



Pontificia Universidad Católica de Chile
Facultad de Ciencias Sociales
Sub-dirección de Investigación y Postgrado
Escuela de Psicología
Magíster en Psicología Clínica

Herramientas y dificultades en la atención de salud mental de niños, niñas y adolescentes en contexto de crisis sanitaria por Covid-19, desde la perspectiva de psicoterapeutas infanto-juveniles en Chile.

DANIELA PAZ CASTELLI ABARCA

Profesor guía: Germán Morales Farías

Comité de trabajo de grado: Marcia Olhaberry y Catalina Álvarez

Trabajo de Grado presentado a la Escuela de Psicología de la Pontificia Universidad Católica de Chile para optar al grado académico de Magíster en Psicología Clínica.

Noviembre, 2022

Santiago de Chile, Chile

“Chi va piano, va sano; chi va sano, va lontano”.

Proverbio italiano.

AGRADECIMIENTOS:

A mi familia, por acompañarme y alentarme en cada una de las etapas de la redacción de este trabajo de grado. Gracias papá, mamá y hermana, no habría podido lograr nada de esto sin ustedes. Por esto y muchas cosas más, siempre les estaré agradecida.

A Antonia y Diego Bozzolo, quienes fueron personas clave para la realización de este trabajo. Gracias por ofrecerme infinitos momentos de amor y cariño, que sirvieron para llenarme de energía y motivación para continuar.

A Germán Morales, por su paciencia y apoyo incondicional a pesar de las dificultades encontradas para la redacción del presente trabajo, por sus enseñanzas y por su gran profesionalismo. Gracias por enseñarme que cada crisis es una oportunidad peligrosa.

A Nelson Valdés, por ser un gran asesor metodológico, y por su actitud amena y profesional al llevar a cabo las supervisiones.

A las y los terapeutas entrevistados, quienes accedieron a participar, y que por sus experiencias, sinceridad y transparencia permitieron la realización del presente trabajo. Gracias por su tiempo y por su motivación para contribuir a la investigación.

A la Pontificia Universidad Católica de Chile, por abrirme las puertas para seguir aprendiendo y formarme en la carrera de psicología. Gracias por desafiarme a seguir estudiando, y a seguir creciendo como profesional.

Y por último, pero no menos importante, a Dios, por su infinito amor, por su protección y su amparo. "Todo lo puedo en Cristo que me fortalece" (Filipenses 4:13).

1. Resumen

La crisis sanitaria por COVID-19 ha provocado múltiples consecuencias, tanto a nivel mundial, como en Chile. En el contexto chileno, no sólo ha habido repercusiones al nivel de la salud física, sino que también en la salud mental, y, por ende, en los procesos psicológicos que responden a las necesidades de salud mental de la población. En la presente investigación se estudiaron las herramientas y dificultades en la atención de salud mental en niños, niñas y adolescentes durante la pandemia por coronavirus. En concreto, se indagaron las experiencias de terapeutas infanto-juveniles, quienes pudiesen contribuir desde su perspectiva acerca de su adaptación en las nuevas formas de aplicar terapia.

Se realizaron entrevistas semi-estructuradas a ocho terapeutas (siete mujeres y un hombre), quienes residen en Chile y mantenían atenciones psicológicas tanto en el ámbito público, como privado. La información obtenida en las entrevistas fue analizada utilizando la teoría fundamentada (Glasser y Strauss, 1967) realizando la codificación abierta y axial de los datos. Las respuestas de los y las entrevistadas se organizaron en tres grandes categorías: Percepciones del ejercicio de la terapia infanto-juvenil en pandemia para los y las terapeutas; Implicancias en el proceso terapéutico para los pacientes y sus familias; y Motivos de consulta durante la crisis por Covid-19.

A modo de conclusión, destacan cuatro elementos que han influido en el desarrollo de la terapia con niños, niñas y adolescentes de forma remota: formación y desarrollo de la alianza terapéutica en la atención online; capacidad de las y los terapeutas de establecer redes de apoyo profesionales, y el desarrollo de herramientas para trabajar en terapia; recursos y desafíos en la vida de los y las terapeutas, y su impacto en ellos; y las percepciones de los y las terapeutas acerca de sus pacientes infanto-juveniles y sus familias.

Índice	Página
Resumen	3
Introducción y formulación del problema	5
Marco teórico y discusión temática	9
Objetivos generales y específicos	31
Preguntas directrices	32
Metodología	33
Resultados	37
Conclusiones y discusión	74
Referencias	78
Anexos	85

2. Introducción y formulación del problema

Desde el año 2019, en Chile, se han presentado cuatro crisis simultáneas: la crisis medioambiental, la crisis social (o estallido social), la crisis sanitaria por Covid-19 y la crisis económica, a consecuencia de la pandemia. La crisis medioambiental global, según Molina (2019) plantea amenazas ambientales que permanecen hasta la fecha, incluyendo la “contaminación, la desertificación, la afectación a la biodiversidad, la sobre explotación de los recursos en el medio, el conflicto violento, el acceso o negación de recursos naturales, el consumo excesivo, los fenómenos naturales, la guerra nuclear – biológica - química y la biopiratería” (p.2). En Chile, específicamente, existe un periodo de sequía importante que afecta el acceso al agua, y a la agricultura. Sobre la crisis social, el 17 y 18 de octubre de 2019 se realizan evasiones masivas al transporte público, al igual que actos de violencia entre carabineros, protestantes y hacia infraestructura del transporte público (Morales, 2020). Las manifestaciones se mantienen hasta marzo de 2020, pero fueron interrumpidas debido a la inminencia de la crisis sanitaria por Covid-19.

Esta conjunción de crisis se conoce como *sindemia*, es decir: problemas de salud sinérgicos que afectan la salud de la población en sus contextos sociales y económicos, y reflejan cómo las variables sanitarias interactúan con condiciones preexistentes de vulnerabilidad y desigualdad social. (Román e Ibarra, 2022).

El presente estudio se focalizará en la pandemia, pues este evento mundial afecta a toda la población. A raíz de ello, se ha tomado como medida sanitaria periodos de cuarentena tanto voluntaria como obligatoria, en donde se requiere que las personas permanezcan en sus hogares el mayor tiempo posible. Frente a esto, a la constante actualización de la información sobre coronavirus, a la posibilidad de enfermarse, al estar contagiado o que un miembro cercano de la familia lo esté, y siendo testigo de la muerte de un ser querido, la salud mental de la población general puede verse deteriorada. Según Cerfogli y Morales (Comunicación personal, 2020), esta nueva normalidad tiene consecuencias en el tiempo de las familias, en el espacio

dentro del hogar, y cuyos efectos varían en intensidad, provocando incertidumbre en los miembros del sistema familiar. Si bien las familias chilenas se han visto afectadas por esta crisis en distintas áreas de su vida, las atenciones psicológicas también se han visto sujetas a cambios. En efecto, producto de las medidas de cuarentena y de distanciamiento físico, no se pueden realizar consultas psicológicas en un box de atención. Estas dificultades que se presentan producto de las medidas sanitarias para atenuar el efecto del coronavirus, permiten también elementos innovadores que pueden facilitar la adaptación de las personas y de las atenciones clínicas a esta nueva realidad. Por ejemplo, el uso de herramientas tecnológicas, como plataformas digitales y llamadas telefónicas, se ha intensificado en un intento por mantener y promover las consultas psicológicas (Martínez, 2020).

Dentro de las atenciones clínicas, cabe destacar a la población infanto-juvenil como grupo especialmente vulnerable, tanto en el ámbito de la salud mental, como del acceso a atención psicológica. Efectivamente: pueden tener mayor sensibilidad a los cambios, son dependientes de su grupo familiar, experimentan dificultades para buscar por sí mismos fuentes de ayuda y fácilmente sintonizan con la emoción presente en los adultos, lo que aumenta el riesgo de vivir la crisis como experiencia traumática (Álvarez y Olhaberry, comunicaciones personales, 2020). Estos factores de riesgo pueden aumentar debido al cierre de los colegios y a la implementación de la educación en línea, pues el asistir a un centro educacional proporciona una rutina y una ocupación distinta a las formas remotas. Además, en una encuesta de la Asociación de Municipalidades de Chile (AMUCH, 2020) realizada a padres de escolares, se encontró que el 64,5% considera que sus hijos perderán el año escolar, el 54% afirma que la educación a distancia no es factible realizarla en el hogar, y el 83% cree que la educación a distancia no cumplirá el objetivo de aprendizaje en calidad. Por lo tanto, la educación escolar representa un factor de estrés para las familias chilenas que cuentan con escolares, tanto por el contenido de la enseñanza como por el establecimiento de rutinas y ocupaciones. Sobre este propósito, UNICEF (2020) recomendó mantener “las rutinas y los horarios habituales tanto como sea posible, especialmente antes de que se vayan a dormir, o ayude a establecer nuevos hábitos en un nuevo entorno” (p.10). Esto

ayudaría a los niños, niñas y adolescentes a sobrellevar el estrés producto de la pandemia, y también les daría una estructura externa, que tenga sentido y sea predecible, de tal forma de promover una sensación de seguridad y estabilidad. A pesar que en este contexto hay elementos de riesgo para su salud mental, los niños, niñas y adolescentes pueden presentar recursos internos que los ayuden a sobrellevar estas circunstancias. Según Álvarez y Olhaberry (2020, Comunicaciones personales), la población infanto-juvenil puede poseer mayor flexibilidad y plasticidad para comprender elementos complejos, y podrían reponerse a las crisis más rápido que los adultos, siempre y cuando los cuidadores los acompañen en la experiencia de manera sensible, mentalizante y contenedora. Sobre este último punto, resulta relevante conocer la postura de los padres y sus actitudes frente al riesgo sanitario, de tal forma de poder intervenir, en nuestro rol de terapeutas, de mejor manera en este contexto de crisis.

