



**IMPACTO PSICOSOCIAL COVID-19**  
**Protocolo de intervención no presencial**  
**ONG Raíces**  
**Chile**

**NOTA: aún en construcción, hay que ir probándolo.**



**ONG Raíces Poniente**  
**Ps. Navarrete Calvo Viviana**  
**Ps. Peralta Peralta María Bernardita**

Santiago, Chile 23 de marzo 2020

## Índice

I. Situación actual y posibles escenarios	3
II. Compromiso psicoemocional y sintomatología asociada	3
II.I. Posible psicopatología asociada a largo plazo	5
III. Etapas de integración de Pandemia COVID-19	6
III.I. Autopercepción en el interviniente	7
IV. Intervención no presencial	8
V. Consideraciones en la intervención	11
VI. Referencias	13



Este documento ha sido construido en consideración a la situación actual de disminución de contacto social para prevención del contagio de Coronavirus, y a partir del uso de plataformas virtuales para mantener contacto, realizar seguimiento y contención emocional a las niñas y jóvenes de programa especializado en Explotación Sexual y Comercial de Niños, Niñas y Adolescentes (ESCNNA).

Esperamos sea un aporte en la intervención de nuestros profesionales de la red de infancia y protección.

## **I. Situación actual y posibles escenarios**

La situación actual a partir de la pandemia de COVID-19, trae implicancias en varias esferas de la sociedad. Entre ellas podemos encontrar algunas que impacten en los grupos familiares de las niñas y adolescentes atendidas en nuestro programa, las cuales pueden implicar sintomatología psicológica específica y comprometer estabilidad psicoemocional. Según Guerrero (2020), las principales situaciones que se pueden desencadenar a partir de la pandemia son:

- Cuarentena: Estadía prolongada en espacios cerrados y en contacto permanente con otros miembros de la familia.
- Incapacidades o complicaciones de salud dentro del grupo familiar.
- Muertes de familiares o personas cercanas.
- Pérdidas económicas importantes en el grupo familiar.
- Crisis social: desabastecimiento, pánico colectivo, saqueos, incertidumbre gubernamental.

## **II. Compromiso psicoemocional y sintomatología asociada**

A partir del cambio en la rutina, la estadía en espacios por tiempo prolongado, temores por posible contagio, contagio y posibles complicaciones/muertes del grupo familiar cercano se pueden originar respuestas reconocidas como adaptativas y desadaptativas, las cuales necesitaran atención profesional, se sugiere mantener atención a los siguientes síntomas indicados por Guerrero (2020):

- **Sintomatología ansiosa:** irritabilidad (cambios de humor, enojo o ira sin razón evidente), impulsividad (irritabilidad manifestada en la conducta, salir de casa, actuar de forma agresiva), cambios en el apetito (aumento o disminución), alteraciones del sueño (dificultades para conciliar el sueño o hipersomnio). Ejemplo: Es posible que en los casos que atendemos exista un aumento de la violencia intrafamiliar en todas sus manifestaciones, en particular para casos en ESCNNA, es posible que exista un aumento de la violencia sexual sobre todo para niñas en ESCNNA contexto de pareja.
- **Aplanamiento emocional:** Dificultad para experimentar o expresar emociones.
- **Hipervigilancia:** estar hiper alerta a los estímulos del medio externo e interno, se reconoce como un estado que permitiría protegernos de amenazas, pero en estos casos, puede contribuir en la agudización de síntomas desadaptativos.
- **Aislamiento social:** asociado al distanciamiento del entorno cercano, retraimiento de la interacción con los otros.
- **Pánico:** asociado a un miedo interno y que en ocasiones puede ser paralizador, se comprende que en contexto de cuarentena y ante la emergencia sanitaria por COVID-19, la sensación de pánico se presente en más de una ocasión, puede estar asociada a la incertidumbre entre otras cosas.

### Posible sintomatología a observar en NNA:



Cuadro 1. Guerrero, L. (2020).



