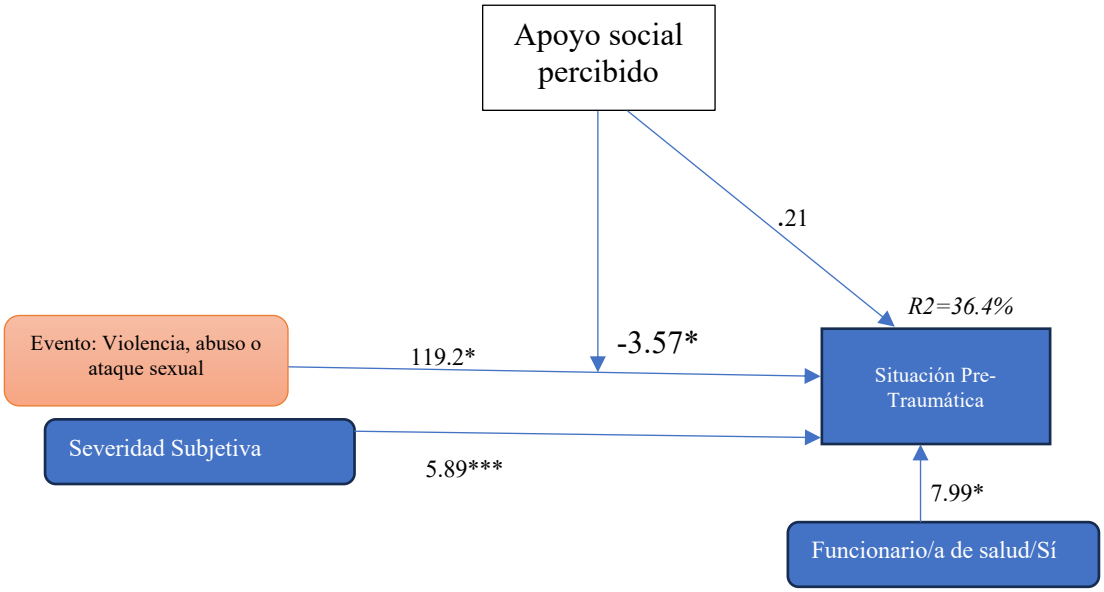
Respecto al apoyo social percibido, se identificó un aumento en la puntuación media de esta dimensión por cada punto en dicha escala ($B = 0.21$), aunque este incremento no fue estadísticamente significativo ($p > .05$).

En relación con la exposición a eventos violentos, se contrastó cada ítem de la Escala de Violencia con la dimensión I. Se detectó un aumento considerable cuando se reportó haber vivido una violación, abuso o ataque sexual ($B = 119.20$, $p < .05$). En este mismo modelo, el apoyo social percibido presentó un efecto moderador, disminuyendo el impacto del evento, con un coeficiente de ($B = –3.57$, $p < .05$).

Este modelo explicó el 36.4 % de la varianza de la dimensión pre-traumática y fue estadísticamente significativo, F (9, 202) = 4.89, $p < .001$.

Figura 3

Modelo 1a. Efecto moderador del apoyo social percibido en la asociación entre violencia colectiva y Situación Pre-Traumática



Fuente: Elaboración propia

Modelo 1b. Violencia Colectiva y Destrucción de la Socialidad

En torno a esta dimensión, como se muestra en la figura 4, la puntuación media reporta un aumento positivo por cada punto en la escala de severidad subjetiva (b=2.9, p<.001), y al estar bajo tratamiento por patología de salud mental (b=10.3, p<.05).

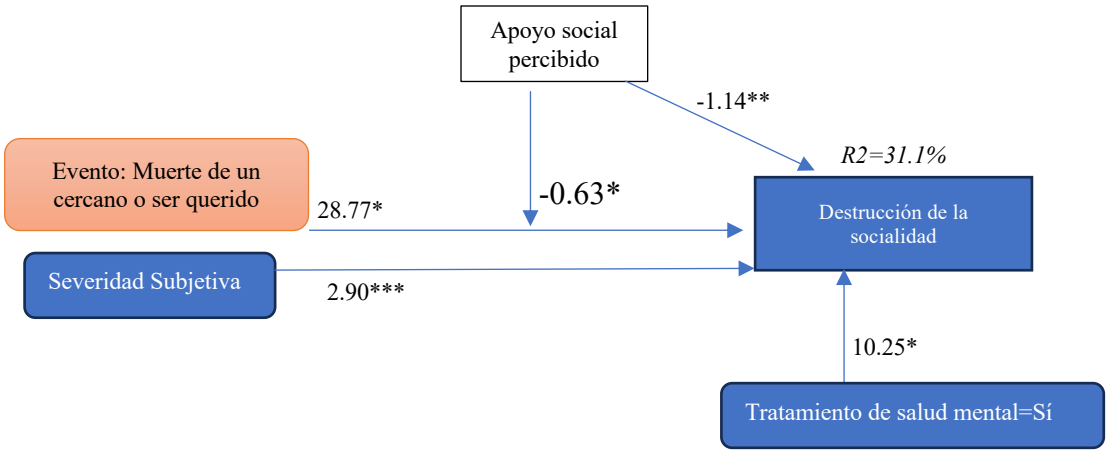
Por otro lado, al analizar los resultados de los hallazgos se detectó un coeficiente de regresión de -1.14 por cada punto en la escala de apoyo social percibido (p<.01) en esta dimensión. Evidenciando el rol moderador del apoyo social percibido en general en esta dimensión.

En cuanto a los factores de exposición a violencia, en específico se detectó un aumento importante en el deterioro de las relaciones sociales cuando hay muerte de un cercano o ser querido (b=28.7 p<.05). Esta misma relación se vio levemente moderada por el apoyo social presentando un coeficiente de regresión de -0.63 por cada punto en la escala de apoyo social percibido.

Este modelo explica un 31.1% de la variación del puntaje y es significativo (F9,202=4.07; p<.001).

Figura 4

Modelo 1b. Efecto moderador del apoyo social percibido en la asociación entre violencia colectiva y Destrucción de la socialidad



Fuente: Elaboración propia

Modelo 1c. Violencia Colectiva y Autoeficacia Personal y Colectiva

En cuanto a esta dimensión, como se muestra en la figura 5, la puntuación media en esta reporta un aumento positivo leve de acuerdo con severidad subjetiva (b=1.5, p<.05), un aumento

considerable al ser funcionario de salud (b=10.25, p<.05) y al participar en una organización comunitaria (b=9.1, p<.05).

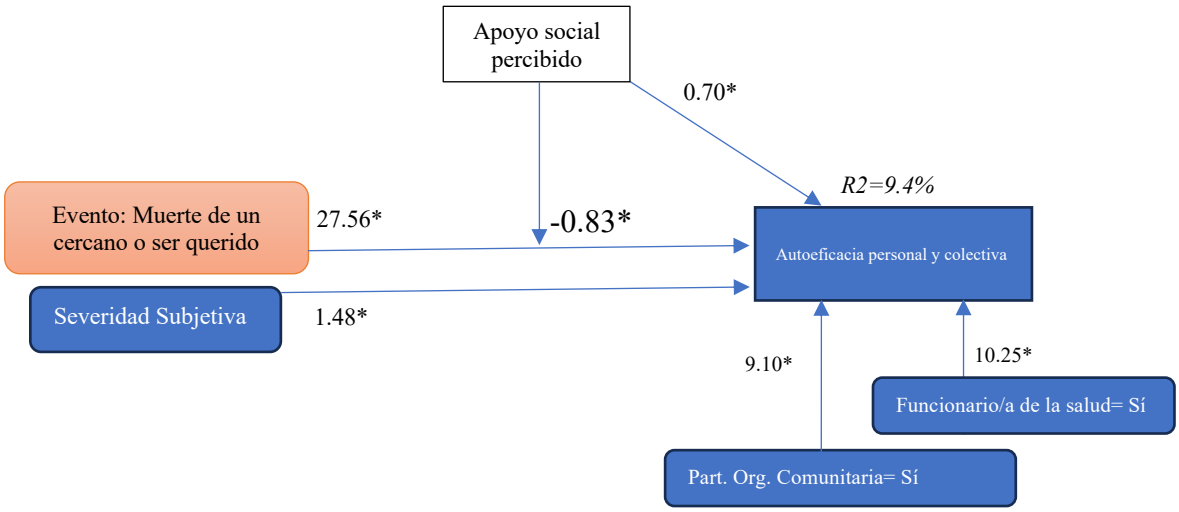
La percepción de apoyo social percibido genero un aumento positivo en la puntuación media del b=0.70 (p<.05).

En cuanto a los factores de exposición a violencia, se detectó un aumento importante cuando hay muerte de un cercano o ser querido (b=27.6, p<.05), pero a su vez se detectó un efecto de moderación en el mismo factor con un coeficiente de regresión de -0.83 (p<.05) por cada punto obtenido en apoyo social percibido.

Este modelo explica un 9.4% de la variación del puntaje y es significativo (F9,202=1.70; p<.05).

Figura 5

Modelo 1c. Efecto moderador del apoyo social percibido en la asociación entre violencia colectiva y Autoeficacia personal y colectiva



Fuente: Elaboración propia

Modelo 1d. Violencia Colectiva y Emociones Intergrupales

En esta dimensión, y como se muestra en la Figura 6, la puntuación media de esta dimensión reporta un aumento positivo con relación al aumento en escala de severidad subjetiva (b=2.02, p<.001) y al participar en una organización comunitaria (b=5.5, p<.05).

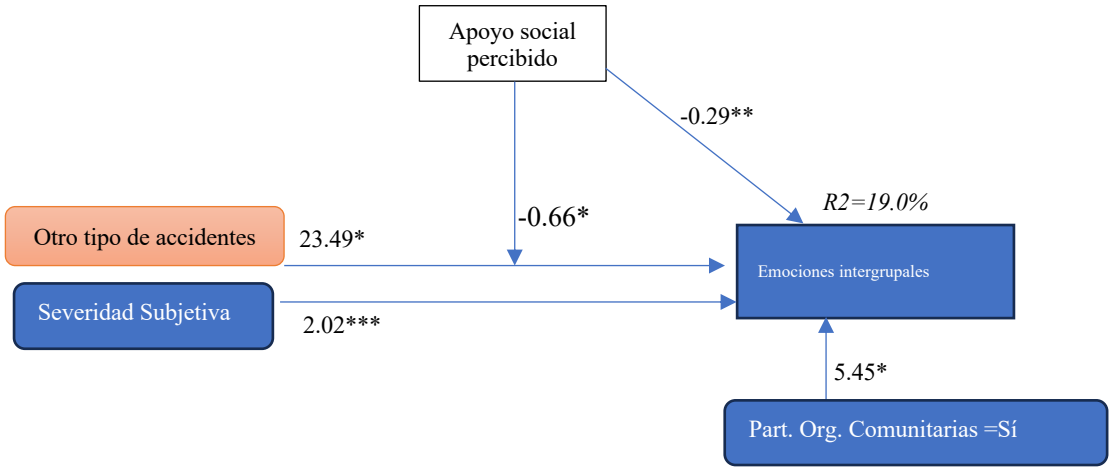
Por otro lado, también de se detectó una disminución en la puntuación media de la dimensión por cada punto en la escala de apoyo social percibido, presentando un factor de regresión del -0.29, pero que resulta bajo para ser considerado significativo.

En cuanto a los eventos de exposición a violencia colectiva, se detectó un aumento significativo en el impacto sobre la dimensión evaluada cuando los participantes reportaron haber vivido “otro tipo de accidentes” (b = 23.5, $p < .05$). Asimismo, se detectó un efecto de moderación en dicha relación con un coeficiente de regresión de -0.66 por cada punto obtenido en apoyo social percibido (p<.05).

Este modelo explica un 19.0% de la variación del puntaje y es significativo ($F_{9,202}=6.51$; p<.001).

Figura 7

Modelo 1d. Efecto moderador del apoyo social percibido en la relación entre violencia colectiva y Emociones intergrupales



Fuente: Elaboración propia

Modelo 2.

En este modelo, y como se muestra en la figura 7, la puntuación media en los resultados de la escala general general de salud reportó un aumento significativo en quienes se encuentran bajo tratamiento de salud mental (b=2.84, p<.01).

En cuanto al apoyo social percibido, se detectó una disminución en la puntuación media de la dimensión por cada punto en la escala de apoyo social percibido, presentando un factor de regresión del -0.16, pero que resulta bajo para ser considerado significativo.

En cuanto a los eventos de exposición a violencia colectiva, se detectó un aumento en el impacto sobre el resultado de la escala cuando los participantes reportaron haber vivido "Accidentes de medios de transporte" (b = 6.07). Se detectó un efecto de moderación en dicha

relación con un coeficiente de regresión de -0.14 por cada punto obtenido en apoyo social percibido (p<.05), pero que al ser bajo no resulta significativo.

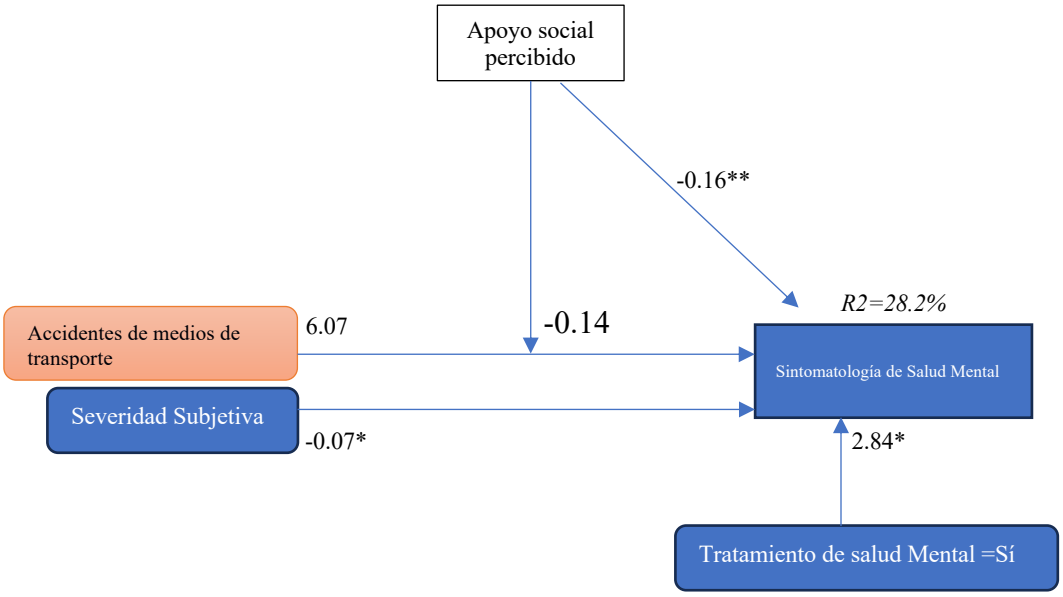
Este modelo explica el 28.2% de la variación del puntaje y es significativo (F9,202=2.28; p<.001).

En cuanto a los factores de exposición a violencia no se reportaron efectos.

Los resultados mostraron que la única asociación significativa se dio entre la presencia de la sintomatología de salud mental y estar en tratamiento de salud. Por tanto, el modelo propuesto como hipotesis 3 (**H3**) no pudo comprobarse.