Una manera de conocer las percepciones tanto de los padres como de los niños, niñas y adolescentes sobre sus vivencias en época de pandemia, y cómo poder apoyarlos, es por medio de los terapeutas infanto-juveniles (TIJ), quienes a su vez también podrían expresar su vivencia tanto en la clínica, como en su vida personal. Sin embargo, existe información insuficiente acerca de la experiencia subjetiva de psicoterapeutas infanto-juveniles durante este periodo, que pueda abarcar su experiencia frente a la telepsicología, y de sus recursos y limitaciones al momento de hacer terapia con niñas, niños y adolescentes. Al respecto, Pineda y López-Lopez (2010) presentan un estudio de revisión sistemática de modelos de estrategia de intervención en periodos de crisis. En su estudio, llama la atención la poca producción de artículos publicados a propósito de los desastres acaecidos, lo que implica que “los aprendizajes y memorias de lo realizado en estos eventos no se ha sistematizado, escrito o publicado en revistas de alto impacto, aminorando las probabilidades de replicar experiencias y mejorar la eficacia de los tratamientos posteriores al desastre.” (p.156). Por lo tanto, el reunir información acerca de la experiencia de los terapeutas infanto-juveniles puede permitir que futuras generaciones de profesionales de la salud mental puedan tener una referencia de lo acontecido en esta crisis, y poder a su vez hacer uso de los

conocimientos generados en el contexto que se encuentren atravesando. Además, el conocer las preocupaciones de los padres, niños, niñas y adolescentes percibidas por terapeutas podría ser un aporte de relevancia clínica, de tal forma de poder orientar mejor las intervenciones, y poder formarse e informarse más sobre las problemáticas actuales de los pacientes. Por otro lado, el explorar los posibles cambios en el encuadre, en los flujos de atención y cómo han afectado al rol terapéutico, las condiciones laborales y en el posible desgaste de los profesionales de la salud mental podría dar el primer paso para la elaboración de políticas públicas enfocadas en el autocuidado y en el desgaste profesional. Finalmente, considerando que esta es una problemática en desarrollo, sería interesante conocer las percepciones y vivencias de terapeutas infanto juveniles durante el transcurso de este acontecimiento.

3. Marco teórico y discusión temática

Según Martínez (2020), una crisis se define como: “La repercusión psicológica a situaciones vitales complejas o no, pero que son experimentadas dolorosamente por el individuo, ya sea por las características del evento o por diversos factores individuales, conscientes e inconscientes” (p.6). Dentro de los tipos de crisis, las crisis desencadenadas por eventos circunstanciales, “tienen características distintivas, como son el hecho de afectar a muchas personas al mismo tiempo, tener un carácter repentino, un impacto poderoso, percepción de incapacidad de control, pérdida de la confianza de las víctimas y persistencia de los efectos” (Pineda y López-López, 2010, p.157). Dichos efectos, aparte de deteriorar la salud física, pueden provocar también problemas de salud mental. Entre ellos, destacan la incertidumbre (Cerfogli y Morales, Comunicaciones personales, 2020), sintomatología ansiosa, sentimientos de rabia, niveles importantes de estrés (Urzúa, Vera-Villarroel, Caqueo-Urizar y Polanco-Carrasco, 2020), y también se ha reportado que “los síntomas posteriores a un desastre son concomitantes con la ansiedad y la depresión” (Pineda y López-López, 2010, p.157). Pero, como plantean Jeong et al. (2016) en Urzúa, Vera-Villarroel, Caqueo-Urizar y Polanco-Carrasco (2020, p.105), “estos problemas de salud mental pueden prevenirse al proporcionar apoyo de salud mental a las personas con salud mental vulnerable, así como proporcionando información precisa y suministros apropiados”. Entonces, el rol de los terapeutas y trabajadores de la salud mental cobra aún más relevancia, pues puede contribuir al bienestar presente y futuro de la población.

En la actualidad, el mundo entero se ve enfrentado a una crisis sanitaria, que conlleva situaciones difíciles, y requiere de tomar decisiones complejas por nuestro bienestar físico y emocional. En cuanto al tipo de crisis, Pittman (1990) la caracterizaría como “crisis por golpe inesperado”, es decir que las personas que se ven enfrentadas a la crisis no necesariamente están preparadas para ella, puesto que es un acontecimiento súbito. En efecto, si bien los primeros casos por coronavirus fueron detectados en China en diciembre del 2019, y el primer caso de contagio en Chile por Covid-19 fue el durante el mes de marzo de 2020 (Guzmán et al., 2020), en esos momentos no se estimaba con certeza

el nivel de impacto que podría generar esta nueva enfermedad, el que actualmente afecta a toda la población mundial.

Las consecuencias que ha dejado el virus Covid-19 en la salud física de la población mundial son innegables. Según la OMS, han habido 6.510.139 fallecidos, y 610.866.075 personas contagiadas a nivel global (<https://covid19.who.int/table>, revisado en 23/09/2022). Además, Logue et al. (2021) descubrieron que al menos el 30% de los participantes diagnosticados con el virus experimentan síntomas persistentes, incluso hasta nueve meses después del diagnóstico (p. 3). Los dos síntomas principales que persisten son la fatiga, y la pérdida del olfato. Los efectos sobre la salud física son conocidos y documentados, por lo que es relevante conocer y documentar los efectos sobre la salud mental.

En el contexto de crisis sanitarias, existe bibliografía que ha investigado la salud mental de las personas durante esos periodos. Por un lado, Brooks et al. (2020) realizaron una revisión sistemática relacionada con el impacto psicológico de la cuarentena, y cómo prevenir sus efectos negativos. Gran número de los estudios reportaron efectos psicológicos perjudiciales, incluyendo TEPT (Trastorno de estrés post-traumático), confusión y enfado. Dentro de los factores de estrés se incluyen: mayor periodo de cuarentena, temores de ser infectado, frustración, aburrimiento, suministros inadecuados, información inadecuada, pérdidas financieras y estigma. Los elementos identificados como protectores, o que pudiesen prevenir estas consecuencias incluyen: apelar al altruismo, establecer un periodo de cuarentena con fechas conocidas por la población, por un tiempo no mayor al requerido, proporcionar una justificación clara, informar de manera adecuada acerca de los protocolos que regirán en ese periodo y garantizar que se proporcionen suministros suficientes para la población.

Por otro lado, Wang et al. (2020) realizaron una investigación sobre los impactos psicológicos inmediatos de la población china frente a las etapas iniciales de la pandemia por coronavirus. Sus objetivos fueron identificar los factores de riesgo de la población y entender de mejor manera los niveles de impacto psicológico, ansiedad, depresión y estrés. Los resultados mostraron que el ser de sexo femenino, ser estudiante, poseer síntomas físicos antes y

durante la pandemia (ej.: mialgia, mareos, inflamación de la mucosa de las fosas nasales), y auto-percepción de tener mala salud (o empobrecida) tienen una correlación positiva con mayor impacto psicológico frente a la pandemia, al igual que presencia de mayores niveles de estrés, ansiedad y depresión.

Sobre la salud mental de la población general, “una epidemia de gran magnitud implica una perturbación psicosocial que puede exceder la capacidad de manejo de la población afectada” (Ribot et al., 2020, p.5). En relación a este punto, la literatura destaca tres estados psicológicos principales que se relacionan con la pandemia: *depresión, ansiedad y estrés*.

Sobre la *ansiedad*, ésta corresponde a una preocupación excesiva o anticipación aprensiva de difícil control para un individuo, y que se mantiene por un periodo prolongado de tiempo (American Psychiatric Association, 2013). Esto causa malestar clínicamente significativo, e implica un deterioro en el bienestar de la persona y en las áreas sociales, laborales, familiares y/o educativas (American Psychiatric Association, 2013). La manifestación ansiosa que destaca en este periodo, según Huarcaya (2020), es la “ansiedad por la salud” (p.328). Ésta se caracteriza por interpretar cambios o sensaciones corporales como síntomas de una enfermedad. Estas interpretaciones son a menudo catastróficas, originadas por creencias disfuncionales sobre la salud y las enfermedades, y mecanismos adaptativos poco adecuados (Huarcaya, 2020). En relación al contexto actual, esta ansiedad por la salud puede ser dañina tanto para el individuo como para la comunidad, pues puede deteriorar su bienestar y calidad de vida, y puede afectar a su entorno con conductas desadaptativas. Por ejemplo: “comprar en exceso materiales de protección personal”, generando desabastecimiento, y “acudir frecuentemente a los centros de salud para descartar la enfermedad” (Huarcaya, 2020 p.329).

Otra manifestación ansiosa durante este periodo es la ansiedad generalizada, teniendo como co-morbilidad de pensamientos distorsionados sobre esta crisis sanitaria. Según Moreno (2020), estos pensamientos

se centran en la interpretación de la situación como peligrosa, asociada a la pérdida, daño, enfermedad o muerte, insuficiente control interno y externo de las circunstancias distribuidas en el miedo al daño físico y

mental, a la frustración, a la incapacidad para afrontar las dificultades y a la preocupación excesiva por todo (p.2).

Los tipos de pensamiento, según Moreno (2020), que contribuyen a mantener el cuadro son del tipo catastrófico (pensamiento negativo que percibe una situación como exageradamente peligrosa o grave, en donde no hay salvación ni sensación de seguridad: “es el fin del mundo”), filtraje (el individuo se fija solo en los aspectos negativos de un escenario, seleccionando elementos que tienden a aumentar el malestar, no considerar lo positivo y llegar a una conclusión en base a lo filtrado: “la cuarentena no se acabará nunca”), sobre-generalización (sobredimensión de las partes de un evento, analizándolas como una situación general en donde no hay excepciones: “todos vamos a morir”) e interpretación del pensamiento (falla de la mentalización, en donde una persona cree saber los pensamientos, sentimientos, creencias o motivaciones de las personas sin ninguna prueba, cuando en realidad está proyectando lo que ella misma piensa, siente o cree en los demás: “pienso que extienden las restricciones porque creen que no nos cuidamos”).