En el cuadro 1 podemos observar sintomatología distinta a partir de las diferencias en los estadios de desarrollo de niños, niñas y adolescentes. Para niños más pequeños el impacto emocional y cognitivo de la situación de contingencia podrá traducirse en respuestas involutivas, que implican interrupción o retroceso de los aprendizajes propios de su desarrollo. Para los adolescentes y jóvenes, es más probable encontrar conductas relacionadas con trastornos disruptivos, del control de impulsos y de la conducta (DSM V), entendidos como un conjunto de conductas donde es observable una disminución de la autorregulación de los impulsos y de la emocionalidad (APA, 2014).

Estas conductas, observadas generalmente en las jóvenes que se encuentran ingresadas en nuestro programa producto de que han sido víctimas de diversas vulneraciones de derecho que han afectado su desarrollo psicoafectivo, pueden además estar acompañadas de un mayor consumo de sustancias psicoactivas (SPA) o drogas. En el entendido de que esta conducta sea habitual, es posible que podamos observar un aumento de ella asociado a mecanismos de disminución de ansiedad u otra sintomatología asociada a la significación del evento contingente.

### **II.I. Posible psicopatología asociada a largo plazo**

Esta sintomatología conjunta a la incertidumbre y medidas sociales que implican cambio brusco a largo plazo pueden originar cuadros psicopatológicos de menor a mayor gravedad, que pueden implicar la toma de otro tipo de acciones según capacidad del sistema de salud y protección. Señalar que el desarrollo de posible psicopatología a largo plazo dependerá de las respuestas iniciales y el contexto de cada afectado/a. Para dilucidar dicho impacto, podemos analizar las siguientes variables acorde a Montt y Hermosilla (2001):

- En relación al evento traumático ¿Cuál ha sido el nivel de exposición? Mientras mayor sea ésta, mayor es la posibilidad de desarrollar un Trastorno de Estrés Postraumático.
- ¿Cuáles han sido las adversidades posteriores al evento? Ha debido separarse de figuras principales de apego, surgen dificultades económicas, ha debido ser expuesto de manera prolongada al evento, etc.
- ¿Qué edad tiene el afectado/a? El ciclo vital del sujeto afecta directamente en acciones conjuntas asociadas al evento traumático, interfiriendo en la capacidad de comprensión, integración y percepción del evento, por ello es relevante considerar su edad y el ciclo vital en que se encuentra.

- ¿Cómo han reaccionado los adultos/núcleo familiar al evento traumático? Se considera que la forma en que los padres/adultos, reaccionan al evento tendrá directa influencia en NNA o sujeto de atención, existiendo incluso posibilidad de asociación entre sus síntomas.

### **Gradualidad en sintomatología esperada por emergencia COVID-19**



Cuadro 2. Guerrero, L. (2020).

A largo plazo si los síntomas no disminuyen pueden configurar cuadros tales como: Trastorno de estrés post traumático (TEPT), Trastorno de ansiedad, trastorno somatomorfo, trastorno de la personalidad (TDP), Trastornos del ánimo (depresión).

Es importante mencionar que aún no se tiene claridad respecto a la disponibilidad y funcionamiento de la red de salud mental en población vulnerable infante juvenil en Chile. Las acciones a realizar ante la pesquisa de sintomatología grave tendrán que evaluarse en la medida en que avance la contingencia nacional.

### **III. Etapas de integración de Pandemia COVID-19**

La situación actual asociada al COVID-19, nos obliga como profesionales a desplegar estrategias de reconocimiento de nuestro sentir y percepción de la emergencia sanitaria. Podemos reconocer en el siguiente diagrama asociado a etapas de integración del contexto

actual, las fases por las que toda persona enfrentada a situación de emergencia se ubica en forma dinámica.



Cuadro 3. Guerrero, L. (2020).

Hablamos de que la transición es dinámica debido a que el contexto social, la información transmitida por Medios de Comunicación y el entorno cercano, facilitará la variación entre las posiciones mencionadas. La pregunta es: ***¿Cómo reconozco mi percepción y padecer ante situación actual para intervenir con terceros de manera asertiva?***

### **III.I. Autopercepción en el interviniente**

En relación con la integración de emergencia sanitaria, es posible que todos manifestemos diversos cambios, síntomas mencionados en el apartado II y seguramente, diversas variaciones en las fases ya presentadas. En torno a ello, sugerimos que como profesionales de la Red de Infancia y Protección se desplieguen estrategias que faciliten el reconocimiento de nuestros estados para así identificar en el grupo de trabajo, quiénes y en qué circunstancias se encuentran más aptos para intervenir con terceros. Esto sobre todo



considerando que la intervención que se pueda ofrecer estará orientada a la intervención en crisis no presencial, con baja capacidad de apoyo oportuno a la satisfacción de necesidades básicas o proteccionales.