Figura 8

Modelo 2. Efecto moderador del apoyo social percibido en la asociación entre violencia colectiva y sintomatología de Salud Mental



Fuente: Elaboración propia

Tabla 9

Coeficientes de regresión no estandarizados según variables

Variable	Situación Pre-traumática	Destruccion de la socialidad	Autoeficacia personal y colectiva	Emociones Intergrupal	Salud Genera
(intercepto)	-11.6	55.91***	20.43	22.53*	17.5***
	(19.9)	(16.47)	(14.5)	(10.7)	(3.7)
Variables independientes					
Severidad Subjetiva (SSE)	5.89***	2.9***	1.48*	2.02***	-0.07
	(0.9)	(0.39)	(0.34)	(0.25)	(0.16)
Apoyo Social Percibido (MSPSS)	0.21	-1.14**	0.70*	-0.29	-0.16
	(0.5)	(0.71)	(0.63)	(0.46)	(0.09)
Accidentes de medios de transporte (E1)	12.9	4.86	14.56	-2.12	6.07
	(18.7)	(15.4)	(13.55)	(10)	(3.4)
Otro tipo de accidentes (E2)	-0.48	-12.41	-23.54	**23.49***	-1.56
	(21.3)	(17.55)	(15.45)	**(11.4)**	(3.9)
Combate o exposición a zona de conflicto (E3)	14.0	13.19	10.8	-5.64	-5.77
	(19.4)	(15.98)	(14.06)	(10.37)	(3.6)
Violación, abuso o ataque sexual (E4)	**119.2***	23.52	25.8	16.51	5.32
	(50.1)	(41.29)	(36.35)	(26.81)	(9.2)
Acoso o maltrato psicológico (E5)	-42.0	**-53.92***	-4.65	-10.64	-6.55
	(26.7)	**(22.02)**	(19.38)	(14.3)	(4.9)
Violencia física (E6)	14.5	-6.5	1.17	-6.09	0.86
	(24.1)	(19.9)	(17.52)	(12.92)	(4.4)
Actos terroristas o tortura (E7)	-41.4	11.38	-3.82	9.94	5.97
	(28.0)	(23.06)	(20.31)	(14.98)	(5.1)
Encarcelamiento, detención o cautividad (E8)	9.89	-26.7	-41.06	-14.53	-3.54
	(35.6)	(29.34)	(25.83)	(19.05)	(6.5)
Enfermedad, lesión o intervenciones médicas (E9)	14.9	12.21	7.95	-3.8	-5.86
	(25.1)	(20.67)	(18.19)	(13.42)	(4.6)
Muerte de un cercano o ser querido (E10)	17.1	**28.77***	**27.56***	15.08	0.69
	(18.6)	**(15.36)**	**(13.52)**	(9.97)	(3.4)
Emigración (E11)	13.1	-25.8	-13.05	12.94	-0.22
	(32.5)	(26.82)	(23.61)	(17.41)	(5.9)
Amenazas (E12)	12.1	10.88	-2.1	-13.79	2.57
	(21.8)	(18.01)	(15.85)	(11.69)	(4.0)
MSPSS x E1	-0.58	-0.06	-0.37	0.02	-0.14
	(0.5)	(0.39)	(0.35)	(0.25)	(0.09)
MSPSSx E2	-0.10	0.18	0.56	**-0.66***	0.02
	(0.56)	(0.46)	(0.41)	**(0.3)**	(0.1)
MSPSS x E3	-0.28	-0.4	-0.28	0.12	0.16
	(0.5)	(0.41)	(0.36)	(0.27)	(0.09)
MSPSS x E4	**-3.57***	-0.8	-0.59	-0.45	-0.15
	(1.4)	(1.18)	(1.04)	(0.77)	(0.3)
MSPSS x E5	1.25	**1.63*****	0.03	0.37	0.19

	(0.7)	**(0.58)**	(0.51)	(0.38)	(0.1)
MSPSS x E6	-0.02	0.35	-0.01	0.28	-0.01
	(0.6)	(0.5)	(0.44)	(0.33)	(0.1)
MSPSS x E7	1.28	-0.24	-0.07	-0.24	-0.19
	(0.7)	(0.57)	(0.51)	(0.37)	(0.1)
MSPSS x E8	-0.17	0.89	1.25	0.53	0.16
	(0.9)	(0.78)	(0.68)	(0.5)	(0.2)
MSPSS x E9	-0.29	-0.39	-0.25	0.13	0.16
	(0.6)	(0.54)	(0.47)	(0.35)	(0.1)
MSPSS x E10	-0.60	-0.63	**-0.83***	-0.37	-0.009
	(0.5)	(0.4)	**(0.35)**	(0.26)	(0.09)
MSPSS x E11	-0.14	0.44	0.56	-0.25	-0.006
	(0.9)	(0.71)	(0.63)	(0.46)	(0.16)
MSPSS x E12	-0.37	-0.32	0.08	0.37	-0.11
	0.6	(0.48)	(0.42)	(0.31)	(0.1)
Variables Control					
Sexo = Femenino	-2.54	-2.86	-0.15	-1.00	1.07
	(4.4)	(3.65)	(3.22)	(2.37)	(0.8)
Tratamiento Salud Mental = SI	1.45	**10.25***	-4.76	3.48	**2.84****
	(5.4)	**(4.46)**	(3.93)	(2.9)	**(1.0)**
Pertenece a Pueblo Originario = SI	4.18	5.99	6.67	1.05	-1.25
	(4.9)	(4.12)	(3.63)	(2.67)	(0.9)
Funcionario/a de Salud = SI	**7.99***	-2.69	**6.00***	0.77	-0.47
	(4.1)	(3.42)	**(3.01)**	(2.22)	(0.8)
Participa en Org. Comunitarias = SI	6.27	3.47	**9.10***	**5.45***	1.06
	(4.9)	(4.1)	**(3.61)**	**(2.66)**	(0.9)
Media Var. Dep.	56.8	42.1	64.1	33.4	56.8
D.E. Var. Dep.	32.7	25.9	19.9	15.4	32.7
R^2 Ajustado	0.364	0.311	0.094	0.190	0.282
Estadístico F(9,202)	4.89	4.07	1.70	6.51	2.28
p-valor	***	***	*	***	***
Raíz del Error Cuadrático Medio	26.1	21.52	18.91	13.89	4.80

***nota**. **: p<.01 ***: p<.001

Discusión

El objetivo principal de este estudio era determinar la asociación entre la exposición a la violencia colectiva por el conflicto mapuche y el desarrollo de trauma psicosocial, sintomatología de salud mental y apoyo social en población adulta de la provincia de Arauco.

A continuación, se discuten los resultados del estudio en relación con los antecedentes y evidencia científica disponible.

El primer objetivo específico de este estudio buscaba determinar la relación entre las variables datos sociodemográficos (comuna, edad, género, perteneciente a pueblo originario, estado civil, situación ocupacional, participación comunitaria, pertenencia religiosa y antecedentes de salud mental), exposición a la violencia colectiva, trauma psicosocial, sintomatología de salud mental y percepción de apoyo social por el conflicto mapuche en la población adulta de la provincia de Arauco.

Un primer resultado relevante fue la relación entre los datos sociodemográficos y los puntajes obtenidos en la Escala de Severidad del Evento (SSE). Los resultados mostraron diferencias según el rango etario, destacando que las personas de 60 años o más presentaron una mayor percepción de alteración en sus vidas producto de la violencia colectiva a la que estuvieron expuestas. Este resultado podría estar relacionada con la forma en que las personas mayores perciben la violencia en Chile, ya que este grupo etario es especialmente vulnerable a ella, al punto de ser considerada un problema de salud pública (Serón & Rodríguez, 2014).

El Servicio Nacional de Adulto Mayor [SENAMA] (2005), en Chile estableció la siguiente clasificación de la violencia en personas mayores: violencia física, violencia

psicológica, abuso sexual, abuso patrimonial, negligencia, abandono y violencia estructural o societaria. Este último tipo de violencia habla en específico de la falta de políticas y recursos sociales y de salud, un mal ejercicio de las leyes, las normas sociales y comunitarias existentes que va en desmedro de las personas mayores, que en concreto se expresaría como discriminación, marginalidad y exclusión hacia las personas mayores. En este contexto, la población adulta mayor de la comuna de Tirúa estuvo directamente expuesta a diversos tipos de violencia, tanto de forma directa como indirecta a nivel colectivo. No solo enfrentaron hechos violentos específicos, sino también las múltiples dificultades derivadas del clima de violencia que afectó a la zona, especialmente en la ruta P-72 (Cañete-Tirúa). En dicha ruta, según un artículo del diario nacional *La Tercera* (Rivera, 2021), entre enero y julio de 2020 se registraron cerca de 75 atentados, lo que provocó constantes interrupciones del tránsito y un fuerte impacto en la vida cotidiana de la comunidad. Estos cortes de ruta que eran por largas jornadas generaron diferentes problemáticas, desde el alejamiento temporal de algunos representantes del estado que por seguridad dejaron de acudir a la comuna hasta la dificultad de acceder a una atención de salud de especialidad ya que las ambulancias no podían conectar los servicios de salud de la comuna, que solo son de atención primaria, con los especialistas en el hospital de Cañete.

Desde otra arista, la población adulto mayor de Chile igualmente ya se había visto expuesta a la violencia colectiva por la dictadura militar lo que pudo haberlos hecho revivir la experiencia traumática pasadas e impregnar las actuales de un impacto aún más grave en su percepción (Matamala, 2021).

Otro resultado relevante que se detectó en los datos sociodemográficos tuvo relación con la población que señaló “pertenencia a pueblo originario”. Este grupo reportó niveles significativamente más altos que la media general detectada (9,2) en cuanto a la percepción de

alteraciones en sus vidas, en comparación con quienes no declararon pertenencia a un pueblo originario. Esto puede explicarse por el posible aumento en la percepción de discriminación y prejuicios históricamente percibidos por el pueblo mapuche, y que ha sido bastante documentando en investigaciones ligadas a la temática (García et al., 2021; Rain, 2021; Zañartu et al., 2021; Zañartu et al., 2017; Merino & Tocornal, 2012; Aravena & Silva, 2009; Merino et al., 2009). Esto, a su vez, pudo haber sido ocasionado por la alta difusión a los hechos de violencia que han ocurrido en la zona principalmente por los grupos terroristas antes mencionados (WAM, RML y CAM), generalizando y negativizando la imagen del pueblo mapuche. Esto mismo se ve reflejado en la alta preocupación por este conflicto que se genera a nivel país, lo que fue evidenciado en la encuesta Bicentenario 2023, realizada por la Pontificia Universidad Católica, en la cual el 82%, de los encuestados considera a este conflicto como un "un gran conflicto" (Centro UC Políticas Públicas, 2024).

Si bien la percepción de discriminación y marginalidad no es objetivo de este estudio, lo antes expuesto sirve para explicar porque la población mapuche consideraría que el conflicto entre el estado y el pueblo mapuche los ha afectado de una forma más severa versus que los no mapuches actualmente.

Complementando los análisis ya expuestos, se realizaron análisis complementarios mediante comparaciones de medias en las variables estudiadas, considerando distintos datos sociodemográficos de la muestra. Una de las variables centrales de este estudio, el trauma psicosocial, fue evaluada mediante el instrumento ETAPS. Para su análisis, esta escala se desagregó en sus cuatro dimensiones: "situación pre-traumática", "destrucción de la socialidad", "autoeficacia personal y colectiva" y "emociones intergrupales", lo que permitió un abordaje

más específico de los distintos componentes del impacto psicosocial en el contexto de violencia colectiva.

En la dimensión I (situación pre-traumática) se observaron diferencias estadísticamente significativas según la distribución por rango etario ($p<.01$). Siendo el grupo, al igual que en la escala de severidad del evento, "desde 60 años" el que presentó un mayor puntaje (78.4) versus los menores de 19 años (33.7). Como se ha señalado previamente, la reactivación de experiencias traumáticas vinculadas a la violencia política vivida durante la dictadura militar podría explicar esta mayor sensibilidad e impacto emocional (Matamala, 2021).

En la dimensión II (destrucción de la socialidad) los puntajes fueron en general moderados a bajos y no hubo diferencias según sexo, nivel educativo o lugar de residencia. Esta dimensión evalúa la visión negativa de la sociedad, la desconfianza hacia otros y el malestar emocional que afecta no solo a la persona, sino también a su familia y entorno social (por ejemplo, emociones como odio, polarización o temor) (Villagrán, 2016). Un estudio realizado en Chile por Cavieres y Pávez (2017) mostró cómo la represión durante la dictadura militar rompió la confianza entre vecinos, debilitando la organización comunitaria. Si bien los puntajes no fueron tan altos, el resultado apoya la idea de que la violencia colectiva vivida en la zona también ha afectado negativamente las relaciones sociales y comunitarias en la actualidad.

Por otro lado, pero en esta misma dimensión se observaron diferencias significativas entre quienes estaban en tratamiento de salud mental y quienes no: las personas que sí estaban en tratamiento promediaron 40,4 ($p < .05$), mientras que quienes no estaban en tratamiento obtuvieron un puntaje promedio de 55,6**.** Lo cual evidencia un mayor deterioro en sus relaciones sociales. Esto se puede explicar porque la muestra expresó una alta presencia de sintomatología

de salud mental que no estaba siendo tratada, por ende, al presentar sintomatología de salud mental y no estar en tratamiento los síntomas como el aislamiento y desconfianza hacia los demás pudieran predominar aún más (Kim et al., 2025), al igual que los sentimientos de soledad (Luo, 2023).

En la dimensión III (autoeficacia personal y colectiva), se encontraron diferencias significativas en las personas que indicaron “No pertenecer a un pueblo originario”, quienes obtuvieron puntajes entorno a los 71.1 v/s los que sí 62.2. Lo que nos dice que aquellas personas que señalan “pertenecer al pueblo mapuche”, se perciben con una menor autoeficacia. Esto podría explicarse por lo anteriormente mencionado en relación con la discriminación vivenciada por el pueblo mapuche que puede generar emociones negativas (García et al., 2021; Zañartu et al. 2017) y que reducirían la autoconfianza de los individuos en ciertos contextos familiares y comunitarios al ser de algún pueblo originario. En otras investigaciones como la de Harris-Britt et al. (2007) en África, se concluyó que una mayor percepción de discriminación se asocia con una menor autoestima. Por otro lado, pero en la misma línea Caqueo-Urízar et al. (2024) en un estudio en el norte de Chile sobre migrantes concluyó que ante una mayor percepción de discriminación existe una menor autoeficacia percibida y una menor satisfacción vital.

En la dimensión IV (emociones intergrupales), que aborda las emociones negativas orientadas al exogrupo (victimarios), los resultados fueron similares en todos los grupos comparativos (de moderados a bajos). Estos resultados, aunque moderados, siguen la tendencia de los resultados hallados de Villagrán (2016), que indican la asignación de la culpa de la violencia en el exogrupo, considerándolos como el enemigo.

En relación con esta misma dimensión, llama la atención la diferencia significativa entre quienes pertenecían a una organización comunitaria mostrando un puntaje más alto (38.0) versus los que no (32.7). Lo que sería indicativo de que aquellos que pertenecen a una organización comunitaria, tendrían una visión más negativa de aquellos que consideran como victimarios. Esto podría explicarse por las características de la muestra, ya que la mayoría de los participantes indicaron pertenecer a "Comunidades Mapuches" que son organizaciones altamente cohesionadas. Según Turner et al.(1979), la dinámica de las organizaciones comunitarias fortalece la identidad colectiva y la cohesión interna frente a amenazas externas, lo que puede intensificar la percepción negativa hacia quienes se consideran victimarios. Por tanto, al pertenecer a un grupo estructurado y al observar que otro grupo también altamente organizado es responsable de actos de violencia colectiva, esta percepción negativa del otro como enemigo podría verse aún más aumentada.