Adicionalmente, Jerves (2020) grafica la íntima relación entre angustia y depresión, las cuales pueden ser co-mórbidas en este periodo de pandemia y aislamiento:

Hemos iniciado un duelo sin darnos cuenta del todo, no visualizamos el abismo que se nos presentifica ante una nueva representación del mundo, que en ocasiones parece que corre el riesgo de disolverse y ante lo cual nos negamos a cumplir con las normas exigentes establecidas por este nuevo orden o ley determinada por este virus, creando la angustia frente al encierro, frente al extravío de un estilo de vida, ante los nuevos esquemas de sobrevivencia y especial ante la pérdida inminente de seres amados y de nuestra propia existencia (p.15).

Respecto a lo anterior, Tomás-Sábado (2020) agrega que esta relación entre ambos estados anímicos guardarían relación con el miedo y la ansiedad ante la muerte, propia o de un ser querido. En efecto, la pandemia constituye una amenaza real de muerte, y el hablar o pensar sobre este tópico es fuente de emociones difíciles, tales como la tristeza y el dolor. En palabras de Tomás-Sábado (2020), “todo aquello que nos recuerde a la enfermedad y a la muerte despierta nuestros temores reprimidos más íntimos, y provoca reacciones de desesperación y temor, constituyendo la causa primaria y fundamental de la ansiedad experimentada por las personas” (p.27). Esto limita las herramientas de afrontamiento de las personas debido a que afecta el procesamiento de dichas emociones, y puede impedir conectarse con otros en base a temores compartidos. Puede representar otro factor de riesgo, disminuyendo el apoyo para enfrentar algunas consecuencias de salud mental de esta crisis sanitaria.

En relación a la *depresión*, esta se define como un estado de ánimo donde pueden predominar la tristeza, desesperanza y sentimientos de vacío, y que puede incluir los siguientes síntomas: poco apetito o sobrealimentación, insomnio o hipersomnia, poca energía o fatiga, baja autoestima, falta de concentración o dificultad para tomar decisiones, anhedonia, cambios importantes en el peso, agitación o retraso psicomotor casi todos los días, sentimiento de inutilidad o culpabilidad excesiva o inapropiada casi todos los días, pensamientos de muerte recurrentes (American Psychiatric Association, 2013). Este cuadro provoca malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes de un individuo, y existe un cambio importante del funcionamiento previo (American Psychiatric Association, 2013). Durante el periodo inicial de la crisis sanitaria, en China, Wang et al. (2020) descubrieron que el 13,8% de la muestra de su estudio presentó síntomas depresivos leves, el 12,2% síntomas moderados, y el 4,3% síntomas graves. Si sumamos estos datos, constatamos que al menos el 30% de los participantes posee algún grado de depresión. Este resultado parece alarmante, y resalta la importancia de realizar intervenciones en salud mental.

Por otro lado, considerando el gran número de fallecidos a nivel mundial, es posible deducir que muchas familias deben atravesar o estar atravesando un proceso de duelo. El duelo es “esa experiencia de dolor, lástima, aflicción o

resentimiento que se manifiesta de diferentes maneras, con ocasión de la pérdida de algo o de alguien con valor significativo” (Cabodevilla, 2007, p.164). Es una experiencia normativa que atraviesa cada ser humano en algún momento de su vida, cuya intensidad depende de: los recursos y mecanismos de afrontamiento del individuo; el tipo y calidad de vínculo con la persona fallecida; las circunstancias de la muerte; el tiempo de preparación que se tuvo (o careció) previo a la pérdida y “las reacciones de respuesta en situaciones emocionales intensas previas en la experiencia del doliente” (Díaz, 2015, p.3). Las normativas sanitarias de los rituales de entierro y velorio en Chile fueron modificadas, lo que puede haber afectado el proceso de duelo de los deudos. El protocolo de funerales, que dictaminó el Ministerio de Salud, en Chile durante el año 2020 fue el siguiente:

- El proceso del funeral (velorio, ceremonia y entierro), debe tener una duración máxima de 90 minutos.
- Máximo 20 personas, quienes no deben ser contactos estrechos para Covid-19, o estar cursando la enfermedad.
- Se prohíbe velar al fallecido en domicilios.
- Se recomienda no usar decoración, como velas, fotos o flores, para evitar cadenas de contagio.
- Los asistentes deben cumplir con las medidas de distanciamiento físico vigentes (al menos un metro entre personas).
- Posterior a la ceremonia se debe efectuar una desinfección del lugar.

Estas limitaciones, necesarias para evitar contagios, pueden provocar un duelo no normativo, es decir complicado o patológico. Larrotta et al. (2020) lo definen como un proceso

caracterizado por la prolongación del proceso de duelo normal sobre la base de verse estancado en alguna de las etapas que le son propias en el abordaje del duelo y el dolor; así mismo, la falta de regulación emocional puede derivar en conductas desadaptativas como la

prolongación del dolor/malestar, presencia de cuadros clínicos como la depresión, trastorno de pánico e incluso brotes psicóticos (p.179).

Otro elemento que puede ser factor de riesgo para el duelo patológico, es el carácter de muerte repentina de un familiar (Huarcaya, 2020). Este evento puede ser inesperado y potencialmente traumático debido a la etapa del ciclo vital en el que se encuentra una persona (jóvenes), o por el estado físico y de salud que la persona tenía al momento de enfermar, lo cual constituye una crisis no normativa (Díaz, 2020). Debido a que el coronavirus tiene un potencial riesgo de muerte, y que el contagiarse no es un acto voluntario, podría ser considerada una muerte repentina, temprana o inesperada.

En respuesta a esta necesidad de duelo de la población es que en Chile surgen protocolos y guías de acompañamiento, donde se proponen más facilidades de contacto para las personas con un familiar con Covid (Mesa social: salud mental y bienestar psicosocial, 2020). En ella, juega un rol importante los tratantes del paciente, y los medios de comunicación virtuales. Asimismo, también se recomienda promover acompañamiento espiritual virtual o presencial, respetando la voluntad tanto de la familia como de la persona agonizante (Mesa social: salud mental y bienestar psicosocial, 2020).

Concerniente al *estrés*, la característica principal de este es que una persona sea expuesta a un suceso potencialmente traumático (o que este suceso le haya ocurrido a un tercero, con quien tiene una vinculación directa), pudiendo ser real o una amenaza del mismo, y luego experimenta sensaciones angustiosas e intrusivas relacionadas con dicho evento, desarrolla mecanismos de evitación para estímulos asociados al suceso, aparecen alteraciones negativas cognitivas y del estado de ánimo que comienzan o empeoran después del evento, y existe una alteración importante de la alerta y reactividad asociada al mismo (American Psychiatric Association, 2013). Esto “causa malestar clínicamente significativo, o un deterioro en lo laboral, social u otras áreas importantes del funcionamiento” (American Psychiatric Association, 2013, p.164). Palomino y Huarcaya (2020), en un estudio de revisión de artículos, determinaron que la pandemia por Covid-19 tiene elementos que pueden provocar mayores niveles de estrés que pandemias anteriores. Estos son: “es

un virus nuevo, lo que genera cierta incertidumbre sobre su manejo y lleva a un futuro impredecible” (p. 4), sumado al creciente número de fallecidos y al rol de la información poco fidedigna en redes sociales (Huarcaya, 2020). Por otro lado, Wang et al. (2020) reportaron que en la fase inicial de la pandemia, en China, un 24,5% de la muestra estudiada presentaron estrés psicológico mínimo, 21,7% moderado y 53,8% moderado-severo.

Una manifestación más grave del estrés es el Trastorno por estrés postraumático (TEPT). Referente a esa condición de salud mental, Hossain et al. (2020) evaluaron que de una muestra de 398 padres, quienes estuvieron en cuarentena junto a sus hijos, 25% de los padres y 30% de los niños y niñas reúnen los criterios suficientes para ser diagnosticados con TEPT. Dutheil et al. (2021) consideran que el TEPT es la segunda ola provocada por el virus, debido a sus devastadores efectos en la población, y porque es un evento potencialmente traumático que puede causar terror en la población. En esto, identifican cinco factores que pueden causar un miedo intenso en las personas:

- el tipo de información divulgada en medios oficiales y redes sociales,
- el contexto histórico de cada país (por ejemplo, en Europa, la última vez que hubo que confinar a la población en sus hogares fue en los momentos más oscuros de la segunda guerra mundial, y en Chile el toque de queda puede evocar recuerdos de la dictadura militar de 1973),
- el miedo a la muerte,
- la muerte repentina de seres queridos producto del contagio del virus,
- y los actos de desobediencia civil o hechos ilícitos de ciertos individuos, lo cual agrava la sensación de seguridad de la población (Dutheil et al., 2021).

Más aún, según estos autores, lo que agrava la condición de TEPT es la falta de búsqueda de apoyo de las personas que lo sufren, y sus síntomas: ansiedad severa crónica, volver a experimentar el evento traumático, flashbacks, pesadillas, hipervigilancia, vida social disminuida e ideación o intento suicida (una persona con TEPT tiene de 2 a 5 veces más de probabilidad de quitarse la vida). Liu et al. (2020), en un estudio dirigido a jóvenes adultos en Estados Unidos (18-30 años de edad) descubrieron que 31.8% de la muestra puntuaba altos niveles de TEPT.