Se sugiere:

- Identificar alteraciones fisiológicas: dolor de cabeza, taquicardia, sudoración excesiva, alteración del sueño, aumento o disminución del apetito, etc.
- Identificar tus pensamientos y emociones más recurrentes. ¿Qué te generan dichos pensamientos y emociones?
- Piensa y organiza tus principales temores de la situación actual. ¿Eres capaz de desarrollar acciones para cambiar dicha situación?
- Identificar y utilizar estrategias de disminución de ansiedad u otras preocupaciones; establecer comunicación con un tercero significativo sobre la situación actual, escribir en una libreta sobre tus preocupaciones, seguir las recomendaciones de la Asociación Chilena de Seguridad (ACHS) contenidas en las referencias.

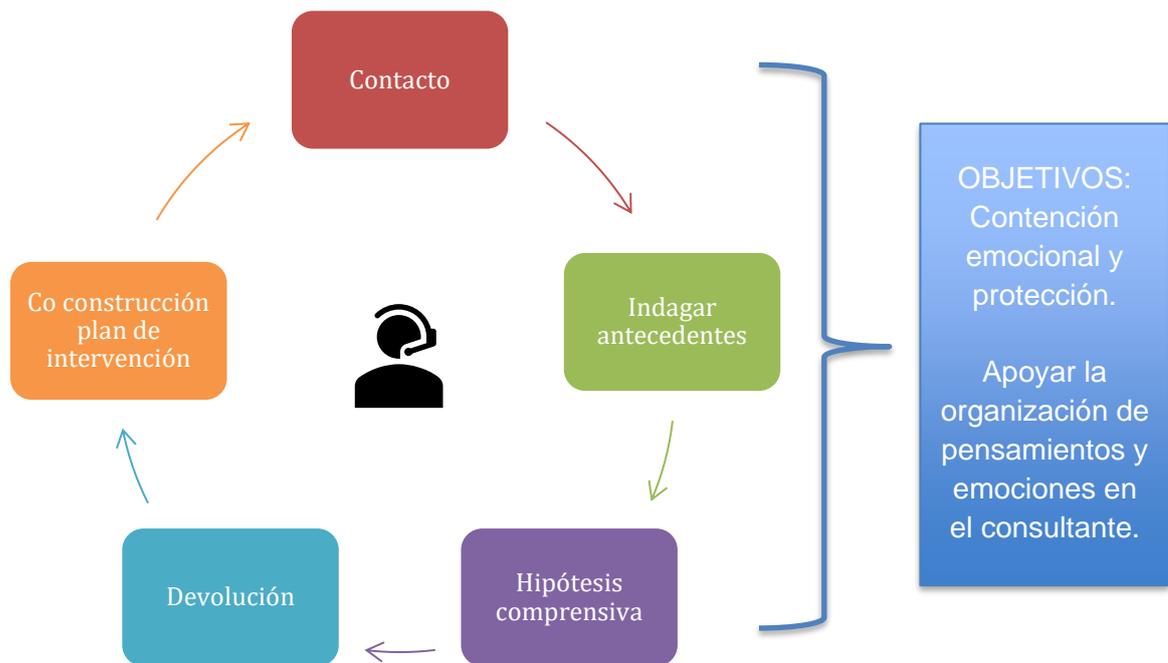
Finalmente, es relevante considerar que para mantenernos disponibles para atender las necesidades de un otro, primero debemos reconocer las nuestras y las alternativas para dar respuestas a las mismas. De esta manera estarás contribuyendo al bienestar personal, de tu entorno cercano y el de los NNA sujetos de atención.