A modo más general, y en relación con las puntuaciones obtenidas en las dimensiones "Situación pre-traumática", "Destrucción de la socialidad" y "Emociones intergrupales", se observa que, en general, fueron algo más bajas que las reportadas en estudios previos dentro de esta misma línea de investigación. Por ejemplo, Villagrán (2016) encontró puntajes directos en la dimensión de situación pre-traumática que promediaban entre 84,96 y 106,7, dependiendo del tipo de experiencia (desplazamiento, guerra civil o dictadura militar). De manera similar, Jiménez et al. (2021) también reportaron valores más elevados en los ítems relacionados con dichas dimensiones. Dichos resultados podrían ser explicados por el tipo de eventos de violencia vividos, que como se señaló anteriormente en su mayoría tuvieron una relación de "otro parentesco". Lo cual indica una relación más indirecta con los eventos propiamente tal.

Por otro lado, también podría ser explicado por la posible normalización de los hechos violentos en la provincia de Arauco. Esto mismo es señalado por el propio Martin-Baro (2003), quien señala que el trauma psicosocial puede ser parte de una 'normal anormalidad' social. Con relación a esto mismo Ruiz (2014), señala que tanto la prolongación en el tiempo como la horizontalidad, en donde todos los grupos armados (incluidos los estatales) involucran a la población civil en el mismo, promueve precisamente que la lógica del conflicto se naturalice entre quienes se han visto obligados a convivir con él. Otros autores en México también abordan esta temática en la población adolescente desde la desensibilización, señalando que la desensibilización a la violencia se presenta como consecuencia a la exposición de la violencia y las conductas que atentan contra la seguridad social puede darse ante la presencia de violencia directa e indirecta, y que además de disminuye el grado de reconocimiento de esta (F. Galán et al., 2022).

Respecto a la salud mental de la población de la provincia de Arauco, evaluada mediante la escala GHQ-12, los resultados mostraron puntajes elevados, lo que evidencia una alta presencia de sintomatología de salud mental. Se observaron diferencias significativas entre distintas categorías, destacando que las mujeres, las personas entre 18 y 19 años, y quienes no se encuentran actualmente en tratamiento de salud mental presentaron los puntajes más altos. En este sentido, este tipo de resultados siguen la línea con los expuestos en otras investigaciones en otros contextos que analizan la exposición a violencia colectiva encontrando en la mayoría de los casos una afectación negativa importante de la salud mental en los niños (Leiner et al., 2012), los adolescentes (Goto et al., 2024; Slone & Shoshani, 2021) y en la mujeres las cuales además presentan con mayor frecuencia desplazamiento forzado, asesinatos de familiares (padres y

hermanos) y otros tipos de violencia como la sexual (Jolof et al., 2022; Martínez et al., 2020) lo cual agrava aún más el impacto en estas.

Finalmente, y para cerrar este análisis de los resultados descriptivos, se aborda la última variable: el apoyo social, evaluada mediante la Escala MSPSS. Los resultados no mostraron diferencias significativas según los datos sociodemográficos recolectados. En general, los puntajes fueron de moderados a altos en la mayoría de la población encuestada, lo que indica una alta percepción de apoyo social, independiente de otros factores. Aunque cabe destacar que la mayoría de las personas encuestadas eran mujeres, quienes suelen valorar especialmente el apoyo social (Seff et al., 2024; Jolof et al., 2022), sobre todo en contextos de conflicto (Yadav & Gupta, 2024).

El segundo objetivo específico de este proyecto buscaba analizar la relación entre exposición a la violencia colectiva, trauma psicosocial y la presencia de sintomatología de salud mental por el conflicto mapuche en la población adulta de la provincia de Arauco. Se propuso entonces la **H1,** que señalaba que a mayor apoyo social, menor trauma psicosocial y sintomatología de salud mental en la población afectada por violencia colectiva ocasionada por el conflicto mapuche en la provincia de Arauco.

Los resultados del análisis de correlación de Pearson, mostraron una correlación positiva entre la escala SSE y tres dimensiones de la escala ETAPS (situación pre-traumática, destrucción de la socialidad y emociones intergrupales), logrando establecer una dirección lineal entre la severidad percibida de la violencia colectiva vivida y la presencia de trauma psicosocial. Por tanto, los participantes vinculan la severidad de los eventos con un contexto social previo marcado por la represión, la persecución y varios hechos de violencia. Asimismo, se observa que

perciben un deterioro en las relaciones sociales y en el tejido comunitario importante, lo que intensifica las emociones negativas hacia el exogrupo, al que incluso llegan a identificar como un enemigo. Este tipo de resultados concuerda con lo hallado en las investigaciones antes mencionadas de Jiménez et al. (2021) y Villagrán (2016), respecto de la población víctima de la violencia colectiva en Colombia. Quienes presenta esta misma direccionalidad en la relación entre la exposición a violencia colectiva y trauma psicosocial.

Por otra parte, se evidenció una correlación entre la escala SSE y la dimensión "autoeficacia personal y colectiva" de la ETAPS. Este valor representa una relación muy débil, por lo que no se considera estadísticamente relevante. Estos resultados concuerdan también con lo evidenciado en las otras investigaciones de la temática de Jiménez et al. (2021) y Villagrán (2016), que señalan similares resultados ante este tipo de vivencias. Evidenciándose así que las personas son capaces de sobrellevar e inclusive mejorar la percepción que tienen de sí mismo/as ante situaciones de intensa violencia colectiva.

Este tipo de resultados puede explicarse por las habilidades intrapsíquicas del/la afectado/a y por la interacción de otras variables que pueden aumentar la percepción de autoeficacia tras haber experimentado el evento y enfrentarlo. Una de estas variables podría ser el crecimiento postraumático (CPT), concepto propuesto por Calhoun y Tedeschi en 1999, el cual describe un proceso de cambio positivo tras una crisis vital altamente desafiante. Este crecimiento puede manifestarse en una mayor apreciación por la vida, relaciones interpersonales más significativas, un sentido aumentado de fortaleza personal, y una vida espiritual o existencial más rica (Tedeschi & Calhoun, 2004). Según estos mismos autores, para que se dé el CPT es necesario que se produzca un nivel moderado de angustia (Cho & Park, 2013). Por lo tanto, va a depender de la percepción subjetiva de la gravedad del evento por las personas si esto ocasiona el

desarrollo de Sintomatología Postraumática (SPT) o de CPT. Lo cual a su vez, dependería además de otros procesos psicológicos, como las estrategias de regulación emocional utilizadas, el apoyo social percibido, y el tipo de rumiaciones experimentadas (García et al. 2022). Las rumiaciones pueden ser intrusivas, negativas y con tendencias depresivas, o también reflexivas, intencionadas y centradas en la construcción de un sentido para el evento por ejemplo (Zięba et al., 2022). Evidencia de esto es lo hallado por Hashemi y Mahmoudzadeh (2025), en su reciente investigación con quienes fueron niños víctimas de la guerra de Iraq quienes encontraron que si bien los participantes afectados por la guerra tuvieron que convivir constantemente con los efectos persistentes del trauma a lo largo de las diferentes etapas de sus vidas, gracias al crecimiento post traumático (detectada en población adulta de la muestra) pudieron salir adelante y se mantuvieron resilientes gracias a una gestión eficaz del estrés.

Continuando con el análisis de correlación entre variables, no se halló una correlación significativa entre la SSE y la GHQ-12, que medía presencia de sintomatología de salud mental. Lo cual podría explicarse debido a que la presencia de la sintomatología de los participantes tendría un origen multifactorial y no solo por la violencia colectiva. Algunos de estos otros factores, y que no fueron medidos en esta investigación, fueron por ejemplo los altos índices de pobreza registrados en la provincia de Arauco (CASEM, 2022). La revisión sistemática y metaanálisis de Jespersen et al. (2023), que reviso 7943 estudios, avala justamente que un nivel socioeconómico bajo se relaciona con un mayor riesgo de depresión.

Otra variable que no se midió explícitamente en este proyecto investigativo fue la Discriminación y como señalan varios estudios la población mapuche (importante parte de la muestra) se ha visto expuesta históricamente a una alta discriminación y violencia estructural (García et al., 2021; Rain, 2021; Zañartu et al., 2021). Lo cual a su vez se ha comprobado

aumenta el riesgo de desarrollar problemas de salud mental como depresión u ansiedad (Wang & Narcisse, 2025).

Se identificó una correlación positiva y estadísticamente significativa entre la GHQ-12 y la dimensión “destrucción de la socialidad” de la ETAPS , lo que sugiere que a mayor sintomatología de salud mental reportada, mayor percepción de deterioro en los vínculos sociales. En personas con problemas de salud mental el aislamiento y la desconfianza ya se encuentran presentes, y ante situaciones de violencia estos podrían verse intensificados (Kim et al., 2025), junto con los sentimientos de soledad (Luo, 2023), contribuyendo así al distanciamiento social.

Por el contrario, se encontró una correlación negativa significativa entre la GHQ-12 y la dimensión de “autoeficacia personal y colectiva”, lo que indica que una menor presencia de sintomatología de salud mental se asocia con niveles más altos de autoeficacia. Este resultado coincide con hallazgos previos que señalan que una salud mental positiva está relacionada con altos niveles de autoeficacia (Huang et al., 2021). Además, otro estudio sobre la mejoría en casos de Trastorno de Estrés Postraumático (TEPT) identificó que la autoeficacia es un predictor significativo de la recuperación clínica, sugiriendo que una alta autoeficacia contribuye a la disminución de la sintomatología del TEPT (Morison & Benight, 2022). Estos resultados permiten evidenciar igualmente la influencia bidireccional entre una alta percepción de autoeficacia y una buena salud mental.

En torno a la presencia de sintomatología de salud mental, pero en su relación con el apoyo social percibido se detectó una correlación negativa. Indicando que ante mayor percepción de apoyo social menor es la presencia de sintomatología de salud mental. Estos resultados

refuerzan entonces lo hallado en investigaciones en donde una menor percepción de apoyo social estaba significativamente asociada con un riesgo elevado de depresión y una peor calidad del sueño (Acoba, 2024; Yıldırım & Green, 2023; Bedaso et al., 2021; Ghafari et al., 2021; Grey et al., 2020). Desde otra perspectiva, esto puede ser explicado ya que quienes perciben un mayor apoyo social perciben a su vez menos soledad, presentan menos anhedonia, y perciben un mayor acceso a un confidente cercano lo cual contribuye al desarrollo de menos síntomas depresivo (Li et al., 2023) y de Trastorno de Estrés Post Traumático (Grover et al., 2024).

Finalmente, la MSPSS se correlaciona negativamente con "Destrucción de la Socialidad" ($p<.001$) y "Emociones Intergrupales" ($p<.01$). Esto puede explicarse porque un alto Apoyo Social Percibido se relaciona con conducta prosociales, es decir de mayor cercanía y empatía con un otro (Wang et al., 2024; Li & Hu, 2023).

De acuerdo con los resultados anteriores, se comprobó la correlación entre las variables y la **H1** indicando que ante un mayor apoyo social percibido menor era el surgimiento de trauma psicosocial y de sintomatología de salud mental en la población afectada por violencia colectiva ocasionada por el conflicto mapuche en la provincia de Arauco.

El tercer objetivo específico de esta investigación buscaba evaluar el efecto moderador del apoyo social en el desarrollo de trauma psicosocial y/o de sintomatología de salud mental frente a la exposición a violencia colectiva debido al conflicto mapuche en la población adulta de la provincia de Arauco. En relación con este objetivo se plantearon las hipótesis **H2 y H3**.

Para comprobar la **H2** se elaboraron 4 modelos de regresión (1a,1b,1c y 1d), según las dimensiones de la ETAPS, mientras que para comprobar la **H3** se elaboró un modelo (2) de regresión.

Los resultados finalmente permitieron comprobar la **H2**, evidenciando el rol moderador del apoyo social percibido en la relación de 3 de las 4 dimensiones de trauma psicosocial (Situación Pre-Traumática, Destrucción de la Socialidad y Emociones intergrupales) y ante la exposición a eventos de violencia en el contexto de la violencia colectiva (Violación, abuso o ataque sexual; Muerte de un cercano o un ser querido; y Otro tipo de accidentes).

Investigaciones previas como la de Vásquez et al. (2018), señalan justamente que, en el caso de las víctimas de este tipo de conflictos, el apoyo social que les puede entregar su entorno cercano (familia, amigos y comunidad) posibilita que se genere una sensación de tranquilidad y confianza que puede ser muy importante no solo en los momentos de afrontamiento de las situaciones estresantes, sino que también luego de ocurridos los hechos. Dado esto el apoyo social percibido podría ser útil igualmente durante la recuperación del trauma (Sippel et al., 2024). En otro estudio, Altınışık y Şanlı (2024), que investigaba el rol moderado del Apoyo Social percibido entre el impacto de los eventos traumáticos y el CPT en refugiados de la guerra de Siria, determinaron que el apoyo social percibido moderaba positivamente dicha relación siendo más beneficioso en individuos con menor impacto traumático.

Por otro lado, estudios que han analizado el apoyo social como variable moderadora entre el estrés y desempeño en la tarea –por ejemplo, Rees y Freeman (2009) – muestran que el apoyo social se asocia positivamente con la autoeficacia y, además, modera la relación entre los estresores y el rendimiento: a mayor apoyo social, el impacto negativo de los estresores sobre el desempeño se atenúa gracias al incremento de la autoeficacia percibida. Este mecanismo puede ayudar a explicar los altos puntajes observados en la dimensión “Autoeficacia personal y colectiva” de la ETAPS en la presente investigación. En conjunto, los resultados subrayan la importancia de las relaciones interpersonales y del apoyo social percibido para fortalecer la

autoestima (Yuan et al., 2023; Simón et al., 2017; San Martín & Barra, 2013) y para afrontar con éxito eventos estresantes a lo largo de la vida (Schwarzer, 2024).

Finalmente, García et al. (2016) en una investigación en Chile que analizaba las estrategias de afrontamiento en el bienestar psicológico, evidenció que el apoyo social tiene un importarte rol (mediador) entre la aceptación y el bienestar psicológico. Resultado que va en la línea de estudios más reciente como el de Kostruba y Kostruba (2024), en Ukrania el cual afirma que una mayor percepción de apoyo social en las interacciones con amigos, familias y otros de miembros de la comunidad se asocian con indicadores más altos de una buena salud mental y bienestar en personas que han vivido bajo contextos de guerra.

Por otro lado, no se pudo comprobar la **H3** ya que el modelo propuesto no fue significativo, por tanto, en este estudio la relación entre los tipos de exposición a violencia y la presencia de sintomatología de salud mental general no fue moderada por el apoyo social.

Siendo este un resultado inesperado dada la evidencia científica previa que plantea al apoyo social percibido como moderador del surgimiento de la sintomatología de salud mental ante la violencia colectiva en otros estudios, este resultado igualmente podría explicarse por el nivel de intensidad de la sintomatología de salud mental que la muestra evidenció, que se relaciona con lo señalado en la investigación de Fares-Otero et al., (2024). Este autor identificó, en su investigación con 2483 participantes de 39 países, que aquellos con sintomatología de salud mental más leves se veían mayormente beneficiados del apoyo social versus lo que tenían patologías más graves. Por otro lado, pero en una línea similar de estudio otros autores como Logue et al. (2024), encontraron que los jóvenes expuestos a múltiples traumas percibían niveles significativamente más bajos de apoyo social, inclusive en aquellos sin diagnóstico de TEPT.