Sobre algunas conductas de autocuidado para enfrentar las consecuencias en salud mental de la población, Galindo et al. (2020) destacan una adecuada adhesión a las recomendaciones de cuidado personal y social para prevenir el contagio (no asistir a reuniones o sitios conglomerados, lavarse las manos de forma frecuente, mantener la distancia física recomendada y quedarse en casa). Sobre las estrategias de afrontamiento, estos autores identifican: los niveles de preocupación por enfermarse (mientras mayor preocupación, mayor tendencia a desarrollar dificultades de salud mental), usar estrategias de experiencias estresantes de su historia personal para reducir el miedo, mantener una lista de actividades y realizarlas, mantener una actitud optimista y objetiva ante la situación y contar con redes de apoyo. Por otro lado, Galindo et al. (2020) comentan que en cuanto a “las necesidades específicas para enfrentar la problemática de salud actual, 68% respondió que tener información sobre la enfermedad era indispensable, conocer las instituciones de salud a las que puede acudir y cubrir las necesidades económicas de subsistencia” (p.301) eran fundamentales. De este grupo, un 34% “consideró necesario atender el aspecto psicológico”. (Galindo et al., 2020, p.301). Ribot et al. (2020) añaden que “la realización de ejercicios físicos, la organización de rutinas familiares, una periodicidad vigilia-sueño estable, participación en actividades comunitarias [...], reciclar actividades, aficiones dejadas por falta de tiempo [...], mantener comunicación telefónica con amistades y aprender técnicas de relajación” (p.8) serían elementos que apoyen el bienestar de la comunidad y su salud mental. Finalmente, Ramírez et al. (2020), recomiendan la implementación de primeros auxilios psicológicos como medida de primera respuesta frente a la crisis, reconociendo que no es una medida a largo plazo. Paralelamente, sugieren “incentivar y apoyar el pensamiento positivo sobre el futuro, y educar en técnicas para disminuir los niveles de estrés y de hiperactivación, como la respiración profunda o diafragmática, relajación muscular progresiva e imágenes guiadas” (p.4). Si bien estos apoyos son importantes para la población general, es de vital importancia inquirir sobre el bienestar y los desafíos que enfrentan los trabajadores y trabajadoras en el área de la salud.

En cuanto a los niños, niñas y adolescentes (NNA) y sus familias, existe literatura científica que estudia el impacto de la pandemia y en ellos, y, asimismo, la repercusión en sus terapias psicológicas. Por ejemplo, Remmerswaal y Muris (2011), en el contexto de la gripe porcina, estudiaron las reacciones de miedo de los niños en relación a la transmisión de información de sus padres. Es decir, que intentaron medir los niveles de temor a la enfermedad de niños y padres, y de la cantidad y tipo de información sobre este tema que daban los padres a sus hijos. Se concluyó que el temor de niños y niñas frente a la gripe porcina estaba directamente relacionado con el temor de sus padres de contraerla. Además, se descubrió que la transmisión de información realizada de forma amenazante de parte de los padres tiene una correlación positiva con el temor de los y las escolares, especialmente cuando no se tenía el control de la información (ver noticias constantemente, medios de comunicación, amigos) o cuando se tenía una experiencia directa con la enfermedad. Considerando que los terapeutas estamos formados para psicoeducar la población, y que posiblemente nosotros también nos veamos expuestos a noticias, familiares contagiados con coronavirus, muerte de familiares, vale la pena preguntarse sobre la sensación de autoeficacia y la percepción de temor frente a la enfermedad, y si eso afecta nuestro trabajo terapéutico.

Por otro lado, Sprang y Silman (2013) realizaron una investigación sobre el trastorno de estrés post-traumático en padres y sus hijos en un contexto de crisis sanitaria. Se encontró que las medidas de contención frente a enfermedades, como cuarentena y aislamiento, pueden ser traumáticas para una porción significativa de niños, niñas y sus padres. Los criterios para el TEPT se cumplieron para el 30% de niños y niñas aislados o en cuarentena, basados en reportes parentales, y para el 25% de los padres (auto-reporte). Estos hallazgos indican que los desastres pandémicos y las posteriores respuestas de contención pueden crear una condición con carga traumática para las familias. Debido a que los desastres pandémicos son situaciones únicas, que no involucran centros para un apoyo y recuperación a largo plazo, se requieren estrategias de respuesta específicas para proveer las necesidades de salud mental para los niños, niñas y sus familias. Es decir, que

como las pandemias mundiales son eventos ocasionales, no hay suficiente preparación y formación de profesionales de la salud mental sobre este tema en específico. Por ello, es importante conocer las limitaciones y herramientas percibidas por terapeutas que están viviendo esta crisis, pues puede servir de insumo para futuras crisis y futuros terapeutas que vivencien situaciones similares.

El rol de los padres en este contexto también se ha puesto de manifiesto, dado que son quienes están por más tiempo con ellos. Frente a esto, la OMS sugiere (2020):

Durante las épocas de crisis y estrés, es común que los niños muestren más necesidad de estar cerca de sus padres y de recibir más atención. Hable sobre COVID-19 con los niños y apóyese en información franca y adecuada para la edad. Si sus hijos tienen preocupaciones, abordarlas juntos podría disminuir la ansiedad. Los niños observarán los comportamientos y las emociones de los adultos para buscar señales que les indiquen cómo manejar sus propias emociones en los momentos difíciles.” (p.5).

Además, es interesante explorar el rol de los padres en una terapia virtual, y cómo influye en la confidencialidad de las sesiones psicológicas.

El motivo para realizar esta investigación con terapeutas infanto-juveniles, es porque los niños, niñas y adolescentes son considerados como población de riesgo de tener efectos negativos en su salud mental. En efecto, según la AMUCH (2020),

En consideración de la extraordinaria situación de cuarentena que vive el país y las consecuencias negativas derivadas de la crisis sanitaria,

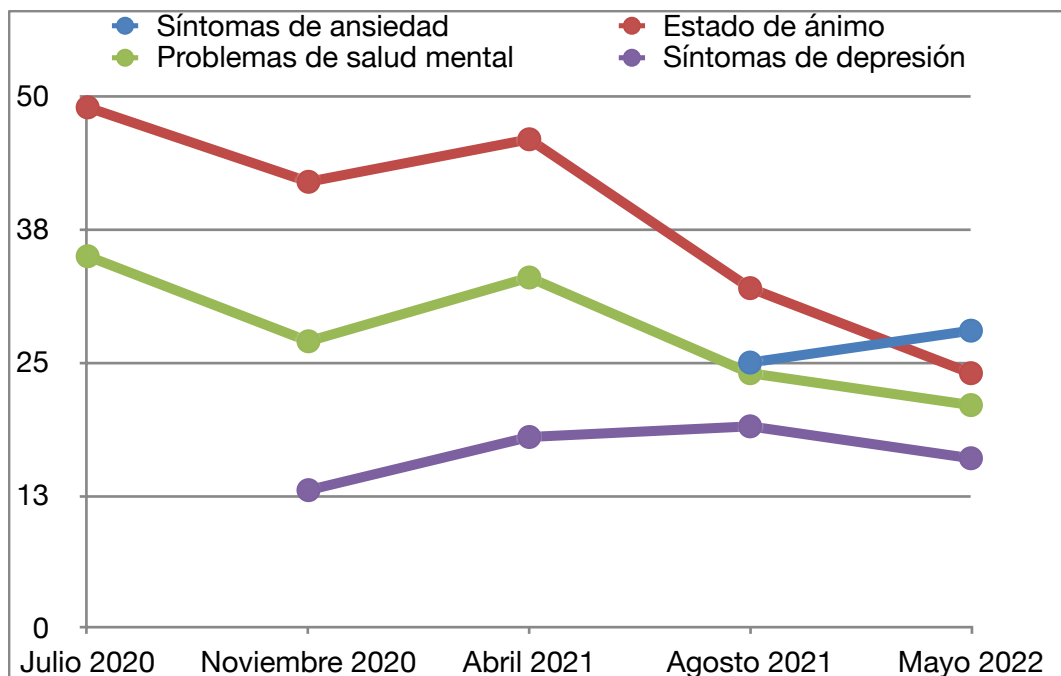
instituciones como la Organización Mundial de la Salud (OMS) han declarado que el riesgo de la pandemia también repercute en la salud mental de las personas en general, teniendo sus particularidades respecto a niños, niñas y adolescentes, puesto que en consideración de la edad y la vulnerabilidad, los problemas de salud mental se acrecientan, puesto que conforme el nivel de vulnerabilidad el impacto de la crisis sanitaria también se puede transformar en un impacto en su calidad de vida, siendo de suma importancia las distintas medidas dirigidas a salvaguardar la integridad emocional y física de niños, niñas y adolescentes, considerando un enfoque de derechos humanos y de género (p.3).

Según la encuesta AMUCH (2020), los padres consideraron que sus hijos experimentaron sentimientos de aburrimiento (88%), ansiedad (82,2%), dificultades para dormir (60,8%), dificultades para realizar sus tareas cotidianas (58,8%), tristeza (43,5%), temor (43,4%) y agresividad (18,5%).

Finalmente, en una encuesta sobre salud mental de adultos en tiempos de pandemia por Covid-19, la AMUCH (2020) plantea que “Los datos entregados a través de la presente encuesta, así como datos previos al confinamiento y estallido social indican que la salud mental de los chilenos está lejos de mejorar, por el contrario, se augura un aumento en esta materia.” (p.4). Por lo tanto, la necesidad de apoyo psicológico de la población es particularmente relevante en estos tiempos. Pero, al momento de indagar acerca de cuál medida recomendada para mejorar el bienestar emocional ha sido aplicada en la cotidianeidad de las personas desde la declaración de la crisis sanitaria, sólo un 7,4% se ha comunicado con líneas de apoyo y contención emocional de instituciones públicas o privadas (p.11).