#### **IV. Intervención no presencial**

La intervención no presencial se realiza frente a una llamada telefónica, contacto vía video llamada o WhatsApp, de parte de una consultante de forma espontánea o no. Debido a la situación nacional actual, el objetivo principal será proporcionar contención emocional, entregando información solamente cuando este previamente verificada, respecto al funcionamiento de las redes y su disponibilidad. Es importante evitar generar expectativas de nuestras posibilidades de acción, debido a que ésta será muy disminuida.

Dentro de la intervención no presencial puede existir intervención en crisis, en esos casos la organización de la intervención es la misma, solo será necesario poner mayor énfasis

hacia el final de la intervención respecto a la situación proteccional y las acciones a realizar por nuestra parte para intentar garantizarla.



1. **Contacto:** Favorecer la respuesta empática y que brinde contención. Ante ello es importante tomar noticia sobre las emociones de quien llama y su demanda.
  - Favorecer usar tono y velocidad de habla que transmita tranquilidad.
  - Favorecer frases que permitan hacer sentir que hay alguien al otro lado del teléfono, WhatsApp, Messenger.
  - Escuchar, dar espacio para que la persona hable y se exprese, si es necesario hacer sentir que estamos escuchando intentar con frases o sonidos (ahá, entiendo, hmm etcétera).

2. **Indagar antecedentes:** Luego de permitir que la persona se exprese libremente, y en el caso de considerar importante, indagar antecedentes de forma poco inquisitiva para corroborar situación actual.
  - Es importante respetar el “timing” del consultante, si no quiere profundizar en una pregunta no forzar, hacer prioritaria la contención emocional dentro de la llamada, buscar otras alternativas para preguntar su situación actual si es necesario.
  - Indagar sintomatología acorde a la situación actual: Contenidos en el punto I (desórdenes alimenticios, desorden del sueño, irritabilidad...).
  - Si es necesario, corroborar la información contextual luego de terminada la llamada con el adulto significativo con quien se tenga contacto.
3. **Hipótesis comprensiva:** A partir de la escucha de la información, evaluar si la demanda es afectiva (de contención emocional), o existe una demanda concreta (necesidades básicas, por ejemplo).
4. **Devolución:** Devolver al consultante la hipótesis que tenemos de su estado actual, incluir síntomas que el consultante haya expresado de forma espontánea o a través de las preguntas, identificar y diferenciar la demanda afectiva de la demanda real:
  - Reflejar las emociones que sentimos que el consultante está tratando de expresar (“será que te sientes preocupada”, “veo que estás muy enojada”, “siento que estas con pena” etcétera).
  - Si es necesario ofrecer hipótesis explícitamente. Ejemplo; “pienso que quizás estas más enojada estos días porque no has podido salir de la casa”, “Será que estas preocupada porque es posible que se les acaben los alimentos en la casa”.
5. **Co construcción de plan de intervención:** A partir de toda la información recabada (del estado emocional del consultante y de la demanda afectiva o real que hace), favorecer la construcción conjunta de lineamientos de acción:
  - Analizar en conjunto las posibilidades y los riesgos de la situación actual.
  - Si la demanda es real (escasez de alimentos, situaciones de riesgo, violencia intrafamiliar etc...), buscar alternativas acordes a la situación actual y a la información disponible.



- Favorecer que sea la persona que llama, quien pueda generar alternativas creativas para satisfacer a su demanda. Ofrecer alternativas pero dar relevancia a la propia experiencia del consultante (ejemplos: “¿Que te ha servido antes para calmarte estando en la casa? ¿Crees que te ayudaría hacer X? ¿Hay algún otro adulto que pueda ofrecerte apoyo en esta situación?”)

**6. Cierre:** Entregar nuestra apreciación a la persona que llama, y sintetizar la intervención realizada, acuerdos o estrategias. Invitar a que llame cuando lo requiera, informar respecto a lo que nosotras tenemos que hacer para asegurar su protección (informar o contactar más redes).

**7. Seguimiento:** Es necesario posterior a la intervención, contar con contacto periódico para poder hacer seguimiento de los acuerdos tomados con la consultante, y ofrecer un vínculo de atención no presencial estable. Si es necesario realizar encuadre de los horarios y medios de contacto y atención.

- Retroalimentar información del caso al resto del equipo y a jefatura para tomar decisiones conjuntas respecto de situaciones específicas que se vayan sucediendo con cada caso, e identificar casos complejos.