Esto indicaría entonces que ante hechos traumáticos graves y múltiples en la historia de vida del individuo el apoyo social percibido como única variable no sería suficiente para moderar el surgimiento de la sintomatología de salud mental ante la violencia colectiva. Ante esto es el concepto de trauma acumulativo el que nos podría ayudar a explicar dichos resultados, como expone Kira et al. (2013), en su estudio con población en Egipto y Estados unidos señalando justamente que lo efectos del trauma y sus manifestaciones no dependen solo de un evento aislado, sino de la acumulación de múltiples tipos de traumas y del contexto.

Lo anterior podría explicar entonces por qué el efecto de moderación no fuera tan significativo en los resultados de este estudio ya que la presencia de sintomatología de salud mental detectada en esta muestra era alta, además de darse en un contexto histórico-social muy particular y golpeado históricamente.

Conclusiones

Este estudio permitió establecer la presencia y la relación entre las variables trauma psicosocial, sintomatología de salud mental y percepción de apoyo social en las personas afectadas por la violencia colectiva, o como comúnmente se le señala “violencia rural”, debido al conflicto armado interno entre el pueblo originario mapuche y el estado de Chile. Un conflicto histórico que ha afectado la vida de muchas personas, mapuches y no mapuches, pero cuyas consecuencias sociales y psicológicas han sido muy poco estudiadas a nivel empírico.

Si bien el estado chileno ha tenido intentos para lograr llegar a acuerdos en estos más de 400 años de conflicto histórico, desde 2007 con ese primer camión quemado en Lumaco, y hasta 2023 aproximadamente, se evidenció un aumento importante de hechos de violencia extrema que

han afectado la vida de muchas personas en al menos tres regiones de Chile (BíoBío, Araucanía y Los Ríos). Además, se ha observado el surgimiento de grupos extremistas, calificados de terroristas, como la CAM, RML o la WAM más arriban mencionados, que han amedrentado a la población y complejizado más este conflicto ya que involucran otros hechos ilícitos como asesinatos, tráfico de drogas y tráfico de madera, entre otros (González, 2024).

Este conflicto ha alterado la vida de las personas importantemente y llevó a tomar decisiones drásticas como el decreto de Estado de Excepción Constitucional en la provincia de Arauco y en la región de la Araucanía en 2021, y el cual sigue vigente aún en julio de este 2025.

En cuanto a los hallazgos y resultados de esta investigación, se puede decir que en primer lugar se logró identificar y establecer un importante número de hechos violentos a los cuales la población que ha tenido que enfrentar este tipo de violencia se ha visto expuesta, siendo los accidentes de medios de transporte (57%), combate o exposición a zonas de conflicto (42%) y violencia física (32%), las 3 primeras mayorías en la población de Arauco encuestada.

Así mismo, se lograron identificar relaciones significativas entre la información sociodemográfica recopilada y las variables del estudio. De esta información resaltó que los adultos mayores sobre 60 años y la población perteneciente al pueblo mapuche, son quienes han percibido con mayor severidad como sus vidas se han visto afectadas negativamente por este conflicto. Información importante de considerar a la hora de diseñar los procesos de intervención y reparación.

Con los datos recogidos con las escalas SSE y ETAPS en esta muestra, se pudo reafirmar lo que el mismo Ignacio Martin-Baró reflexionó respecto de cómo la violencia se puede cristalizar en la mente de las personas afectando importantemente la gestación y mantención del

trauma, el cual no solo se da a nivel individual, sino que también a nivel familiar y comunitario erosionando las relaciones sociales trascendentemente lo cual puede perpetuar el sufrimiento a través de generaciones sobre todo en comunidades históricamente excluidas o discriminadas.

Por otro lado, se reafirmó igualmente el importante papel del apoyo social como una variable que modera el desarrollo del trauma psicosocial en la población afectada y lo relevante que es en la percepción de las personas frente a un alto estrés ya que puede ayudar a percibirlos como menos estresantes (García, 2016).

Lo que no se pudo comprobar, aunque mostró una leve evidencia positiva, fue el efecto moderador del apoyo social en la relación entre la exposición a violencia colectiva y sintomatología de salud mental. En cuanto a este resultado se puede decir que los factores que afectan la salud mental de las personas son mucho más profundos, variados e históricos y pueden venir de diferentes fuentes estresantes simultáneamente en la actualidad en la zona, por lo que dejar el peso de todo esto en una sola variable moderadora que pudiera amortiguar todo esto sería algo limitado en este caso.

La alta discriminación y violencia estructural a la que se ha visto expuesta la población mapuche históricamente (García et al., 2021); los altos índices de pobreza en la provincia de Arauco como resaltó la Encuesta de Caracterización Socioeconómica Nacional (CASEM) en 2022; las secuelas de la inestabilidad social producidos por el estallido social de 19 de octubre de 2019, que según autores como Madariaga (2019) profundizaron los problemas de salud mental previos que ya que ya tenían las personas; y los rezagos de las secuela de la pandemia por COVID –19 de 2020 que en Chile (Bravo et al.,2022), y a nivel mundial, evidenciaron un deterioro importante en la salud mental de la población (Kumar & Nayar, 2021), son

problemáticas que complejizan aún más el impacto de la violencia colectiva, por lo que el análisis de los factores que puede moderar o mediar el surgimiento de síntomas de salud mental también debe ser mucho más profundo y amplio para lograr entenderlo.

Autores como Axinn et al. (2023), en un estudio que analizó la salud mental en países de América Latina y África que vivieron violencia civil, y Hankerson et al.(2021) en otra investigación que estudio el surgimiento de depresión en afrodescendientes en Estados Unidos, señalan justamente que en contextos socialmente vulnerables, como lo es la provincia de Arauco, la violencia colectiva no actúa de forma aislada, sino que se superpone a otras formas de violencia —como la estructural, familiar o institucional—, generando un efecto acumulativo que intensifica el daño psicosocial y profundiza el deterioro de la salud mental de las comunidades afectadas. Estas condiciones, marcadas por pobreza, exclusión y acceso limitado a servicios de salud, configuran un escenario de riesgo crónico que agrava la sintomatología psicológica y reduce la calidad de vida de los individuos expuestos.

A modo de cierre, esta investigación permitió evidenciar el impacto por la violencia colectiva asociada al conflicto mapuche en las personas afectadas de la provincia de Arauco (tanto mapuches como no mapuches), pero también logró determinar importantemente el rol del apoyo social como variable moderadora del impacto traumático a nivel social-comunitario. Evidenciando que, en un otro, las personas víctimas de estos hechos traumáticos, pueden encontrar no solo sus enemigos, sino que también sus mejores aliados en el camino de la recuperación ante el trauma. Sin embargo, los resultados que no lograron comprobar su rol moderador ante el surgimiento de patologías de salud mental nos señalan que es muy importante igualmente profundizar en otras variables a nivel empírico (acceso a servicios de salud mental,

resiliencia individual, otras estrategias de afrontamiento, etc.) que pudieran amortiguar más este daño con el fin de diseñar procesos de reparación social e individuales más eficientes y eficaces.

Limitaciones

Finalmente, se señalan las limitaciones que presentó el desarrollo del presente trabajo para tener en cuenta en una próxima oportunidad.

En primer lugar, la batería de escalas presentadas a los participantes (2 cuestionario con 49 items y 3 escalas con un total de 88 ítems) presentó la primera y principal dificultad debido a su extensión. Por esta misma razón, el formulario físico se tuvo que entregar y recibir al otro día, ya que los participantes al revisarlo señalaban que por lo extenso era mejor llevárselos a su hogar para leerlo con mayor tranquilidad y traerlo respondido al siguiente día.

El segundo punto importante de mencionar era la desconfianza que mostraron algunos participantes debido a la temática tratada, que por lo demás dejó desde un inicio en evidencia la destrucción de las relaciones sociales y la confianza en el otro. Algunas personas rechazaron en vivo participar de la investigación al saber que en el consentimiento informado físico debía ir su nombre y firma. De acuerdo con esto, para futuras investigaciones se podría buscar otra formar para que los participantes afirmaran su consentimiento de participar.

Estos dos puntos ocasionaron que la aplicación se prolongara más de lo inicialmente previsto, por lo que deben ser considerados a la hora de desarrollar una nueva investigación en torno a la temática.

Tercero y final, debido a que en el surgimiento de síntomas de salud mental influyen múltiples variables, y no solo el apoyo social percibido, que fue la variable elegida para este proyecto, no se logró demostrar el efecto moderador del apoyo social percibido en relaciones entre la violencia colectiva y sintomatología de salud mental. Por lo tanto, para futuras investigaciones deberían considerarse otras variables como posible moderadora en esta relación.

A modo de reflexión de cierre, la violencia colectiva, en sus diferentes formas (política, por narcotráfico, por el control de recursos, etc.), continúa dándose y surgiendo en diferentes partes del mundo, tanto entre diferentes países como al interior de los mismos territorios. Es por esta razón, que el lograr determinar cómo impacta la vida de las personas, y sobre todo las variables que ayudan a mitigar esta afectación, resulta la principal utilidad para continuar realizando futuras investigaciones en torno a esta temática y así lograr determinar acciones preventivas o intervenciones más efectivas y eficaces a niveles colectivos, y no solo en la terapia individual que muchas veces puede ser altamente limitante en oferta de recurso humano, demasiado extensa en el tiempo y de un alto costo monetario.

Referencias

Acoba, E. (2024). Social support and mental health: The mediating role of perceived stress. *Frontiers in Psychology*, *15*(15), 1–12. https://doi.org/10.3389/fpsyg.2024.1330720

Agudelo, D. (2018). Presentación. Impacto del conflicto y la violencia sobre la salud mental: del diagnóstico a la intervención. *Revista de Estudios Sociales*, *66*, 2-8. https://doi.org/10.7440/res66.2018.01

Alzugaray, C., García, F., Reyes, A., & Alvarez, R. (2015). Propiedades psicométricas de una versión breve de la escala de rumiación relacionada a un evento en población chilena afectada por eventos altamente estresantes. *Ajayu. Órgano de Difusión Científica Del Departamento de Psicología de La Universidad Católica Boliviana "San Pablo," 13*(2), 183-198. https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=461545456005

Amarís Macias, M., Madariaga Orozco, C., Blanco Abarca, A., Blanco Escribano, R., Valle Amarís, M., Acuña Reyes, E., Giraldo Ospina, V., Artuz Julio, L., & Quintero González, S. (2019). *Intervenir para reparar: Recuperación de la dignidad y la salud mental en contextos de violencia*. Universidad del Norte. http://hdl.handle.net/10584/8360

American Psychological Association (2002, as amended in 2016) Ethical principles of psychologists and code of conduct. *American Psychologist.* 57:1060-1073

Andrade, M. (2019). La lucha por el territorio mapuche en Chile: una cuestión de pobreza y medio ambiente. *L'Ordinaire des Amériques*, *225*. https://doi.org/10.4000/orda.5132

Altınışık, M. S., & Şanlı, E. (2024). The Moderating Role of Perceived Social Support in the Relationship between the Impact of Events and Post-Traumatic Growth among Syrian Refugees. *Societies, 14*(7), 107. https://doi.org/10.3390/soc14070107

Aravena, A., & Silva, F. (2009). Imaginarios sociales dominantes de la alteridad en la de

los límites etno-nacionales de la identidad chilena. *Sociedad Hoy*, *17*, 39–50. https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=90219257004 Merino

Arechabala, M., & Miranda, C. (2002). Validación de una escala de apoyo social percibido en un grupo de adultos mayores adscritos a un programa de hipertensión de la región metropolitana. Ciencia y enfermería, *8*(1), 49-55. https://doi.org/10.4067/s0717-95532002000100007

Ato, M., López-García, J. & Benavente, A. (2013). Un sistema de clasificación de los diseños de investigación en psicología. *Anales de Psicología*, *29*(3). https://doi.org/10.6018/analesps.29.3.178511

Axinn, W. G., Bruffaerts, R., Kessler, T. L., Frounfelker, R., Aguilar-Gaxiola, S., Alonso, J., Bunting, B., Caldas-de-Almeida, J. M., Cardoso, G., Chardoul, S., Chiu, W. T., Cía, A., Gureje, O., Karam, E. G., Kovess-Masfety, V., Petukhova, M. V., Piazza, M., Posada-Villa, J., Sampson, N. A., Scott, K. M., … WHO World Mental Health Survey Collaborators (2023). Findings From the World Mental Health Surveys of Civil Violence Exposure and Its Association With Subsequent Onset and Persistence of Mental Disorders. *JAMA network open*, *6*(6), e2318919. https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2023.18919

Balbontín-Gallo, C. (2020). El conflicto mapuche como lucha por el reconocimiento: La necesidad de una nueva clave de lectura. Izquierdas, *49*, 19. https://dx.doi.org/10.4067/S0718-50492020000100219

Baltar, F., & Gorjup, M. (2012). Online mixted sampling: An application in hidden populations. *Intangible Capital*, *8*(1). https://doi.org/10.3926/ic.294

Barra, E. (2004). Apoyo social, estrés y salud. *Psicología y Salud, 14,* 237-243.

Bauer, D., & Curran, P. (2005). Probing Interactions in Fixed and Multilevel Regression: Inferential and Graphical Techniques. *Multivariate Behavioral Research*, *40*(3), 373–400. https://doi.org/10.1207/s15327906mbr4003_5

Bedaso, A., Adams, J., Peng, W., & Sibbritt, D. (2021). The relationship between social support and mental health problems during pregnancy: a systematic review and meta-analysis. *Reproductive Health*, *18*(1), 1–23. https://doi.org/10.1186/s12978-021-01209-5

Biblioteca del Congreso Nacional de Chile. (17 de octubre 2020). Ley 19253. *Establece normas de sobre protección, fomento y desarrollo de los indígenas, y crea la corporación nacional de desarrollo indígena. Ministerio de planificación de cooperación*. https://bcn.cl/2f7n5

Biblioteca del Congreso Nacional de Chile. (15 noviembre 2012). *Convenio 169 OIT*. https://www.bcn.cl/leyfacil/recurso/convenio-169-oit

Bowling, A. (1991). Social Support and Social Networks: Their Relationship to the Successful and Unsuccessful Survival of Elderly People in the Community. An Analysis of Concepts and a Review of the Evidence. *Family Practice*, *8*(1), 68-83. https://doi.org/10.1093/fampra/8.1.68

Bowman, B., Whitehead, K. A., & Raymond, G. (2018). Situational factors and mechanisms in pathways to violence. Psychology of violence, *8*(3), 287

Blanco, A., & Díaz, D. (2004). Bienestar social y trauma psicosocial: una visión alternativa al trastorno de estrés prostraumático. *Clínica y Salud*, *15*(3), 227-252. https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=180617834001

Bravo, D., Errázuriz, A., and Campos, D. (2022). *Termómetro de Salud Mental en Chile ACHS-UC: Quinta Ronda*. Available at: https://www.achs.cl/docs/librariesprovider2/noticias-2022/achs-127833/tms-ronda-5-conferencia.pdf

Cabas, K., Villamil, I., Uribe, A., Otero S., C., & González, Y. (2022). Prevalencia del Trastorno por Estrés Postraumático TEPT y eventos asociados en víctimas del desplazamiento forzado en la ciudad de Montería. *Informes Psicológicos*, *22*(1), 251–265. https://doi.org/10.18566/infpsic.v22n1a15

Canales, P. (2020). La división de las tierras mapuches en la reducción Gallardo Tranamil , 1979-1985. *Diálogo Andino*, *61*, 93-103. https://doi.org/10.4067/s0719-26812020000100093

Caqueo-Urízar, A., Henríquez, D., & Urzúa, A. (2024). El efecto de la discriminación sobre la autoeficacia y la satisfacción con la vida de los niños y adolescentes migrantes. *Límite (Arica), 19*. https://doi.org/10.4067/s0718-50652024000100203

Cavieres, E., & Pavez, J. (2017). *Relatos de vida de pobladores y pobladoras: Memorias de lucha y represión en la población La Victoria (1973–2011)*. Revista Austral de Ciencias Sociales, (33), 5–24. https://doi.org/10.4206/rev.austral.cienc.soc.2017.n33-01

Centro Políticas Públicas UC. (2024, April 18). *Percepción de conflictos Estado-mapuches (82%) y chilenos-inmigrantes (78%) alcanza nivel más alto en historia de Encuesta Bicentenario UC - Centro Políticas Públicas UC*. Centro Políticas Públicas UC. https://politicaspublicas.uc.cl/prensa/percepcion-de-conflictos-estado-mapuches-82-y-chilenos-inmigrantes-78-alcanza-nivel-mas-alto-en-historia-de-encuesta-bicentenario-ucv/

Cho, D., & Park, C. (2013). Growth Following Trauma: Overview and Current Status.