Una iniciativa realizada entre la Asociación Chilena de Seguridad (ACHS) y la Pontificia Universidad Católica (UC) para medir la evolución de la salud mental en el tiempo, reportar de manera periódica la situación de salud mental y profundizar en los factores asociados a la salud mental, es el termómetro de la salud mental (Bravo et al., 2022). Esta encuesta recaba información de personas mayores de 18 años, quienes fueron contactadas de manera

telefónica. Respecto a su salud mental, se puede apreciar que “a lo largo de 5 rondas ha disminuido la percepción de empeoramiento del estado de ánimo y reportes de problemas de salud mental (vs julio 2020)” (Bravo et al., 2022). Por el contrario, los niveles de síntomas depresivos y de ansiedad se han mantenido, e incluso aumentado entre 2021 y 2022. Esto se condice parcialmente con las proyecciones que realizaba la AMUCH el año 2020.



Adaptado de Medidas de Salud Mental (pp.33) por Bravo, D., Errázuriz, A. & Campos, D. (2022, 28 de junio). Termómetro de la salud mental en Chile ACHS-UC: quinta ronda. Asociación Chilena de Seguridad. (<https://www.achs.cl/docs/librariesprovider2/noticias-2022/achs-127833/tms-ronda-5-conferencia.pdf>).

Una de las medidas sanitarias que se han implementado para aplanar la curva de contagios, es la llamada “distanciamiento social”, la cuarentena voluntaria y obligatoria. Esto implica permanecer dentro de las viviendas la mayor cantidad de tiempo posible, limitando el número de salidas, y mantener 1 a 2 metros de distancia entre personas, evitando estar en espacios cerrados (MINSAL, 2020). Esto afecta la labor terapéutica, pues se suele realizar psicoterapia dentro de un box de atención. Esto ha provocado que aumente el uso de los medios de comunicación tecnológicos, y a realizar nuevas medidas de encuadre para efectuar terapia a distancia, de tal forma de promover la

seguridad sanitaria tanto del terapeuta como del paciente. Pero, como señala Martínez (2020):

La realidad nacional nos indica que no todas las personas tienen una conexión a internet estable, y menos aún en momentos de una alta saturación de líneas y dispositivos conectados. Por otro lado, no todas las personas tienen las posibilidades de estar en un lugar tranquilo, bien iluminado, sin bulla e interrupciones a la hora de ser atendido por su terapeuta (p.7).

Más aún, no toda la población sabe manejar las plataformas virtuales existentes, o tiene condiciones de recursos para contar con conectividad, y podrían depender de otra persona para hacer uso de ellas, como por ejemplo en adultos mayores, o en la población infantil. Conocer la experiencia de terapeutas infanto-juveniles con el uso de videoconferencia en terapia sería de gran relevancia, pues muchas veces los niños y niñas pequeños no tienen un aparato tecnológico propio, dependen de un adulto que los supervise, y no siempre podrían darse las condiciones de confidencialidad óptimas. También sería relevante conocer las medidas implementadas en el manejo con adolescentes, quienes sí tendrían un celular o computador propio.

En relación a la transición de una terapia presencial, a una virtual, recientes estudios de Fisher, Guralnik, Fonagy y Silcha-Mano (2020) muestran que si bien existe incertidumbre de parte de terapeutas experimentados acerca de la eficiencia de la telepsicología, hay evidencia que ambos tipos de terapia tienen eficacia similar. Los ítems que se usaron para medir este resultado fueron el nivel de satisfacción del paciente, alianza terapéutica, resultado general del tratamiento y mejoría del paciente en base a los síntomas tratados.

Fisher, Fonagy y Silcha-Mano (2020) sugieren tres elementos para realizar una intervención efectiva por tele-psicología: la primera de ellas es con el lenguaje corporal. Es decir, realizar de manera pronunciada gestos faciales y manuales, al igual que en la entonación del terapeuta. El segundo de ellos es realizar vínculos con las narrativas del paciente, previas a la transición. Esto significa hacer referencias a contenidos expresados o vistos antes de entrar a

la modalidad online (Fonagy y Silcha-Mano, 2020). Esto se hace sólo con pacientes que fueron atendidos antes de este cambio, pues no es posible realizar esto con pacientes nuevos. Finalmente, recomiendan hacer referencias directas al cambio de setting, pero de manera sensible. Por ejemplo, invitar al paciente a explorar sus emociones en relación al cambio de terapia presencial a virtual, pero teniendo en cuenta las reacciones de este, y su voluntad a realizar el ejercicio (Fonagy y Silcha-Mano, 2020). Larroy et al. (2020) concuerda con las consideraciones generales de para el nuevo contexto de terapia en línea, recalcando que el clínico debe poner especial atención en elementos paraverbales, como lo son el tono de voz, el tener un lenguaje claro y apropiado, sonreír tanto en terapia por video/llamada como en llamadas telefónicas, pues le da más calidez a la entrevista y hacer uso de los silencios. Además, plantea elementos éticos, en específico considerar elementos mínimos de seguridad, como lo son plataformas virtuales confiables, contar con consentimiento informado en caso de adultos, y de asentimiento con la población infanto-juvenil, y no grabar las sesiones a menos que se cuente con la autorización expresa del participante. El punto de la confidencialidad es importante, por lo que se recomienda que los adultos se encuentren en un espacio cerrado y a solas. Además, plantean que es necesario tener criterio clínico para aconsejar y desaconsejar terapia virtual, especialmente si se corre el peligro que ocurran accidentes o situaciones riesgosas durante la sesión (Larroy et al., 2020). Por último, este autor plantea la importancia de tener un plan B en caso que se corte la transmisión, como por ejemplo: en caso de tener fallas de internet, acceder a una llamada telefónica. Considerando que estas son sugerencias recientes, sería interesante explorar si es que los terapeutas infanto/juveniles ya están aplicando estas medidas, o si han desarrollado otras.

En Chile, el centro Metáfora (2020) realizó una guía para realizar terapia de juego en línea con la población infanto-juvenil, donde se recomienda transparencia de parte del terapeuta en el encuadre, considerando el “reto de buscar la forma de seguir acompañando los procesos psicoterapéuticos que nos habían sido confiados” (p.2). Antes de comenzar a realizar terapia de juego en línea, las autoras de esta guía del centro Metáfora recomiendan asegurar buena conexión a internet, familiarizarse con una plataforma virtual segura y

reflexionar acerca de lo que queremos mostrar, pues los pacientes sólo podrán ver lo que nuestra cámara proyecta (2020). Por lo mismo, sería interesante explorar acerca del setting realizado por terapeutas infanto-juveniles hacia sus pacientes. Finalmente, el centro Metáfora (2020) también rescata recursos de la población infanto-juvenil, y de los beneficios del juego: “El juego tiene un gran poder sanador, especialmente en momentos de crisis. Frente a la adversidad el juego permite ordenar el caos, recobrar el control sobre las propias vivencias y tener un sentido de agencia y maestría.” (p.21). La Organización Mundial de la Salud, a propósito de las consideraciones psicosociales y de salud mental durante la pandemia, realizó sugerencias para apoyar el bienestar de la población general y de grupos específicos (2020). Uno de sus apartados concierne a la población infanto/juvenil, sobre lo cual recomiendan a las personas que tengan niños y niñas bajo su cuidado:

Ayude a los niños a encontrar maneras positivas de expresar sus sentimientos, como el temor y la tristeza. Cada niño tiene su propia manera de expresar sus emociones. Algunas veces, la participación en una actividad creativa, como jugar y dibujar, puede facilitar este proceso. Los niños se sienten aliviados si pueden expresar y comunicar sus sentimientos en un entorno seguro y de apoyo (p.5).

Este punto apoya el postulado del Centro Metáfora acerca del poder sanador del juego, pero también invita a explorar las formas particulares de cada paciente infanto juvenil. Por lo tanto, resulta relevante conocer el rol del juego experimentado por los terapeutas infanto-juveniles en las terapias con niños, niñas y adolescentes, y las adaptaciones que han realizado a este.

Si bien ya se han expuesto los riesgos que conlleva una crisis en la salud mental general, es importante conocer el potencial desgaste de los trabajadores de la salud mental. En un estudio realizado en el contexto de otra crisis sanitaria, Urzúa, Vera-Villarroel, Caqueo-Úrizar y Polanco-Carrasco (2020) exponen que:

Dadas las exigencias y demandas de esta enfermedad tanto para la comunidad como para el personal de la salud se analizaron las posibles consecuencias tiempo después. Lee et al., (2007) analizaron las consecuencias psicológicas en sobrevivientes trabajadores sanitarios y no sanitarios un año después del brote de la enfermedad. Los resultados un año después del brote mostraron que los sobrevivientes de SARS todavía tenían niveles elevados de estrés y niveles preocupantes de angustia psicológica y específicamente del SARS del trabajador de la salud fue significativamente mayor, lo que sugiere en la necesidad de establecer programas de apoyo e intervención posterior y específicos para los profesionales de la Salud. (p.105)

Considerando este estudio, es importante conocer que es una posibilidad que los terapeutas que trabajan con una población vulnerable a sufrir problemas de salud mental, o eventos de alto estrés debido al contexto, pueden desarrollar un desgaste significativo y con efectos a largo plazo. Es más, la OMS ya considera el síndrome de burnout como un diagnóstico, y está catalogado en el CIE-11 como tal (<https://www.who.int/news/item/28-05-2019-burn-out-an-occupational-phenomenon-international-classification-of-diseases>). Sobre este mismo punto, la organización Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMHSA) advierte de la Fatiga por Compasión (FC) que pudiesen sentir los socorristas de salud conductuales ante desastres (2014). Esta se compone por agotamiento y estrés traumático secundario, es decir que es como si el trauma de las personas que están ayudando le sucediera a ellos o a sus seres queridos, y como si nada de lo que hacen ayudara al trauma en sí. Un elemento relevante para los socorristas es, entonces, reconocer las limitaciones propias y de los riesgos personales, pues de lo contrario es posible que el trabajador de la salud mental tenga dificultades para entender los riesgos de su propia salud y seguridad (SAMHSA, 2014).