## **V. Consideraciones en la intervención**

- Evitar cualquier estrategia o frase que evite la expresión de emociones. Ejemplo: “no te preocupes”, “no es tan grave”, “no llores, tranquilízate”, “eso le pasa a todo el mundo”. Si se sugiere una estrategia para disminuir sintomatología, evitar que esta estrategia sustituya la expresión emocional, la estrategia debe ser un complemento.
- Evitar juzgar, tomar partido o hacer alianzas entre las personas del grupo familiar. Adoptar posición neutra y privilegiar protección.
- No contar la propia historia o la propia experiencia.
- Es necesario tomar consideraciones éticas respecto al uso de la información y la privacidad mediante medios virtuales en la intervención (De la Torre & Pardo, s, f). En el caso de video llamadas, asegurar la privacidad, buscar un espacio tranquilo para realizar la intervención, tener especial preocupación por el manejo de la información virtual de los y las adolescentes.



Finalmente, se hace presente que este es un documento protocolar que se ha construido en base a conocimientos propios de la psicología y recursos disponibles referentes

a la contingencia por COVID-19 y la intervención no presencial. Si bien los efectos positivos de este tipo de intervención han sido validados por diversos estudios (Vázquez, F. et al, 2014), es importante precisar que ellos responden a un encuadre específico donde este tipo de intervención no necesariamente sustituye a la presencial. De la misma forma las consideraciones respecto a la **telepsicología** que proponen De la Torre & Pardo (s,f), están dirigidas a público mayor a los 16 años y sin presencia de alteraciones conductuales importantes como el riesgo suicida o el consumo abusivo de sustancias. Es necesario, entonces, poder retroalimentar la práctica respecto al caso específico de las jóvenes que son sujetos de nuestra atención para establecer lineamientos de mayor pertinencia a sus necesidades y requerimientos, a su rango etario, y a nuestra propia factibilidad de intervención no presencial. Este documento entonces se presenta como preliminar y sujeto a modificaciones respecto a lo que en la práctica pueda beneficiar el trabajo de intervención en contexto de pandemia por COVID-19, orientado a la protección y reparación de la ESCNNA en niñas y adolescentes.

## **VI. Referencias**

ACHS (2020) Información teletrabajo. Recuperado el 23 de marzo de 2020 desde [https://www.achs.cl/portal/Documents/teletrabajo/ACHS\\_INFORMACION\\_TELETRA\\_BAJO\\_VF\\_15\\_10.pdf](https://www.achs.cl/portal/Documents/teletrabajo/ACHS_INFORMACION_TELETRA_BAJO_VF_15_10.pdf)

American Psychiatric Association. (2014). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DSM-V*. Madrid: Editorial médica Panamericana.

De la Torre, M. & Pardo, R. (s.f) Guía para la intervención telepsicológica. Colegio Oficial de psicólogos de Madrid. Recuperado el 25 de marzo de 2020 desde [https://www.copmadrid.org/web/img\\_db/publicaciones/guia-para-la-intervencion-telepsicologica-5c1b5a8602018.pdf](https://www.copmadrid.org/web/img_db/publicaciones/guia-para-la-intervencion-telepsicologica-5c1b5a8602018.pdf)



Guerrero, L. (2020). *Estrategias de intervención en crisis por pandemia de Coronavirus - Colombia 2020. Campo de la psicología en gestión del riesgo en emergencias y desastres*. [Diapositivas de Power Point]. Recuperado el 24 de marzo de 2020 desde <https://drive.google.com/open?id=1mdBFGW2SfDVcxMM03xpmJlsoYQJD6aNj>

Montt, M. Hermosilla, W. (2001). Trastorno de estrés post-traumático en niños. *Revista Chilena de Neuro-psiquiatría*. Recuperado el 20 de marzo de 2020 desde [https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0717-92272001000200003](https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-92272001000200003)

Vázquez, F. et al. (2014). Intervenciones psicológicas implementadas por teléfono para la depresión: una revisión sistemática y meta-análisis. *Rev. iberoamericana de psicología y salud*. 6;39-52.

<https://drive.google.com/open?id=1mdBFGW2SfDVcxMM03xpmJlsoYQJD6aNj>