Terapia Psicológica, *31*(1), 69–79. https://doi.org/10.4067/s0718-48082013000100007

Colegio de Psicólogos de Chile. (1999). *Código de ética profesional*. Santiago, Chile

Corporación Nacional de Desarrollo indígena. (15 de noviembre de 2022). *Registro Público de Tierra.* https://www.conadi.gob.cl/registro-publico-de-tierras

Contreras, C. (2024, junio 2). *CAM, WAM, RML: el triángulo de la muerte que acecha a Arauco*. La Tercera. https://www.latercera.com/la-tercera-domingo/noticia/cam-wam-rml-el-triangulo-de-la-muerte-que-acecha-a-arauco/TXGOSYL2HZDKHCZCX3L253EXEM/

Dapieve, N., & Dalbosco, D. (2017). Prevalencia de exposición a violencia directa e indirecta: un estudio con adolescentes de colegios públicos. *Acta Colombiana de Psicología*, *20*(1), 90–122. https://doi.org/10.14718/acp.2017.20.1.6

Conozca la provincia (s. f.). Delegación Presidencial Provincial del Arauco. Recuperado el 22 de mayo de 2023, de https://dpparauco.dpp.gob.cl/conozca-la-provincia/

Eisman, A., Stoddard, S. A., Heinze, J., Caldwell, C., & Zimmerman, M. A. (2015). Depressive symptoms, social support, and violence exposure among urban youth: A longitudinal study of resilience. *Developmental Psychology*, *51*(9), 1307-1316. https://doi.org/10.1037/a0039501

Espín, J., Valladares, A., Abad, J., Presno, C., & Gener, N. (2008). La violencia, un problema de salud. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, *24*(4). http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252008000400009

Estadísticas Delictuales. (s. f.). PORTAL CEAD. Recuperado 10 de marzo de 2023, de http://cead.spd.gov.cl/estadisticas-delictuales/

F. Galán, J., Calderón, J., Sánchez, O., & Guzmán, M. (2022). Exposición y Desensibilización a la Violencia en Jóvenes Mexicanos en Distintos Contextos Sociales. *Acta de Investigación Psicológica*, *12*(3), 5–17. https://doi.org/10.22201/fpsi.20074719e.2022.3.458

Fachado, A., Menéndez, M., & González, L. G. (2013). Apoyo social: mecanismos y modelos de influencia sobre la enfermedad crónica. *Cadernos de Atención Primaria*, *19*(2), 118-123. https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4205757

Fares-Otero, N. E., Sharp, T. H., Balle, S. R., Quaatz, S. M., Vieta, E., Fredrik Åhs, Allgaier, A.-K., Adrián Arévalo, Rahel Bachem, Belete, H., Tilahun Belete Mossie, Azi Berzengi, Necip Capraz, Ceylan, D., Dukes, D., Aziz Essadek, Iqbal, N., Jobson, L., Einat Levy-Gigi, & Lüönd, A. (2024). Social support and (complex) posttraumatic stress symptom severity: does gender matter? *European Journal of Psychotraumatology*, *15*(1). https://doi.org/10.1080/20008066.2024.2398921

Faúndez, X., & Hatibovic, F. (2020). El trauma psicosocial en las narrativas intergeneracionales. *Tópicos Del Seminario*, *44*, 62–83. https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1665-12002020000200062

Faúndez, X., Brackelaire, J.-L., & Cornejo, M. (2013). Transgeneracionalidad del trauma psicosocial: imágenes de la detención de presos políticos de la dictadura militar chilena reconstruidas por los nietos. *Psykhe (Santiago)*, *22*(2), 83-95. https://doi.org/10.7764/psykhe.22.2.563

Figueroa, R., Cortés, P., Accatino, L., & Sorensen, R. (2016). Trauma psicológico en la atención primaria: orientaciones de manejo. *Revista Médica de Chile*, *144*(5), 643-655. https://doi.org/10.4067/s0034-98872016000500013

Fuenzalida, M. (2022). Pueblo Mapuche y COVID-19: la violencia estructural que salta a la vista. Escenario 2021. *Anuario Del Conflicto Social*, *13*. https://doi.org/10.1344/acs2022.13.9

Franco, S., Suarez, C., Naranjo, C., Báez, L., & Rozo, P. (2006). The effects of the armed conflict on the life and health in Colombia. *Ciência & Saúde Coletiva*, *11*(2), 349-361. https://doi.org/10.1590/S1413-81232006000200013

Gálvez, D., & Rojas Pedemonte, N. (2022). La protesta mapuche y la extensión del estado de emergencia en Wallmapu. *Anuario Del Conflicto Social*, *13*. https://doi.org/10.1344/acs2022.13.14

García, F., Andrades, M., Rodríguez, F., Díaz, Z., Alarcón, S., Fonseca, I., & Lucero, C. (2022). Sintomatología y crecimiento postraumático en estudiantes de educación superior en Chile durante la pandemia por COVID-19. *Actualidades En Psicología*, *36*(132), 1-16. https://doi.org/10.15517/ap.v36i132.45386

García, F., Manquián, E., & Rivas, G. (2016). Bienestar psicológico, estrategias de afrontamiento y apoyo social en cuidadores informales. *Psicoperspectivas*, *15*(3), 101–111. https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-69242016000300010

García, F., Villagrán, L., Ahumada, M. C., Inzunza, N., Schuffeneger, K., & Garabito, S.

(2021). Sense of Ethnic Belonging: Relation With Well-Being and Psychological Distress in Inhabitants of the Mapuche Conflict Area, Chile. *Frontiers in Psychology*, *11*. https://doi.org/10.3389/fpsyg.2020.617465

García, F., Vega, N., Araya, F., & Gallegos. Y. (2018). Rumiación, crecimiento y sintomatología postraumática en personas que han vivido experiencias altamente estresantes. Avances en Psicología Latinoamericana, 36(3), 443-457. https://doi.org/10.12804/revistas.urosario.edu.co/apl/a.4983

Ghafari, R., Mirghafourvand, M., Rouhi, M., & Osouli Tabrizi, S. (2021). Mental health and its relationship with social support in Iranian students during the COVID-19 pandemic. *BMC Psychology*, *9*(1). https://doi.org/10.1186/s40359-021-00589-4

Gnambs, T., & Staufenbiel, T. (2018). The structure of the General Health Questionnaire (GHQ-12): two meta-analytic factor analyses. *Health Psychology Review*, *12*(2), 179-194. https://doi.org/10.1080/17437199.2018.1426484

Goicovic, I. (2019). Transición y violencia política en Chile (1988-1994). *Revista Ayer,3* (79), 59-86.

Gómez-Restrepo, C., Tamayo-Martínez, N., Buitrago, G., Guarnizo-Herreño, C., Garzón-Orjuela, N., Eslava-Schmalbach, J., de Vries, E., Rengifo, H., Rodríguez, A., & Rincón, C. (2016). Violencia por conflicto armado y prevalencias de trastornos del afecto, ansiedad y problemas mentales en la población adulta colombiana. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, *45*, 147-153. https://doi.org/10.1016/j.rcp.2016.11.001

González, E. (2024, May 5). *CAM, WAM, RML: el triángulo de la muerte que acecha a Arauco*. La Tercera. https://www.latercera.com/la-tercera-domingo/noticia/cam-wam-rml-el-triangulo-de-la-muerte-que-acecha-a-arauco/TXGOSYL2HZDKHCZCX3L253EXEM/

Goto, R., Pinchuk, I., Kolodezhny, O., Pimenova, N., Kano, Y., & Skokauskas, N. (2024). Mental Health of Adolescents Exposed to the War in Ukraine. *JAMA Pediatrics*. https://doi.org/10.1001/jamapediatrics.2024.0295

Grey, I., Arora, T., Thomas, J., Saneh, A., Tohme, P., & Abi-Habib, R. (2020). The role of perceived social support on depression and sleep during the COVID-19 pandemic. *Psychiatry Research*, *293*, 113452. https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.113452

Grover, L. E., Williamson, C., Burdett, H., Palmer, L., & Fear, N. T. (2024). Level of perceived social support, and associated factors, in combat-exposed (ex-)military personnel: a systematic review and meta-analysis. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, *59*(12), 2119–2143. https://doi.org/10.1007/s00127-024-02685-3

Hankerson, S. H., Moise, N., Wilson, D., Waller, B. Y., Arnold, K. T., Duarte, C., Lugo-Candelas, C., Weissman, M. M., Wainberg, M., Yehuda, R., & Shim, R. (2022). The Intergenerational Impact of Structural Racism and Cumulative Trauma on Depression. *The American journal of psychiatry*, *179*(6), 434–440. https://doi.org/10.1176/appi.ajp.21101000

Hashemi, M., & Mahmoudzadeh, M. (2025). The lived experiences of childhood trauma in war: has post-traumatic growth occurred? *European Journal of Psychotraumatology*, *16*(1). https://doi.org/10.1080/20008066.2025.2468605

Harris-Britt, A., Valrie, C., Kurtz-Costes, B., & Rowley, S. J. (2007). Perceived racial discrimination and self-esteem in African American youth: Racial socialization as a protective factor. *Journal of Research on Adolescence, 17*(4), 669–682. https://doi.org/10.1111/j.1532-7795.2007.00540.x

Huang, Q., Wang, X., Ge, Y., & Cai, D. (2021). Relationship between self-efficacy, social

rhythm, and mental health among college students: a 3-year longitudinal study. *Current Psychology*, *42*. https://doi.org/10.1007/s12144-021-02160-1

Jasso, C. (2013). Percepción de inseguridad en México. *Revista Mexicana de Opinión Pública*, *15*. https://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S2448-49112013000200013&script=sci_arttext

Jespersen, A., Madden, R., Whalley, H. C., Reynolds, R., Lawrie, S. M., McIntosh, A. M., & Iveson, M. H. (2023). Socioeconomic Status and Depression - A Systematic Review. *MedRxiv (Cold Spring Harbor Laboratory)*. https://doi.org/10.1101/2023.12.04.23299380

Jiménez, J., Avendaño, B., Barreto, M., & Blanco, A. (2021). Diseño y análisis psicométrico del Instrumento de Evaluación de Trauma Psicosocial. *Suma Psicológica*, *28*(1). https://doi.org/10.14349/sumapsi.2021.v28.n1.7

Jolof, L., Rocca, P., Mazaheri, M., Okenwa Emegwa, L., & Carlsson, T. (2022). Experiences of armed conflicts and forced migration among women from countries in the Middle East, Balkans, and Africa: a systematic review of qualitative studies. *Conflict and Health*, *16*(1). https://doi.org/10.1186/s13031-022-00481-x

Jorquera, T., & Piper , I. (2018). Revisión de estudios sobre violencias políticas realizados en la última década. *Psicoperspectivas. Individuo Y Sociedad*, *17*(3). https://doi.org/10.5027/psicoperspectivas-vol17-issue3-fulltext-1294

Kakaje, A., Al Zohbi, R., Hosam Aldeen, O., Makki, L., Alyousbashi, A., & Alhaffar, M. B. A. (2021). Mental disorder and PTSD in Syria during wartime: a nationwide crisis. *BMC Psychiatry*, *21*(1). https://doi.org/10.1186/s12888-020-03002-3

Kim, S., Jang, Y. S., & Park, E. C. (2025). Associations between social isolation, withdrawal, and depressive symptoms in young adults: A cross-sectional study. *BMC Psychiatry, 25*, 327. https://doi.org/10.1186/s12888-025-06792-6

Kira, I. A., Fawzi, M. H., & Fawzi, M. M. (2013). The dynamics of cumulative trauma and trauma types in adults patients with psychiatric disorders: Two cross-cultural studies. *Traumatology, 19*(3), 179–195. https://doi.org/10.1177/1534765612459892

Kostruba, N., & Kostruba, A. (2024). Social support as a factor of mental health in wartime conditions: Communication and interaction. *SCIENTIFIC STUDIOS on SOCIAL and POLITICAL PSYCHOLOGY*, *30*(1), 39–45. https://doi.org/10.61727/ssspj/1.2024.39

Krug, E., Mercy, J., Dahlberg, L., & Zwi, A. (2002). The world report on violence and health. *The Lancet*, *360*(9339), 1083-1088. https://doi.org/10.1016/s0140-6736(02)11133-0

Leiner, M., Puertas, H., Caratachea, R., Avila, C., Atluru, A., Briones, D., & Vargas, C. de. (2012). Children's mental health and collective violence: a binational study on the United States-Mexico border. *Revista Panamericana de Salud Pública*, *31*(5), 411–416. https://doi.org/10.1590/s1020-49892012000500009

Leiva, A., & Rámirez, A. (2021). Efectos de la inseguridad Ciudadana en el bienestar de la población. *Ciencia Latina Revista Científica Multidisciplinar*, *5*(3), 3341-3352. https://doi.org/10.37811/cl_rcm.v5i3.535

Li, Q., & Hu, G. (2023). Positive impacts of perceived social support on prosocial behavior: the chain mediating role of moral identity and moral sensitivity. *Frontiers in Psychology*, *14*. https://doi.org/10.3389/fpsyg.2023.1234977

Li, G., Li, Y., Lam, A. I. F., Tang, W., Seedat, S., Barbui, C., Papola, D., Panter-Brick, C., Waerden, J. van der, Bryant, R., Mittendorfer-Rutz, E., Gémes, K., Purba, F. D.,

Setyowibowo, H., Pinucci, I., Palantza, C., Acarturk, C., Kurt, G., Tarsitani, L., & Morina, N. (2023). Understanding the protective effect of social support on depression symptomatology from a longitudinal network perspective. *BMJ Mental Health*, *26*(1), e300802. https://doi.org/10.1136/bmjment-2023-300802

Logue, E., Leri, J., Shahidullah, J. D., Pinciotti, C. M., Rathouz, P. J., Cisler, J. M., Newport, D. J., Wagner, K. D., & Nemeroff, C. B. (2024). Effects of trauma exposure and posttraumatic stress disorder on perceived social support in youth: A longitudinal investigation. *Psychiatry Research, 342*, 116271. https://doi.org/10.1016/j.psychres.2024.116271

Luo M. (2023). Social Isolation, Loneliness, and Depressive Symptoms: A Twelve-Year Population Study of Temporal Dynamics. The journals of gerontology. Series B, Psychological sciences and social sciences, 78(2), 280–290. https://doi.org/10.1093/geronb/gbac174

Madariaga, C. (2002). Trauma Psicosocial, Trastorno de Estrés Postraumático y Tortura. *CINTRAS.* *http://www.cintras.org/textos/monografias/monog_trauma_psicosocial_espanol.pdf*

Madariaga, C. (2018). El trauma social como problema de salud pública en Chile . ¿Es "reparable" la reparación?. *Revista Chilena de Salud Pública*, *22*(1), 75. https://doi.org/10.5354/0719-5281.2018.51045

Madariaga, C. (2019). El "Estallido social" y la salud mental de la ciudadanía: Una apreciación desde la experiencia PRAIS. *Revista Chilena de Salud Pública*, *23*(2), 146. https://doi.org/10.5354/0719-5281.2019.56475

Martín-Baró, I. (1983). *Acción e ideología. Psicología Social desde Centroamérica*. San

Salvador: UCA Editores.