Si bien existe la posibilidad de padecer desgaste personal y profesional, es importante considerar que los y las terapeutas cuentan con recursos que los

ayuden a sobrellevar la crisis. En efecto, en contraposición al concepto de FC, la SAMHSA (2014) plantea la idea de Satisfacción por Compasión (SC), la que se define como la sensación de plenitud por la labor realizada, que puede manifestarse como esperanza, fuerza y resiliencia. Asimismo, Main, Zhou, Ma et al. (2011) en Urzúa, Vera-Villarroel, Caqueo-Úrizar y Polanco-Carrasco (2020), proponen que habría características internas de las personas que los ayuden a sobrellevar la crisis, y que se refleja como un estilo de afrontamiento. En efecto:

En China, se estudiaron las relaciones entre los estresores y el estilo de afrontamiento utilizado frente al SARS con el ajuste psicológico, en estudiantes universitarios, encontrando que la presencia de estresantes y un estilo de afrontamiento evitativo predijeron la presencia de sintomatología, en tanto un afrontamiento de tipo activo predijo una mayor satisfacción con la vida al controlar los estresores (p.105).

Por lo tanto, a pesar de no estar preparados por una crisis de golpe inesperado (Pittman, 1990) sí habrían elementos que serían intrínsecos a ciertas personas de la población general que pueden apoyar a la salud mental, y evitar el deterioro de esta. Por otro lado, Urzúa, Vera-Villarroel, Caqueo-Úrizar y Polanco-Carrasco (2020) también destacan que una actitud proactiva de las personas a conocer más sobre la enfermedad al igual que el tener información adecuada sobre esta son importantes para mejorar el bienestar de la población durante la pandemia. Como lo plantean los autores:

Yang & Cho (2017) analizaron las posibles fuentes de confusión durante el brote de MERS y los factores que podían afectar el comportamiento de las personas, reportando que la percepción del riesgo fue clave en las reacciones de las personas y se relacionó con la mayoría de los factores estudiados y principalmente con la reacción exagerada del

público. Sin embargo, el conocimiento sobre la naturaleza de la enfermedad disminuyó la reacción exagerada y mejoró el cumplimiento de las instrucciones de la cuarentena. De esta forma, los autores concluyen la importancia de proporcionar adecuadamente información sobre la enfermedad y de entregar datos precisos al público y establecer confianza y facilitar el desarrollo de una actitud será importante en futuras crisis similares de forma de garantizar una respuesta rápida a los brotes de enfermedades y para prevenir comportamientos inadecuados (p.105).

Entonces, en este punto es de gran importancia el trabajo con la autoridad sanitaria, y el conocer y poder explicar qué es esta enfermedad. Este conocimiento no sólo puede aportar al bienestar de los trabajadores de la salud mental, pero también, al ser una fuente de transmisión de información a sus pacientes, puede aliviar el malestar de la población infanto-juvenil y de sus familias. Por lo tanto, resulta relevante conocer cómo ha sido el manejo de la información sobre esta pandemia para el clínico, la relevancia para su bienestar, y cómo ha introducido o explicado dicha información a sus pacientes.

En relación al personal de salud, este corresponde a aquellos y aquellas profesionales que están en la primera línea de apoyo contra los efectos del coronavirus en la salud de las personas. Al igual que la población general, este grupo también se ha visto afectado desde el punto de vista de la salud mental. Como asevera Huarcaya (2020), “el personal de salud puede presentar síntomas depresivos, ansiosos y similares al TEPT, los cuales no solo repercuten en la atención y toma de decisiones (las principales herramientas de lucha contra la COVID-19), sino también en su bienestar” (p.330). Por tanto, urge apoyarlas y apoyarlos en su quehacer diario. Algunas sugerencias de Huarcaya (2020) para fomentar una sana salud mental en el profesional de la salud “pueden ser horarios de trabajo más cortos, periodos de descanso regulares y turnos rotativos para aquellos que trabajan en áreas de alto riesgo” (p.332).

Otro de los factores que pueden influir negativamente en el bienestar de las personas que se desempeñan en el área de salud es estar expuestos al fallecimiento de sus pacientes de manera frecuente (considerando la alta mortalidad del virus), o incluso a la muerte de compañeros y compañeras de equipo. Esto puede provocar procesos de depresión y duelo importantes debido al impacto de estos eventos (Mesa técnica salud mental en la gestión del riesgo de desastres del Ministerio de Salud, 2020). Asimismo, también puede generar TEPT, especialmente si no se ha tenido el espacio para procesar el duelo. Para prevenir los efectos difíciles, se recomienda que las instituciones puedan crear protocolos de apoyo a sus profesionales y reconocer el vínculo especial que puede forjarse entre médico y paciente (Mesa social: salud mental y bienestar psicosocial, 2020). Para el profesional, se recomienda activar los recursos personales de los que dispone al momento de la pérdida, realizar actividades de autocuidado, realizar despedidas de manera simbólica, evitar juzgarse o culparse y reconocer sus propios límites (Mesa social: salud mental y bienestar psicosocial, 2020).

Según Muñoz et al., (2020), el temor y la exposición a la muerte (ambos reales) hacen mella en la salud mental de los profesionales, predisponiéndolos a un mayor monto de estrés que la población general, al igual que la estigmatización social de la población, los estrictos requerimientos de bioseguridad, la incomodidad del equipo protector, la carencia de equipos suficientes, el aislamiento en áreas específicas para la atención de pacientes COVID-19, la necesidad de mantenerse en hipervigilancia constante para no contaminarse, la falta de espontaneidad en la convivencia con el resto de compañeros, la sensación de tener huecos de información con procedimientos en pacientes infectados, la sensación de injusticia en torno a la repartición de trabajo por servicios o niveles de puesto; el temor de contagiar a familia, pareja y amigos, que lleva a algunos médicos o enfermeras a estrategias de aislamiento y el cansancio físico (p.128).

Considerando lo anterior, este autor propone realizar intervenciones a esta población, que cuente con cinco componentes básicos: “el contacto emocional, la focalización del problema, la evaluación de las soluciones

posibles, el análisis de la toma de decisiones y el seguimiento a corto plazo” (p.133).

Respecto a la ansiedad, Monterrosa et al. (2021), realizaron un estudio para evaluar síntomas de ansiedad generalizada (TAG) en médicos generales del Caribe colombiano, y descubrieron que “cuatro de cada diez creyeron tener síntomas del Covid-19. Más del 68% temían ser portadores asintomáticos o perder la vida, mientras que más del 80% temían acudir como pacientes a un centro sanitario o llevar el virus a la casa” (p.10). En este estudio, los factores de riesgo para TAG es: ser mujer (quienes tenían una probabilidad tres veces más grande para desarrollar esta condición), percepción de discriminación, sensación de angustia del trabajo diario, noticias y temor de enfermarse o enfermarse a otros. En cambio, los factores protectores son “sentirse protegido por los empleadores, considerar suficientes las medidas gubernamentales y confiar en las cifras oficiales” (Monterrosa et al., 2021, p.15).

Finalmente, el riesgo mayor de estos profesionales es el burnout, o el desgaste profesional. En mayo del 2019, la Organización Mundial de la Salud declara el “burnout” como un fenómeno ocupacional o riesgo laboral, desclasificándolo de la sección de enfermedades médicas o trastornos mentales, si bien entra en la categoría de factores que influyen en el estado de salud o que necesitan atención de servicios médicos. Lo define como un síndrome provocado por el estrés crónico en el lugar de trabajo, y que no se ha manejado con éxito. Se caracteriza por tres dimensiones: sentimientos de agotamiento o de falta de energía; aumento de distanciamiento mental del propio trabajo, o sentimientos de negativismo o indiferencia relacionados con el trabajo, y eficacia profesional reducida. El burnout se refiere específicamente a fenómenos en el contexto ocupacional, y no debe aplicarse para describir experiencias en otras áreas de la vida (WHO, 2019). Juárez (2020) grafica el riesgo del burnout con la forma de un semáforo, donde verde indica adaptación saludable, amarillo representa estrés negativo, naranja significa burnout y rojo implica trastornos mentales o físicos. Por tanto, el identificar oportunamente cuando un profesional está en amarillo o naranja, e intervenir adecuadamente, puede ayudar a prevenir una condición mayor o más grave. En sus propias palabras, es importante señalar que no existe mejor inicio de intervención que

un buen diagnóstico, y en esta medida, el monitoreo y evaluación del síndrome del burnout en los profesionales de la salud, así como sus posibles factores asociados, son cruciales durante esta crisis de acuerdo con las lógicas de prevención (Juárez, 2020, p.5). Esto es de vital relevancia, considerando que las cifras de burnout en México son del orden del 47,6%, en Francia hay un aumento de las adicciones e intentos de suicidio, en Italia hay un 49,38% de síntomas de TEPT, entre otros países con cifras alarmantes de desgaste del personal médico (Juárez, 2020, p.3). Por tanto, explorar la salud mental, recursos y limitaciones de las personas que trabajan en salud mental cobra gran relevancia, de tal forma de poder apoyar a otros profesionales, o intervenir temprana y adecuadamente.

4. Objetivos generales y específicos

Objetivo general:

Describir los significados atribuidos a la práctica clínica de psicólogas y psicólogos infanto-juveniles en el contexto de la pandemia por Covid-19 en Chile.

Objetivos específicos:

- a. Explorar las percepciones de psicólogas y psicólogos infanto-juveniles sobre su autoeficacia durante el periodo de crisis por Covid-19 en Chile.
- b. Explorar los motivos de consulta infanto-juveniles más frecuentes.
- c. Identificar las limitaciones y dificultades experimentadas por terapeutas infanto-juveniles en su práctica clínica durante la crisis sanitaria.
- d. Conocer elementos y recursos que han facilitado el trabajo clínico de psicólogas y psicólogos infanto-juveniles durante la pandemia.
- e. Explorar los recursos personales y profesionales percibidos durante la crisis de coronavirus por terapeutas infanto-juveniles.
- f. Describir la experiencia de terapeutas infanto-juveniles con el uso de herramientas tecnológicas durante el contexto de crisis sanitaria en Chile.
- g. Conocer los efectos personales y profesionales de psicólogos y psicólogas infanto-juveniles provocados por la pandemia.