Martín-Baró I., (1988). La Violencia Política y la guerra como causas del Trauma psicosocial en El Salvador. *Revista de Psicología de El Salvador, 8*(28),123-14. https://www.uca.edu.sv/coleccion-digital-IMB/wp-content/uploads/2015/11/1988-La-violencia-pol%C3%ADtica-y-la-guerra-como-causas-del-trauma-RP1988-7-28-123_141.pdf

Martín-Baró, I. (2003). *Poder, ideología y violencia*. Madrid: Ediciones Trotta.

Martín, J., Sánchez, J. y Sierra, J. (2003). Estilos de afrontamiento y apoyo social: su relación con el estado emocional en pacientes de cáncer de pulmón. *Terapia Psicológica, 21*, 29-3

Martínez, Á., Castro, L., & Antivar, D. (2020). Apoyo social en mujeres sobrevivientes de desplazamiento intraurbano en Medellín-Colombia. *Revista de Paz Y Conflictos*, *13*(1). https://doi.org/10.30827/revpaz.v13i1.9591

Martínez Camblor, P. (2012). Ajuste del valor-p por contrastes múltiples. *Revista Chilena De Salud Pública*, *16*(3), p. 225–232. https://doi.org/10.5354/0717-3652.2012.23127

Martínez, J. (2020). Percepción de apoyo y mecanismos de afrontamiento en mujeres víctimas del conflicto armado del municipio San Juan de Nepomuceno, Bolívar, Colombia. *Ene*, *14*(2), 14210. https://doi.org/10.4321/s1988-348x2020000200010

Martínez, B., Ávila, M. E., Vera, J., Bahena, A., & Musitu, G. (2016). Satisfacción con la vida, victimización y percepción de inseguridad en Morelos, México. *Salud Pública de México*, *58*(1), 16–24. https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=10643795007

Matamala, F. (2021, enero 6). *Trauma transgeneracional: cómo la violencia del Estado en el 18/O puede reabrir las heridas de la dictadura*. CIPER Chile.

https://www.ciperchile.cl/2021/01/06/trauma-transgeneracional-como-la-violencia-del-estado-en-el-18-o-puede-reabrir-las-heridas-de-la-dictadura/

Méndez, P., & Barra, E. (2008). Apoyo Social Percibido en Adolescentes Infractores de Ley y no Infractores. *Psykhe (Santiago)*, *17*(1), 59–64. https://doi.org/10.4067/S0718-22282008000100006

Merino, M., Mellor, D., Saiz, J., & Quilaqueo, D. (2009). Perceived discrimination amongst the indigenous Mapuche people in Chile: some comparisons with Australia. *Ethnic and Racial Studies*, *32*(5), 802–822. https://doi.org/10.1080/01419870802037266

Merino, M, & Tocornal, X. (2012). Posicionamientos discursivos en la construcción de identidad étnica en adolescentes mapuches de Temuco y Santiago. *Revista Signos*, *45*(79), 5–6. https://doi.org/10.4067/s0718-09342012000200003

Millalén Paillal, J., Marimán Quemenado, P., Caniuqueo Huircapán, S., & Levil Chicahual, R. (2006). *¡...Escucha, winka...! : cuatro ensayos de historia nacional mapuche y un epílogo sobre el futuro* (1a. ed.). LOM Ediciones.

Mootz, J., Muhanguzi, F., Greenfield, B., Gill, M., Gonzalez, M., Panko, P., Mangen, P., Wainberg, M., & Khoshnood, K. (2019). Armed Conflict, Intimate Partner Violence, and Mental Distress of Women in Northeastern Uganda: A Mixed Methods Study. *Psychology of Women Quarterly*, *43*(4), 457-471. https://doi.org/10.1177/0361684319864366

Morales, S., Agudelo, M., & Berbesi, D. (2021). Prevalencia y factores asociados al trastorno de estrés postraumático en personas desplazadas en Colombia. *CES Psicología*, *14*(3), 134-150. https://doi.org/10.21615/cesp.5448

Moreno, J. (2018). Crónicas de la guerra y de la paz: resistencias y desafíos en la negociación salvadoreña (1980 – 1992). *Estudios de Derecho*, *75*(165), 105–130. https://doi.org/10.17533/udea.esde.v75n165a05

Morison, M., & Benight, C. C. (2022). Trauma Coping Self-Efficacy Mediates Associations Between Adult Attachment and Posttraumatic Stress Symptoms. *Frontiers in Psychology*, *13*. https://doi.org/10.3389/fpsyg.2022.799608

Murairwa, S. (2015). Voluntary sampling design. *International Journal of Advanced Research in Management and Social Sciences Impact Factor: 4*, *4*(2), 185-200. https://garph.co.uk/IJARMSS/Feb2015/18.pdf

Nanjarí, A., & Cordero, J. (2024). Una aproximación al conflicto chileno-mapuche: una nomenclatura sobre conflictos intratables. *Revista Enfoques: Ciencia Política Y Administración Pública*, *22*(40), 14–30. https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/9723803.pdf

Observatorio Judicial. (18 de noviembre de 2023). *Violencia en la macrozona sur informe final: 2018-2020*. https://observatoriojudicial.org/wp-content/uploads/2022/03/Informe-Final-Disenado-Violencia-en-la-Macrozona-Sur.pdf

Ortegón, T., Vinaccia, S., Quiceno, J., Capira, A., Cerra, D., & Bernal, S. (2022). Apoyo social, resiliencia, estrés percibido, estrés postraumático, ansiedad, depresión y calidad de vida relacionada con la salud en líderes comunitarios víctimas del conflicto armado en los Montes de María, Sucre, Colombia. *Eleuthera*, *24*(1), 158-178. https://doi.org/10.17151/eleu.2022.24.1.8

Páez, D. & Ubillos, S. (2004). Sobre la Violencia Colectiva. Procesos y Efectos Psicosociales. *Norte de Salud mental*, *5*(20), 37-44. https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/4830192.pdf

Pinto, C., Lara, R., Espinoza, E. & Montoya, P. (2014). Propiedades psicométricas de la escala de apoyo social percibido de Zimet en personas mayores de Atención Primaria de Salud. *Index de Enfermería*, *23*(1-2), 85-89. https://doi.org/10.4321/s1132-12962014000100018

Quinlan-Davidson, M., Kiss, L., Devakumar, D., Cortina-Borja, M., Eisner, M., & Tourinho Peres, M. F. (2021). The role of social support in reducing the impact of violence on adolescents' mental health in São Paulo, Brazil. *PLOS ONE*, *16*(10), e0258036. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0258036

Rain, A. (2021). Racismo y prejuicios encubiertos: Las luchas antirracistas de mujeres mapuche en Chile. *Quaderns de Psicología*, *23*(3), 6. https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/8495573.pdf

Rees, T., & Freeman, P. (2009). Social Support Moderates the Relationship Between Stressors and Task Performance Through Self-Efficacy. *Journal of Social and Clinical Psychology*, *28*(2), 244–263. https://doi.org/10.1521/jscp.2009.28.2.244

Rivas, R. & Sánchez-López, M. (2014). Propiedades psicométricas del Cuestionario de Salud General (GHQ-12) en población femenina chilena. *Revista Argentina de Psicología Clínica, 23*(3), 251-260.

Rivera, V. (6 de noviembre de 2021). *Las amenazas de la ruta más peligrosa de la provincia de Arauco*. La Tercera. https://www.latercera.com/la-tercera-sabado/noticia/las-amenazas-

de-la-ruta-mas-peligrosa-de-la-provincia-de-arauco/F33KLP4QRVGUVIWD4RMVBQD3JQ/

Rocha-Payares, A. S., Blanco, A., Amarís Macías, M., López-López, W., & Blanco, R. (2024). Validación de la Escala de Trauma Psicosocial (ETAPS) en una muestra de personas víctimas del conflicto armado en Colombia. *Revista Colombiana de Psiquiatría*. https://doi.org/10.1016/j.rcp.2024.07.003

Rodríguez, J., De La Torre, A., & Miranda, C. T. (2002). La salud mental en situaciones de conflicto armado. *Biomédica*, *22*(0), 337. https://doi.org/10.7705/biomedica.v22isupp2.1183

Ruiz, G. (2014). Perder el lugar: Un caso de estudio del desplazamiento en Colombia. *Revista Europea de Estudios Latinoamericanos Y Del Caribe / European Review of Latin American and Caribbean Studies*, *96*, 55–74. JSTOR. https://doi.org/10.2307/23722433

Sánchez, M. (2017). Las consecuencias de la guerra en las emociones y la salud mental. Una historia de la psicopatología y medicalización en los frentes bélicos de Occidente (1914-1975). *Revista de Estudios Sociales No.35*, *62*, 90-101. https://doi.org/10.7440/res62.2017.09

Sánchez Acosta, D., Castaño Pérez, G. A., Sierra Hincapié, G. M., Moratto Vásquez, N. S., Salas Zapata, C., Buitrago Salazar, J. C., & Torres de Galvis, Y. (2019). Salud mental de adolescentes y jóvenes víctimas de desplazamiento forzado en Colombia. *CES Psicología, 12*(3), 1-19. https://doi.org/10.21615/cesp.12.3.1

Salas, W., Avendaño-Prieto, B., & Gonzalez-Mendez, R. (2022). Predicting Psychological Well-being in Survivors of Armed Conflict in Colombia. *Journal of Aggression, Maltreatment & Trauma*, 1-17. https://doi.org/10.1080/10926771.2022.2112342

San Martín, J., & Barra, E. (2013). Self Esteem, Social Support and Life Satisfaction in Adolescents / Autoestima, Apoyo Social y Satisfacción Vital en Adolescentes. *Terapia Psicologica*, *32*(3), 287–291. https://www.researchgate.net/publication/258220007_Self_Esteem_Social_Support_and_Life_Satisfaction_in_Adolescents_Autoestima_Apoyo_Social_y_Satisfaccion_Vital_en_Adolescentes

Sarabia, S. (2018). Violencia: una prioridad de la salud pública. *Revista de Neuro-Psiquiatria*, *81*(1), 1. https://doi.org/10.20453/rnp.v81i1.3267

Sarmiento-Suárez, R. (2016). Trastorno de Estrés Postraumático, Ansiedad y Depresión en Adolescentes y Adultos expuestos al Conflicto Armado en Colombia 2005-2008. *Medicina*, *38*(2), 134-156. https://www.revistamedicina.net/index.php/Medicina/article/view/113-4

Schwarzer, R. (2024). Stress, resilience, and coping resources in the context of war, terror, and migration. *Current Opinion in Behavioral Sciences*, *57*, 101393–101393. https://doi.org/10.1016/j.cobeha.2024.101393

Seff, I., Meinhart, M., Sarraf, D., Abu Zuhair, A., Sofia, J., Atuheire, R., Lee, J., Ahmed, N., Poulton, C., & Stark, L. (2024). Women's collectives and social support: exploring pathways and impacts among forcibly displaced women. *Frontiers in Sociology*, *9*. https://doi.org/10.3389/fsoc.2024.1409332

Senado de la República de Chile. (2025, January 29). *Estado de excepción en la macrozona sur y resguardo fronterizo en el norte: Senado respalda continuidad a medidas de seguridad.* Senado República de Chile. Senado.cl.

https://www.senado.cl/comunicaciones/noticias/estado-de-excepcion-en-la-macrozona-sur-y-resguardo-fronterizo-en-el-norte

Serón, T., & Rodríguez, M. (2014). Artículo de revisión: maltrato en el adulto mayor. *Revista Chilena de Estudiantes de Medicina*, *7*(1), 24–37. https://doi.org/10.5354/0718-672x.2014.72597

Serrano, S., & Quintero, M. (2020). Huellas de un trauma psicosocial y retos pedagógicos para la construcción de paz en Colombia. *Academia y virtualidad*, *13*(2), 19-34. https://doi.org/10.18359/ravi.4496

Servicio Nacional de Adulto Mayor (2005). *Definición y Tipificación del Maltrato al Adulto Mayot, en Chile.* https://www.senama.gob.cl/storage/docs/Defi-tipif-maltrato-adulto-mayor-Chile-2005.pdf

Simón, M. del M., Molero, M. del M., Pérez-Fuentes, M. del C., Gázquez, J. J., Barragán, A. B., & Martos, Á. (2017). Análisis de la relación existente entre el apoyo social percibido, la autoestima global y la autoeficacia general. *European Journal of Health Research*, *3*(2), 137. https://doi.org/10.30552/ejhr.v3i2.71

Schiller, V., Dorstyn, D., & Taylor, A. (2020). The Protective Role of Social Support Sources and Types Against Depression in Caregivers: A Meta-Analysis. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, *51*(4), 1304-1315. https://doi.org/10.1007/s10803-020-04601-5

Schönsteiner, J. (2022). Informe Anual sobre Derechos Humanos en Chile 2022 (1ª ed.). Ediciones Universidad Diego Portales. https://derechoshumanos.udp.cl/informe-anual/informe-anual-sobre-derechos-humanos-en-chile-2022/

Sippel, L. M., Liebman, R. E., Schäfer, S. K., Ennis, N., Mattern, A. C., Rozek, D. C., &

Monson, C. M. (2024). Sources of Social Support and Trauma Recovery: Evidence for Bidirectional Associations from a Recently Trauma-Exposed Community Sample. *Behavioral Sciences*, *14*(4), 284–284. https://doi.org/10.3390/bs14040284

Slone, M., & Shoshani, A. (2021). Effects of War and Armed Conflict on Adolescents' Psychopathology and Well-Being: Measuring Political Life Events among Youth. *Terrorism and Political Violence*, 1–13. https://doi.org/10.1080/09546553.2020.1839427

Turner, J.C., Brown, RJ. y Tajfel, H. (1979). Comparación social e interés grupal en el favoritismo endogrupal. Revista Europea de Psicología Social, 9 (2), 187-204. https://doi.org/10.1002/ejsp.2420090207

Tedeschi, R. G., & Calhoun, L. G. (2004). TARGET ARTICLE: "Posttraumatic Growth: Conceptual Foundations and Empirical Evidence." *Psychological Inquiry*, *15*(1), 1–18. https://doi.org/10.1207/s15327965pli1501_01

Tejada, J., Arriaza, A., Sinclaire, D., & Vargas, A. (2024). Armas menos letales: Trauma ocular como trauma psicosocial en Chile. *Torture Journal*, *34*(1). https://doi.org/10.7146/torture.v34i1.146779

Tengku Mohd, T., Yunus, R., Hairi, F., Hairi, N. N., & Choo, W. Y. (2019). Social support and depression among community dwelling older adults in Asia: a systematic review. *BMJ Open*, *9*(7), e026667. https://doi.org/10.1136/bmjopen-2018-026667

Toro, D. (25 de marzo de 2022). *Ad portas del fin del estado de excepción en la macrozona sur: Gremios presionan por "un plan concreto" y acusan "desprotección"* . Emol. https://www.emol.com/noticias/Nacional/2022/03/25/1056034/fin-estado-excepcion-macrozona-sur.html

Tricot, T. (2020). El gobierno de la Unidad Popular y el pueblo mapuche1: El intento por transformar una relación histórica de dominación por el Estado chileno. *Revista de Ciencias Sociales*, *IV*(170), 47–59. https://doi.org/10.15517/rcs.v0i170.47046

Urrejola, J. (4 de agosto de 2020). *Racismo en la Araucanía: "El que no salta es mapuche"*. DW. https://www.dw.com/es/racismo-en-la-araucan%C3%ADa-el-que-no-salta-es-mapuche/a-54439287

Vásquez, J., Echeverri, M., Moreno, J., Carrasco, N., Ferrel, F., & Ferrel, L. (2018). El apoyo social percibido por las víctimas del conflicto armado en Colombia. *Agora U.S.B.*, *18*(2), 362–373. https://doi.org/10.21500/16578031.3387

Villalobos, J. (12 de octubre de 2021). *Gobierno decretó Estado de Excepción Constitucional para la Macrozona Sur*. La Tribuna. https://www.latribuna.cl/noticias/2021/10/12/gobierno-decreto-estado-de-excepcion-constitucional-para-la-macrozona-sur.html

Villagrán, L. (2016). Trauma psicosocial: naturaleza, dimensiones y medición [Tesis doctoral inédita leída en la Universidad Autónoma de Madrid, Facultad de Psicología, Departamento de Psicología Social y Metodología]. Repositorio Universidad Autónoma de Madrid. http://hdl.handle.net/10486/672523

Villagrán, L., Blanco, A., Olea, J. & Bilbao, M. (2021). A Proposal for Evaluating Psychosocial Trauma. *Psicothema*.*33*(4), 631-638. https://doi.org/10.7334/psicothema2021.160

Vivaldi, F. & Barra, E. (2012). Bienestar Psicológico, Apoyo Social Percibido y Percepción de Salud en Adultos Mayores. *Terapia psicológica, 30*(2), 23-29. https://doi.org/10.4067/s0718-48082012000200002

Wang, Y., Chung, M. C., Wang, N., Yu, X. & Kenardy, J. (2021). Social support and posttraumatic stress disorder: A meta-analysis of longitudinal studies. *Clinical Psychology Review, 85*, 101998. https://doi.org/10.1016/j.cpr.2021.101998

Wang, M. L., & Narcisse, M.-R. (2025). Discrimination, Depression, and Anxiety Among US Adults. *JAMA Network Open*, *8*(3), e252404. https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2025.2404

Wang, Y., Zhang, H., Hu, Z., Ma, Y., Sun, Y., Zhang, J., & He, Y. (2024). Perceived social support and prosocial behavior in medical students: Mediating effect of empathy and moderating role of moral identity. *Acta Psychologica*, *250*, 104543. https://doi.org/10.1016/j.actpsy.2024.104543

Williamson, V., & Murphy, D. (2025). Psychological consequences of global armed conflict. *BMC Psychology*, *13*(1). https://doi.org/10.1186/s40359-024-02305-4

Whitehead, K. A., Bowman, B., & Raymond, G. (2018). "Risk factors" in action: The situated constitution of "risk" in violent interactions. Psychology of Violence, 8(3), 329 – 338. https://doi.org/10.1037/vio0000182

World Health Organization: WHO. (2018, March 30). *Salud mental: fortalecer nuestra respuesta*. Who.int; World Health Organization: WHO. https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response

World Health Organization. (2002). *World report on violence and health: information kit.* World Health Organization.

World Medical Association. (2013). World Medical Association Declaration of Helsinki: Ethical Principles for Medical Research Involving Human Subjects. *JAMA*, *310*(20), 2191–2194. https://doi.org/10.1001/jama.2013.281053

Yadav, A., & Gupta, C. (2024). *Social Support & Psychological Well Being among Female Partners of Armed Forces & Non-Armed Forces*. *12*(2). https://doi.org/10.25215/1202.218

Yaffe, L. (2011). Conflicto armado en Colombia: análisis de las causas económicas, sociales e institucionales de la oposición violenta. *Revista CS*, 187–208. https://doi.org/10.18046/recs.i8.1133

Yıldırım, M., & Green, Z. A. (2023). Social support and resilience mediate the relationship of stress with satisfaction with life and flourishing of youth. *British Journal of Guidance & Counselling*, 1–12. https://doi.org/10.1080/03069885.2023.2172551

Yuan, W., Xie, Z., Dong, P., & Yang, Y. (2023). Linking perceived social support to self-esteem and social integration among adolescents with visual impairment: A cross-lagged study. *Frontiers in Psychology*, *13*. https://doi.org/10.3389/fpsyg.2022.1054857

Zalta, A., Tirone, V., Orlowska, D., Blais, R., Lofgreen, A., Klassen, B., Held, P., Stevens, N., Adkins, E., & Dent, A. (2021). Examining moderators of the relationship between social support and self-reported PTSD symptoms: A meta-analysis. *Psychological Bulletin*, *147*(1), 33–54. https://doi.org/10.1037/bul0000316

Zamorano, C. (26 de septiembre de 2022). *Macrozona Sur: Multigremial compara estados de excepción y acusa aumento de hechos de violencia*. La Tercera. https://www.latercera.com/nacional/noticia/macrozona-sur-multigremial-compara-estados-de-excepcion-y-acusa-aumento-de-hechos-de-violencia/ROWRGPTJ4ZCAHLYKJZPA75JLCU/

Zañartu, N., Aravena, A., Grandón, P., Sáez, F., & Zañartu, C. (2017). Identidad étnica, discriminación percibida y procesos afectivos en jóvenes mapuches urbanos. *Cultura-Hombre-Sociedad*, *27*(2), 229–250. https://doi.org/10.7770/cuhso-v27n2-art1226

Zañartu, N., Bustos, C., Grandón, P., & Aravena, A. (2021). Componentes Cognitivos y Afectivos de la Identidad Étnica en Jóvenes Mapuche del Gran Concepción, Chile. *Psykhe (Santiago)*, *30*(1). https://doi.org/10.7764/psykhe.2018.22191

Zięba, M., Wiecheć, K., Surzykiewicz, J., & Wójcik, A. D. (2022). Prioritizing positivity, styles of rumination, coping strategies, and posttraumatic growth: Examining their patterns and correlations in a prospective study. *Frontiers in Psychology, 13*, 842979. https://doi.org/10.3389/fpsyg.2022.842979

Zimet, G. D., Dahlem, N. W., Zimet, S. G., & Farley, G. K. (1988). The Multidimensional Scale of Perceived Social Support. *Journal of Personality Assessment*, *52*(1), 30–41. https://doi.org/10.1207/s15327752jpa5201_2

Anexos

Anexo I: Cuestionario sociodemográfico

A continuación, encontrará una serie de preguntas. Seleccione la respuesta que indica la opción que corresponde a su situación actual y responda con sus palabras en aquellas preguntas que específicamente se le soliciten:

¿En qué comuna actualmente reside?

◯	Arauco
◯	Curanilahue
◯	Lebu
◯	Los Álamos
◯	Cañete
◯	Contulmo
◯	Tirúa

¿Qué edad tiene usted?: _____

¿Cuál es su género?

◯	Mujer
◯	Hombre
◯	Prefiero no decirlo

¿Pertenencia a pueblo originario?

◯	SI
◯	NO

Si su respuesta fue SI indique a cuál: _____

Indique su estado civil:

◯	Casada/o
◯	Viuda/o
◯	Divorciada/o
◯	Separada/o
◯	Soltera/o

¿Cuál es su ocupación? _____

Participación en alguna organización comunitaria

◯	SI
◯	NO

Si su respuesta fue SI indique a cuál: _____

¿A qué religión pertenece actualmente?

◯	Católica
◯	Evangélica
◯	Testigo de Jehová
◯	Judaísmo
◯	Islam
◯	Otra
◯	Ninguna

¿Está en tratamiento por alguna patología de salud mental?

◯	SI
◯	NO

Si su respuesta fue SI indique a cuál: _____

Cuestionario de exposición a eventos de violencia colectiva

¿Usted o algún familiar, amigo o conocido, ha vivido algún evento de violencia en la provincia de Arauco asociado al conflicto mapuche?

Selección la opción correspondiente a su experiencia en cada casilla

SI	NO	Eventos
◯	◯	Accidentes de medios de transporte (coche, tren, avión, barco…)
◯	◯	Otro tipo de accidentes (laborales, industriales, domésticos, actividades de ocio…)
◯	◯	Combate o exposición a zona de conflicto (en el ejército/policías o como civil)
◯	◯	Violación, abuso o ataque sexual.
◯	◯	Acoso (sexual, en el trabajo, en antiguas relaciones…) o maltrato psicológico.
◯	◯	Violencia física (ataques, asaltos, maltratos…)
◯	◯	Actos terroristas o tortura
◯	◯	Encarcelamiento, detención o cautividad forzosa.
◯	◯	Enfermedad, lesión o intervenciones médicas que suponen una amenaza a la vida o la integridad (propia o de una persona cercana).
◯	◯	Muerte de una persona cercana o de un ser querido
◯	◯	Emigración
◯	◯	Amenazas

¿Otro? mencione

Indique su relación con el evento de violencia por el conflicto mapuche vivido

◯	Víctima
◯	Cónyuge
◯	Hermana/o
◯	Hija/o
◯	Nieta/o
◯	Otro parentesco

Anexo II: Escala de Severidad Subjetiva del Evento (SSE)

Instrucciones: lea cuidadosamente estas preguntas y selecciones la opción correspondiente a su experiencia

	Nada			**Mucho**
	1	**2**	**3**	**4**
¿En qué grado usted siente que su vida se ha alterado producto de la violencia por el conflicto mapuche?				
¿En qué grado califica usted la violencia por el conflicto mapuche como una experiencia traumática para su vida?				
¿Hasta qué punto piensa usted que ha sido grave la violencia por el conflicto mapuche?				

Anexo III: Cuestionario de salud de Goldberg- GHQ-12

Instrucciones: lea cuidadosamente estas preguntas.

Nos gustaría saber si usted ha tenido algunas molestias o trastornos y cómo ha estado de salud en las últimas semanas. Queremos saber los problemas recientes y actuales, no los del pasado.

N°		0 punto		1 punto	
1	¿Ha podido concentrarse bien en lo que hace?	Mejor que lo habitual	Igual que lo habitual	Menos que lo habitual	Mucho menos que lo habitual
2	¿Sus preocupaciones le han hecho perder mucho sueño?	Más que lo habitual	Igual que lo habitual	Menos que lo habitual	Mucho menos que lo habitual
3	¿Ha sentido que está jugando un papel útil en la vida?	Más que lo habitual	Igual que lo habitual	Menos que lo habitual	Mucho menos que lo habitual
4	¿Se ha sentido capaz de tomar decisiones?	Más que lo habitual	Igual que lo habitual	Menos que lo habitual	Mucho menos que lo habitual
5	¿Se ha sentido constantemente agobiado o en tensión?	No, en absoluto	No más que lo habitual	Bastante más que lo habitual	Mucho más
6	¿Ha sentido que no puede superar sus dificultades?	No, en absoluto	No más que lo habitual	Bastante más que lo habitual	Mucho más menos que lo habitual
7	¿Ha sido capaz de disfrutar sus actividades normales cada día?	Más que lo habitual	Igual que lo habitual	Menos que lo habitual	Mucho menos que lo habitual
8	¿Has ido capaz de hacer frente a sus problemas?	Más que lo habitual	Igual que lo habitual	Menos que lo habitual	Mucho menos que lo habitual
9	¿Se ha sentido poco feliz y deprimido?	No, en absoluto	No más que lo habitual	Bastante más que lo habitual	Mucho más que lo habitual
10	¿Ha perdido confianza en s í mismo?	No, en absoluto	No más que lo habitual	Bastante más que lo habitual	Mucho más que lo habitual
11	¿Ha pensado que usted es una persona que no vale para nada?	No, en absoluto	No más que lo habitual	Bastante más que lo habitual	Mucho más que lo habitual
12	¿Se siente razonablemente feliz considerando todas las circunstancias?	Más feliz que lo habitual	Aproximadamente lo mismo que lo habitual	Menos feliz que lo habitual	Mucho menos que lo habitual

INTERPRETACIÓN
0-4 PUNTOS : Ausencia de psicopatología 5-6 PUNTOS : Sospecha psicopatología subumbral 7-12 PUNTOS : Indicativo presencia de psicopatología

Anexo IV: ETAPS

En torno a sus experiencias ligadas a la violencia por el conflicto mapuche que corresponde a eventos tales como: combate o exposición a zona de conflicto (en el ejército/policías o como civil), actos terroristas o tortura, violencia física (ataques, asaltos, maltratos…), encarcelamiento, detención o cautividad forzosa, muerte de una persona cercana o de un ser querido, emigración o amenazas. Por favor, conteste a **todas las preguntas**: no hay respuestas correctas ni incorrectas.

Este cuestionario es anónimo. Sin embargo, **es importante que conteste con la máxima sinceridad**.

Ahora, nos gustaría que hiciera memoria y se situara en el **momento en que sucedieron esos acontecimientos dolorosos** para decirnos en qué medida está o no de acuerdo con las siguientes afirmaciones, teniendo en cuenta que:

1	2	3	4	5	6	7
Totalmente en desacuerdo	**Bastante en desacuerdo**	**Algo en desacuerdo**	**Ni en desacuerdo ni de acuerdo**	**Algo de acuerdo**	**Bastante de acuerdo**	**Totalmente de acuerdo**

	Totalmente en desacuerdo						**Totalmente de Acuerdo**
1. Quisieron callarnos por la fuerza.	1	2	3	4	5	6	7
2. Me sentía maltratado y humillado por los gobernantes de la época.	1	2	3	4	5	6	7
3. Hubo personas que me persiguieron hasta los últimos rincones por no pensar como ellos	1	2	3	4	5	6	7
4. Decir lo que pensaba estuvo a punto de costarme la vida	1	2	3	4	5	6	7
5. Había gente que buscaba mi destrucción sólo por pensar de determinada manera.	1	2	3	4	5	6	7
6. Intentaron imponerme por la fuerza una manera de pensar que no compartía.	1	2	3	4	5	6	7
7. En aquellos años, tanto a mí como a personas cercanas se nos trataba como criminales.	1	2	3	4	5	6	7
8. Algunos intentaron que sobre mí y sobre personas como yo recayera la culpa de todos los males que ocurrían en el país.	1	2	3	4	5	6	7
9. En aquellos momentos era peligroso hablar en voz alta	1	2	3	4	5	6	7
10. Resultaba muy peligroso defender determinadas ideas, aunque las creyéramos justas.	1	2	3	4	5	6	7

11. Hubo un tiempo en que me sentí tratado como si fuera un animal.	1	2	3	4	5	6	7
12. En aquellos momentos pensaba que gozaba de menos oportunidades en la vida que otras personas.	1	2	3	4	5	6	7
13. Hubo momentos en los que llegué a sentir que mi vida y la de los míos corría un serio peligro.	1	2	3	4	5	6	7
14. En aquel entonces era muy peligroso pertenecer a determinado grupos, aunque fuera en defensa de los más necesitados.	1	2	3	4	5	6	7
15. Temía que me ocurriera lo que les ocurrió a otras muchas personas.	1	2	3	4	5	6	7
16. Era imposible vivir tranquilo debido a la violencia existente en el país.	1	2	3	4	5	6	7
17. Teníamos miedo de reunirnos públicamente o de salir a la calle a protestar pacíficamente.	1	2	3	4	5	6	7
18. Me aterraba que pudiera pasarles algo malo a mis seres queridos.	1	2	3	4	5	6	7
19. Sentía que mi vida y la vida de las personas de mi entorno no valían nada.	1	2	3	4	5	6	7