5. Preguntas directrices

- a. ¿Cuáles son las percepciones de psicólogos y psicólogas infanto-juveniles respecto a su sensación de autoeficacia durante el periodo de crisis por Covid-19?
- b. ¿Cuáles son los motivos de consulta más comunes en este periodo de pandemia?
- c. ¿Qué limitaciones y dificultades han experimentado las y los terapeutas infanto-juveniles durante su práctica clínica en la crisis sanitaria?
- d. ¿Cuáles son las herramientas y elementos que han facilitado el trabajo clínico de psicólogos/as infanto-juveniles durante la pandemia?
- e. ¿Qué recursos personales, contextuales y profesionales han surgido a raíz de la crisis por coronavirus en la vida y trabajo de terapeutas infanto-juveniles en Chile?
- f. ¿Cuál ha sido la experiencia de terapeutas infanto-juveniles con el uso de herramientas tecnológicas durante el contexto de crisis sanitaria?
- g. ¿Cuáles han sido los efectos personales y profesionales de psicólogos y psicólogas infanto-juveniles provocados por la pandemia en Chile?

6. Metodología

Diseño

Se utilizó una metodología cualitativa con diseño exploratorio/descriptivo, pues esta “se centra en comprender y profundizar los fenómenos, analizándolos desde el punto de vista de los participantes en su ambiente y en relación con los aspectos que lo rodean” (Guerrero, 2016, p.3). Entonces, esta metodología se ajusta a los objetivos de explorar las percepciones de los individuos, permitiendo conocer su experiencia subjetiva. Por otro lado, el diseño exploratorio se caracteriza por investigar un tema poco conocido o poco estudiado (Morales, 2018). En este caso, se trata de un fenómeno en desarrollo, por lo que es una situación novedosa que amerita ser estudiada. Además, también se trata de un proyecto con diseño descriptivo, pues si bien este evento en particular es único, sí ha habido precedentes históricos de crisis sanitarias. Entonces, el carácter descriptivo de este trabajo radica en “caracterizar un fenómeno o situación concreta indicando sus rasgos más peculiares o diferenciadores” (Morales, 2018, párr. 6).

Unidad de análisis

Se contó con la participación de ocho psicólogas y psicólogos infanto-juveniles, siete mujeres y un hombre, de los cuales todos trabajan en el área privada, y dos de ellos en el área pública. Cinco de ellos son de enfoque sistémico, dos de enfoque psicoanalítico y uno de enfoque cognitivo-conductual. Todos son chilenas y chilenos, con excepción de una participante, quien es de origen Colombiano y tiene residencia en Chile, viviendo en el país hace 10 años. Tienen entre 4 a 24 años de experiencia, y ninguno ha sido diagnosticado con COVID-19 hasta el momento de la entrevista. La muestra fue de tipo intencionada con estrategia de variedad máxima (Glasser & Strauss, 1967).

Los criterios de inclusión de los participantes fueron los siguientes:

- 1) Terapeutas que presenten un mínimo de 3 años de experiencia clínica;
- 2) Hombres y mujeres;
- 3) Seleccionado/as independientemente del enfoque terapéutico.

4) Que se encuentre trabajando o haya trabajado, al momento de la crisis, en algún centro de atención público, y que tenga consulta privada.

Los criterios de exclusión que se consideraron al momento de buscar participantes fueron:

- 1) Que la persona se encuentre atravesando por una crisis personal;
- 2) Que la persona, al momento de realizar el estudio, esté padeciendo problemas emocionales o médicos;
- 3) Que la persona no tenga acceso a internet.

Estrategia de producción de datos

Se realizaron entrevistas en profundidad semi-estructuradas con guión temático, contemplando una duración de aproximadamente cuarenta y cinco minutos. Sobre el beneficio de las entrevistas semi-estructuradas, Guerrero (2016) plantea que la persona que entrevista “a pesar de tener un objetivo sobre la información que desea obtener, no se rige a una estructura formal, sino que puede sondear razones y motivos, desarrollando nuevas interrogantes en el transcurso de la entrevista de acuerdo a sus necesidades” (p.7). Por lo tanto, esta modalidad permite mayor flexibilidad al momento de interactuar con el o la participante, y permitiría explorar temáticas que no necesariamente se habían contemplado con anterioridad.

Se realizó un muestreo por conveniencia, donde se contactaron a terapeutas infanto-juveniles, quienes a su vez recomendaron participantes para el estudio. Se optó por esta técnica, pues según Otzen y Manterola (2017), “permite seleccionar aquellos casos accesibles que acepten ser incluidos. Esto, fundamentado en la conveniente accesibilidad y proximidad de los sujetos para el investigador” (p.230).

Para el contacto con los participantes, se divulgó de manera digital un anuncio que incluía los criterios de inclusión, y un medio de contacto con la investigadora. Si un o una psicoterapeuta se mostraba interesado/a, se le enviaba la carta de invitación. En ella estaban presentes los objetivos del estudio, los requisitos y el procedimiento de entrevista, y si accedía, se gestionaba la hora y la plataforma virtual que más acomodara al clínico. Previo a la realización de la entrevista, se le entregaba el consentimiento informado.

Las entrevistas fueron grabadas y transcritas con el consentimiento de las y el participante para su posterior análisis, y fueron realizadas de manera online. Esta medida se adoptó por la seguridad sanitaria tanto de los y las participantes, como de la entrevistadora, y para respetar las cuarentenas obligatorias que -hasta la fecha de realización de las entrevistas, año 2020- continuaban vigentes.

Es relevante destacar que durante la casi totalidad de las entrevistas hubo dificultades asociadas a la conexión a internet o al dispositivo tecnológico empleado. No obstante lo anterior, se lograron retomar y finalizar satisfactoriamente luego de una breve pausa.

Procedimiento de análisis de datos

El tipo de análisis corresponde a la Teoría Fundamentada (Glasser y Strauss, 1967). Según Monge (2015), el propósito del empleo de la metodología de Teoría Fundamentada es “generar una teoría que explique un cuestionamiento sobre un área sustantiva particular, y cómo los miembros de la población correspondiente resuelven o procesan ese cuestionamiento” (p.78).

La codificación que se empleará se denomina codificación axial, y corresponde a generar códigos y categorías a partir de los hallazgos de las entrevistas, para luego investigar posibles relaciones entre dichos conceptos, y así generar conocimiento científico (Bonilla-García y López-Suárez, 2016).

Consideraciones éticas

Los aspectos éticos a considerar fueron los siguientes:

1) Realizar y entregar un consentimiento informado a la o el participante. No se puede realizar una entrevista sin estar previamente firmado. Sobre este punto, algunos participantes no tenían acceso a impresora, por lo que se implementó realizar un asentimiento oral de las personas entrevistadas, quienes confirmaban haber leído y estar de acuerdo con el consentimiento informado, y en realizar la entrevista. Además, se les avisaba cuando se empezaba a grabar;

2) Las grabaciones de las entrevistas serán confidenciales, y luego de su transcripción y análisis serán eliminadas;

3) Ponerse de acuerdo en una plataforma virtual que acomode al participante, y que provea de elementos mínimos de seguridad y confidencialidad;

4) Transcripción de las entrevistas;

5) En caso de percibir malestar en el o la participante, detener la entrevista y ofrecer canales de ayuda psicológica.

6) Si una persona, posterior a la entrevista, percibiére malestar, también se le ofrecerá apoyo psicológico pertinente.

7. Resultados

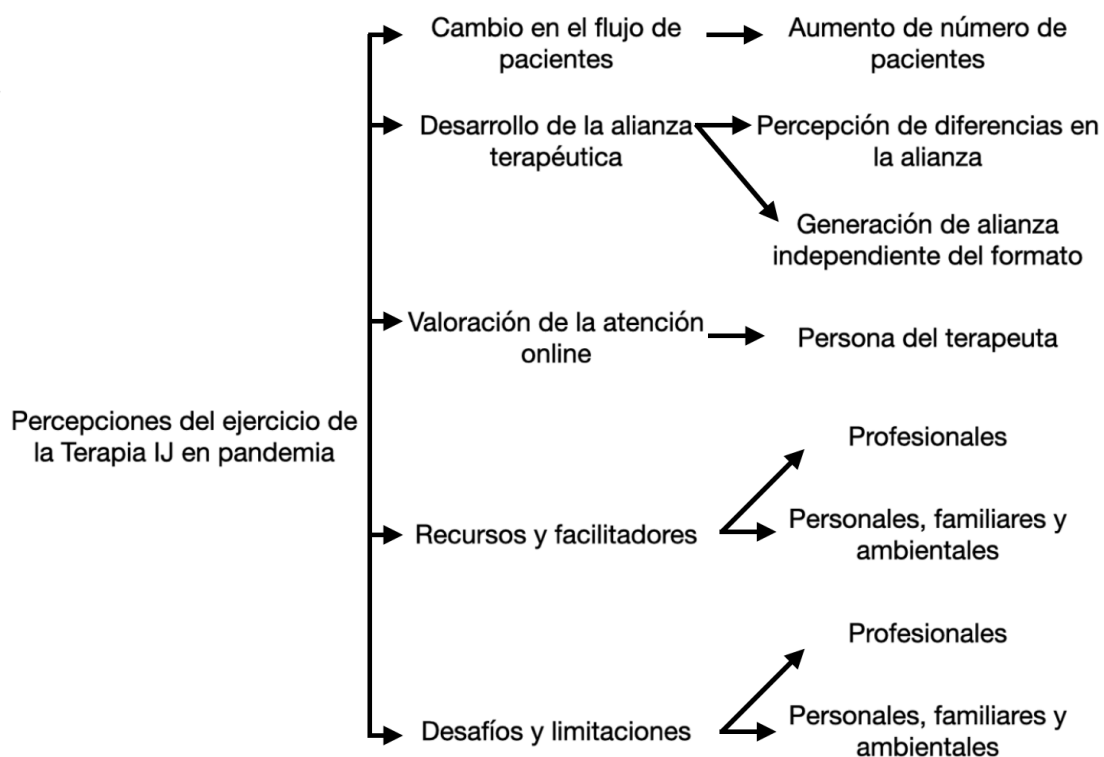
Resultados descriptivos

Por medio del análisis de las entrevistas realizadas a las y los terapeutas entrevistados, surgieron tres categorías centrales, las cuales son:

- Percepciones del ejercicio de la terapia infanto-juvenil en pandemia para los y las terapeutas.
- Implicancias en el proceso terapéutico para los pacientes y sus familias.
- Motivos de consulta durante la crisis por Covid-19.

a) Percepciones del ejercicio de la terapia infanto-juvenil en pandemia para los y las terapeutas.