Sitúese ahora en el **momento presente** y díganos, por favor, **en qué medida está o no de acuerdo** con las siguientes afirmaciones, teniendo en cuenta que:

1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**
Totalmente en desacuerdo	**Bastante en desacuerdo**	**Algo en desacuerdo**	**Ni en desacuerdo ni de acuerdo**	**Algo de acuerdo**	**Bastante de acuerdo**	**Totalmente de acuerdo**

	Totalmente en desacuerdo						**Totalmente de acuerdo**
1. Tal y como han sucedido las cosas en mi vida, nada bueno puede pasarme en el futuro.	1	2	3	4	5	6	7
2. Solía ser una persona feliz, pero ahora me siento desdichado.	1	2	3	4	5	6	7
3. He perdido la capacidad de sentir o emocionarme por algo.	1	2	3	4	5	6	7
4. Me siento vacío por dentro, como si no tuviera sentimientos.	1	2	3	4	5	6	7
5. Mi vida ha quedado destrozada	1	2	3	4	5	6	7
6. Las relaciones con mi familia son cada día más distantes.	1	2	3	4	5	6	7
7. Siento que la vida ha sido muy injusta conmigo	1	2	3	4	5	6	7
8. La vida es en buena medida una lotería, y esta vez me tocó la peor parte.	1	2	3	4	5	6	7
9. La convivencia en mi familia se ha hecho cada día más difícil.	1	2	3	4	5	6	7
10. He perdido a confianza en la gente	1	2	3	4	5	6	7
11. No tengo a nadie con quien pueda contar.	1	2	3	4	5	6	7

12. Tengo razones para estar avergonzado de mí mismo y de los míos.	1	2	3	4	5	6	7
13. Evito situaciones y lugares públicos donde me pueda encontrar con gente a quien no conozco.	1	2	3	4	5	6	7
14. En realidad, no entiendo lo que pasa en mi mundo	1	2	3	4	5	6	7
15. No entiendo qué sentido tiene mi vida	1	2	3	4	5	6	7
16. La mala fortuna se ensaña con quien menos se lo merece	1	2	3	4	5	6	7
17. No tengo muchas personas que quieran escucharme cuando necesito hablar	1	2	3	4	5	6	7
18. En estas circunstancias, es mejor llevar una vida alejado de otras personas	1	2	3	4	5	6	7
19. He cambiado a mejor.	1	2	3	4	5	6	7
20. Me siento parte importante de mi comunidad.	1	2	3	4	5	6	7
21. Me ofrezco de voluntario para realizar actividades en mi barrio/comunidad.	1	2	3	4	5	6	7
22. Tengo clara la dirección y el objetivo de mi vida.	1	2	3	4	5	6	7
23. Tengo más confianza en mí mismo.	1	2	3	4	5	6	7
24. Los acontecimientos vividos en el pasado me demuestran que soy más fuerte de lo que pensaba	1	2	3	4	5	6	7
25. En mi comunidad/barrio ha aumentado la participación de la gente en actividades comunitarias.	1	2	3	4	5	6	7
26. Participo de manera asidua en las actividades de mi comunidad.	1	2	3	4	5	6	7
27. Me siento orgulloso de quién soy y de la vida que llevo.	1	2	3	4	5	6	7
28. He descubierto que mi comunidad es más fuerte de lo que pensaba	1	2	3	4	5	6	7
29. Si tomo las decisiones adecuadas, puedo evitar que me sucedan cosas malas	1	2	3	4	5	6	7
30. La gente es normalmente amable y está dispuesta a ayudar.	1	2	3	4	5	6	7
31. Me siento más afortunado que la mayoría de la gente	1	2	3	4	5	6	7
32. A pesar de lo que pasó, no pierdo la esperanza en el futuro.	1	2	3	4	5	6	7
33. Hemos formado grupos organizados para apoyarnos y apoyar a quien lo necesite.	1	2	3	4	5	6	7
34. A veces tengo ganas de explotar contra quienes han sido los causantes de mi sufrimiento.	1	2	3	4	5	6	7
35. Desearía que los causantes de mi desgracia sufrieran como nosotros sufrimos.	1	2	3	4	5	6	7
36. Los culpables de lo que me sucedió merecen un castigo ejemplar.	1	2	3	4	5	6	7
37. Me parece justo odiar a las personas que nos han hecho tanto daño.	1	2	3	4	5	6	7

38. Me parece bien que a las personas se les considere responsables de los daños que su grupo ha ocasionado.	1	2	3	4	5	6	7
39. No puede haber perdón para los verdugos.	1	2	3	4	5	6	7
40. Es doloroso ver cómo los verdugos andan libres como si nada hubieran hecho.	1	2	3	4	5	6	7
41. Solo puedo sentir rechazo y desprecio contra quienes me han hecho tanto daño.	1	2	3	4	5	6	7
42. Me irrita ver que la gente que tanto daño ha hecho no haya sido castigada.	1	2	3	4	5	6	7

Anexo V: Escala multidimensional de percepción de apoyo social de Zimet

Escala MSPSS

Ahora le preguntaré sobre el tipo y cantidad de apoyo con que usted cuenta cuando debe resolver algún problema.

Casi nunca	A veces	Con frecuencia	Siempre o casi siempre
1	2	3	4

N°	Ítem	R
1	Mi familia realmente trata de ayudarme.	
2	Yo consigo ayuda emocional y apoyo de mi familia.	
3	Yo puedo conversar sobre mis problemas con mi familia.	
4	La familia está siempre atenta a ayudarme en la toma de decisiones.	
5	Mis amigos realmente tratan de ayudarme.	
6	Yo puedo contar con mis amigos cuando las cosas salen mal.	
7	Yo tengo amigos con quienes puedo compartir mis alegrías y tristezas.	
8	Yo puedo conversar sobre mis problemas con mis amigos.	
9	Hay una persona especial a mi lado cuando estoy en necesidad.	
10	Hay una persona especial con quien puedo compartir mi alegría y tristezas.	
11	Tengo una persona especial que es una real fuente de consuelo y apoyo para mí.	
12	Hay una persona especial en mi vida con quien puedo compartir mis sentimientos.	

Anexo VI: Cronograma

2023	Presentación Proyecto de Tesis	Defensa Proyecto de Tesis	Paso Comités de Ética	Prueba Piloto	Toma de datos	Procesamiento de datos	Análisis de datos	Entrega informe final	Defensa Tesis
Enero									
Febrero									
Marzo									
Abril									
Mayo									
Junio									
Julio									
Agosto									
Septiembre									
Octubre									
Noviembre									
Diciembre									

Anexo VI: Cronograma

2024	Presentación Proyecto de Tesis	Defensa Proyecto de Tesis	Paso Comités de Ética	Prueba Piloto	Toma de datos	Procesamiento de datos	Análisis de datos	Entrega informe final	Defensa Tesis
Enero									
Febrero									
Marzo									
Abril									
Mayo									
Junio									
Julio									
Agosto									
Septiembre									
Octubre									
Noviembre									
Diciembre									

2025	Presentación Proyecto de Tesis	Defensa Proyecto de Tesis	Paso Comités de Ética	Prueba Piloto	Toma de datos	Procesamiento de datos	Análisis de datos	Entrega informe final	Defensa Tesis
Enero									
Febrero									
Marzo									
Abril									
Mayo									
Junio									
Julio									
Agosto									
Septiembre									
Octubre									
Noviembre									
Diciembre									

Anexo VI: Cronograma

Universidad de Concepción
Departamento de Psicología
Violencia colectiva y conflicto mapuche: trauma psicosocial, sintomatología de salud mental y apoyo social en población adulta de la provincia de Arauco
Investigador Responsable: María José Oportus López

Anexo VII: Consentimiento informado formato ON LINE

Estimado (a) participante:

Ud. ha sido invitado/a participar en el estudio "Violencia colectiva y conflicto mapuche: trauma psicosocial, sintomatología de salud mental y apoyo social en población adulta de la provincia de Arauco", a cargo de María José Oportus López estudiante del Magíster en Psicología de la Universidad de Concepción.

A. *Propósito de la investigación:* El objetivo de esta investigación, desarrollada por la estudiante de María José Oportus López, y asesorada por la profesora guía Dra. Loreto Villagrán Valenzuela, es establecer la asociación entre la exposición (directa e indirecta) a la violencia colectiva a causa del conflicto mapuche, el trauma psicosocial, la sintomatología de salud mental y el apoyo social en la población adulta de la provincia de Arauco**.**

B. *Descripción de su participación:* Si usted decide participar del estudio, se le pedirá que acepte su participación a través del presente consentimiento informado.
Su participación consistirá en contestar 5 cuestionarios, y el tiempo estimado máximo que utilizaría para responderlos en total seria de 30 minuto.

C. *Posibles riesgos:* Este estudio no reviste ningún riesgo físico. Sin embargo, un eventual riesgo podría ser que se sintiera incómodo/a mientras contesta este cuestionario. No obstante, usted es libre de dejar el estudio en cualquier momento, sin necesidad de dar ningún tipo de explicación. Así mismo, también tiene la opción de poder dirigirse al correo de la investigadora responsable María José Oportus López (moportus@udec.cl) informando tal situación y si requiere un apoyo psicológico individual respecto de esta temática dada la afectación surgida. El equipo del programa TELAR de la organización sin fines de lucro Psicólogos por Chile presente en la provincia de Arauco, seria con quienes se le enlazaría para que pudiera recibir esta prestación de apoyo psicológico.

D. *Beneficios:* La información que usted aporte será de gran valor para la investigación respecto a la relación existente entre las variables de estudio: **violencia colectiva por el conflicto mapuche, trauma psicosocial, sintomatología de salud mental y apoyo social.**

E. *Confidencialidad y resguardo de la información:* Toda la información derivada de su participación será manejada con estricta confidencialidad. Sólo el equipo de investigación tendrá acceso a los datos por usted proporcionados. La información será resguardada según todos los requerimientos que las leyes chilenas explicitan (ley 20.120). Así mismo, tanto en el análisis como en la publicación y difusión científica de los resultados, no se identificará la identidad de ninguno de los/as participantes ni su respectiva organización, para así resguardar el anonimato. La información que entregue mediante su participación sólo será utilizada con fines científicos y relativos a esta investigación y no será usada con fines ajenos a los explícitamente expresados en este documento.

F. *Voluntariedad:* La participación en esta investigación es absolutamente voluntaria y usted puede retirarse en cualquier momento del estudio, sin que ello tenga ninguna consecuencia.

G. La investigación se guiará por el código de ética del colegio de Psicólogos de Chile y la declaración de Helsinski.

Derechos del/de la participante: Cualquier pregunta que yo quisiera hacer con relación a mi participación en este estudio será contestada por la investigador/a responsable María José Oportus López en el correo electrónico moportus@udec.cl. Para cualquier duda que no me haya sido satisfactoriamente resuelta por el investigador responsable me podré dirigir a la Dra. Andrea Rodríguez T. presidenta del Comité de Ética, Bioética y Bioseguridad de la Universidad de Concepción. Correo: secrevrid@udec.cl

En atención a estas consideraciones, libremente marque la opción que corresponda su decisión.

Yo ACEPTO ☐ Yo NO ACEPTO ☐

Universidad de Concepción
Departamento de Psicología
Violencia colectiva y conflicto mapuche: trauma psicosocial, sintomatología de salud mental y apoyo social en población adulta de la provincia de Arauco
Investigador Responsable: María José Oportus López

Anexo VIII: Consentimiento informado formato PRESENCIAL

Estimado (a) participante:

Ud. ha sido invitado/a participar en el estudio "Violencia colectiva y conflicto mapuche: trauma psicosocial, sintomatología de salud mental y apoyo social en población adulta de la provincia de Arauco", a cargo de María José Oportus López estudiante del Magíster en Psicología de la Universidad de Concepción.

A. *Propósito de la investigación:* El objetivo de esta investigación, desarrollada por la estudiante de María José Oportus López, y asesorada por la profesora guía Dra. Loreto Villagrán Valenzuela, es establecer la asociación entre la exposición (directa e indirecta) a la violencia colectiva a causa del conflicto mapuche, el trauma psicosocial, la sintomatología de salud mental y el apoyo social en la población adulta de la provincia de Arauco**.**

B. *Descripción de su participación:* Si usted decide participar del estudio, se le pedirá que acepte su participación a través del presente consentimiento informado.
Su participación consistirá en contestar 5 cuestionarios, y el tiempo estimado máximo que utilizaría para responderlos en total seria de 30 minuto.

C. *Posibles riesgos:* Este estudio no reviste ningún riesgo físico. Sin embargo, un eventual riesgo podría ser que se sintiera incómodo/a mientras contesta este cuestionario. No obstante, usted es libre de dejar el estudio en cualquier momento, sin necesidad de dar ningún tipo de explicación. Así mismo, también tiene la opción de poder dirigirse al correo de la investigadora responsable María José Oportus López (moportus@udec.cl) informando tal situación y si requiere un apoyo psicológico individual respecto de esta temática dada la afectación surgida. El equipo del programa TELAR de la organización sin fines de lucro Psicólogos por Chile presente en la provincia de Arauco, seria con quienes se le enlazaría para que pudiera recibir esta prestación de apoyo psicológico.

D. *Beneficios:* La información que usted aporte será de gran valor para la investigación respecto a la relación existente entre las variables de estudio: **violencia colectiva por el conflicto mapuche, trauma psicosocial, sintomatología de salud mental y apoyo social.**

E. *Confidencialidad y resguardo de la información:* Toda la información derivada de su participación será manejada con estricta confidencialidad. Sólo el equipo de investigación tendrá acceso a los datos por usted proporcionados. La información será resguardada según todos los requerimientos que las leyes chilenas explicitan (ley 20.120). Así mismo, tanto en el análisis como en la publicación y difusión científica de los resultados, no se identificará la identidad de ninguno de los/as participantes ni su respectiva organización, para así resguardar el anonimato. La información que entregue mediante su participación sólo será utilizada con fines científicos y relativos a esta investigación y no será usada con fines ajenos a los explícitamente expresados en este documento.

F. *Voluntariedad:* La participación en esta investigación es absolutamente voluntaria y usted puede retirarse en cualquier momento del estudio, sin que ello tenga ninguna consecuencia.

G. La investigación se guiará por el código de ética del colegio de Psicólogos de Chile y la declaración de Helsinki.

Derechos del/de la participante: Cualquier pregunta que yo quisiera hacer con relación a mi participación en este estudio será contestada por la investigador/a responsable María José Oportus López en el correo electrónico moportus@udec.cl. Para cualquier duda que no me haya sido satisfactoriamente resuelta por el investigador responsable me podré dirigir a la Dra. Andrea Rodríguez T. presidenta del Comité de Ética, Bioética y Bioseguridad de la Universidad de Concepción. Correo: secrevrid@udec.cl

Declaro que he leído el presente consentimiento, donde se me ha explicado en qué consiste el estudio y mi participación. Además, se me ha entregado una copia firmada de este documento.
Después de haber recibido y comprendido la información de este documento y de haber podido aclarar todas mis dudas, yo_____ACEPTO participar

de manera libre y voluntaria en el estudio “Violencia colectiva y conflicto mapuche: trauma psicosocial, sintomatología de salud mental y apoyo social en población adulta de la provincia de Arauco”, a cargo de la investigador/a responsable María José Oportus López, estudiante de Magister en Psicología de la Universidad de Concepción.

De este documento se imprimirá en dos ejemplares y se solicitará su firma, siendo una copia para usted y otra para la investigadora responsable.

_____	_____
Firma **Investigadora Responsable** **María José Oportus López**	**Firma** **Participante**

Fecha:_____ /_____ /_____