Figura 1. Esquema de clasificación jerárquico de la categoría “Percepciones del ejercicio de la Terapia infanto-juvenil (TIJ) en pandemia para los y las terapeutas”.



Dentro de esta categoría, se encuentran cinco principales subcategorías: *cambio en el flujo de pacientes, desarrollo de la alianza terapéutica, valoración de la atención online, recursos y facilitadores de los terapeutas, y desafíos y limitaciones de los mismos (Ver figura 1).*

Dentro del **cambio del flujo de pacientes** durante el inicio y desarrollo de la pandemia, la casi totalidad de las y los terapeutas señalaron un aumento del número de pacientes a raíz de la crisis, tanto en el contexto público, de extensión a la comunidad, como privado. Por otro lado, también algunos pacientes han solicitado tener sesiones quincenales, al igual que solicitar mayor flexibilidad en el horario de las sesiones online. En la siguiente viñeta, una de las entrevistadas se refiere al flujo de sus pacientes:

“No, yo creo que comparativamente al año pasado, por ejemplo, en general yo siempre tengo muchos pacientes, pero ahora tengo muchos más. Y tiene que ver con la pandemia, evidentemente. Osea, en algún momento yo tuve la duda de si podían empezar a bajar las consultas producto del impacto económico que ha generado la misma pandemia. Pero ¿sabes qué? Lo que yo me he fijado es que tengo más pacientes a los que los papás me han pedido que vea cada 15 días.” (1A; 22).

En lo referente al **desarrollo de la alianza terapéutica**, dentro del contexto de la atención online con NNA, las y los terapeutas infanto-juveniles presentan dos principales formas de comprenderlo. Por un lado, existe una percepción de diferencias en la alianza, dependiendo de si se está trabajando con formato digital, o de manera presencial. Esta diferencia se compone de diversas perspectivas:

- a. Primero, se percibe un matiz más bien neutro, es decir notar un impacto en la alianza terapéutica, pero sin saber si es un efecto perjudicial o favorable.
- b. Segundo, hay una visión relativamente favorable, donde a pesar de sentir diferencias en la alianza en contraposición al formato online, se logra concretar una experiencia satisfactoria y/o trabajable.

- c. Tercero, se menciona que las señales no verbales, el juego, el movimiento y la gestualidad, al verse entorpecidos por las sesiones virtuales, dificultan el proceso de alianza con los pacientes.
- d. Finalmente, existe un punto de vista muy desfavorable al contexto online, donde hay percepciones de dificultades significativas en la concreción del vínculo terapéutico. Éstas se manifiestan en el temor de terapeutas en su último año de formación, en la sensación de pérdida de autoridad de una terapeuta, comparándose con el rol de profesora, y a la sensación de atentado contra el vínculo al tener que adoptar el rol de cuidadora ante la ausencia de padres en el hogar. Sobre las dificultades de la alianza en el contexto online, una de las entrevistadas comenta:

“Yo creo que se hace mucho más difícil el vínculo con el paciente, desde, como desde el cuidado, desde estar con él con el proceso, porque tu solamente estás mirando, le estás mirando la cara. Yo no tengo idea de lo que le está pasando en las manos, si es que está ansioso, eehh... entonces quizás es necesario en ese momento como cambiar la actividad, o conversar. Que cuanto cuidado necesita, porque aquí aparece como un alguien, como una profesora que le está dando una instrucción que él tiene que terminar. (...)Osea, le toca una cosa así como que los dejan y no, te puedo contar unas cosas pero así, que tu como... “¿Y estás con alguien al lado en la casa?” “No, todos se fueron”. Y como el niño como, como que tu estas haciendo un rol casi de cuidadora. No, no. Así se destruye como la esperanza en el ser humano que te vaya a ayudar. Atenta contra el vínculo.” (4G; 30).

La segunda forma de comprender el proceso de alianza, es considerar que la generación de alianza terapéutica es independiente del formato online:

- a. Por un lado, existe la sensación que el vínculo es independiente del formato, pues depende de la palabra, de la relación con el paciente y con la sintonía entre la persona con el terapeuta. Por lo tanto, como estas tres condiciones pueden ser replicadas por medio de un espacio digital, no habría que presumir un cambio significativo en la alianza. Es decir, que la alianza va más allá de la presencialidad. Además, existen

técnicas para poder generarla: espontaneidad, generar confianza, que a uno le guste hacer clínica, e incluso conocer los sitios web que visitan los niños, niñas y adolescentes.

- b. Por otro lado, debido que la cámara es el canal de comunicación, no sólo se ven a las personas, sino que también el lugar donde están (o al menos una parte de él). Esto implica que existe la posibilidad de conocer un espacio íntimo de los pacientes (su hogar), al igual que ellos conozcan un espacio íntimo de los terapeutas, incluyendo mascotas de ambas partes.
- c. Por último, no se notaron diferencias significativas en la alianza con pacientes que fueron atendidos presencialmente antes de la pandemia, y que mantuvieron su tratamiento de manera remota. Sobre la generación de la alianza terapéutica, una de las participantes asevera:

“(...) no le tengan miedo a trabajar. Yo creo que, me ha pasado, y ahora entramos con una camada nueva este semestre de terapeutas, y el temor de hacer esto, como que la cabeza todavía “tiene que ser presencial, la terapia, la atención, entonces no, que la alianza, no vamos a tener lo mismo, la alianza, porque hay colegas que dicen que no, ¡los papers!” No: si usted es espontáneo, si usted le gusta lo que hace, si usted está aprendiendo, si usted logra establecer esta relación con otro, la alianza se va a armar. Existen millones de técnicas para armar la alianza.” (5J: 38).

Sobre la **valoración de la atención online**, se percibe la capacidad de adaptación de la persona del terapeuta. Primeramente, el poder disponer de la tecnología para poder continuar con las atenciones es un paso importante, debido a las posibles resistencias que este formato provocaba en algunos clínicos. En esa línea, conocer y manejar las plataformas que acomoden a los pacientes es también otra manera de adaptarse, aprendiendo a desenvolverse en un mundo donde las nuevas generaciones son nativo-digitales. Luego, confiar en que el trabajo online es un trabajo profesional que moviliza el cambio, y sentirse seguras y seguros de su trabajo, acomodando expectativas y amoldamientos del clínico, es otra manera en que la persona del terapeuta

demuestra sus capacidades de adaptación. El tener una percepción positiva de este medio ha permitido a algunas y algunos de los entrevistados generar la creencia de poder realizar procesos importantes con sus pacientes por medio de diversos recursos: lúdicos, narrativos y metafóricos. Esta autopercepción de buen desempeño a pesar de las dificultades de atender en un nuevo formato permitió a estos profesionales fortalecer su rol y continuar con el apoyo a sus pacientes. Esto contrasta con las impresiones iniciales de los terapeutas de lo que sería este proceso, y con la experiencia particular de una de las terapeutas, teniendo en común el sentimiento de temor, aprehensión y ansiedad. Estos sentimientos surgen a raíz de las inseguridades y faltas de certeza del inicio de la pandemia, donde las y los entrevistados experimentaron dificultades para imponer límites en los tiempos y en la sesión, no saber en un primer momento cómo implementar el sistema online, desarrollar tolerancia frente a niños y niñas con poca capacidad de atención, no ser nativos digitales, desesperanza por no poder adaptarse al sistema online, ni poder tomar pacientes nuevos por ese motivo, temor a que los ajustes metodológicos no funcionen, menor apoyo y contacto del contexto educacional y finalmente temor de exposición al contagio de una terapeuta, quien en el hospital debía asistir presencialmente implementando todas las medidas de seguridad vigentes en el momento de la entrevista. Esta dualidad se ve reflejada en estas dos viñetas:

“Yo siento que, ehm... ha sido un rol bien activo en esta pandemia, ehm... que, que, que por supuesto se tuvo que tuve que hacer ajustes en las metodologías de trabajo, al principio con bastante desconfianza, aprensiones, miedos, de que las cosas pudieran ser diferentes, de que no se pudiera funcionar como antes, pero a la medida que fui atendiendo desde lo online y probando las metodologías, me di cuenta que si se podían hacer procesos importantes, que si se podía establecer estos como recursos lúdicos, narrativos y metafóricos con los niños, que había que activar la creatividad para mantener el vinculo y la atención en los niños.” (6M; 4).

“Por otra parte, el contexto escolar con la cual trabajamos mucho, no está disponible de la misma forma. No son los mismos espacios, no son los mismos diálogos, por lo tanto a mí me parece que como dificultad es el ejercer

psicología clínica, emm de un modo bastante solitario. Y por otra parte está la parte del terapeuta. Yo voy a trabajar exponiéndome, porque yo trabajo en el hospital presencial, exponiéndome al coronavirus, y por otra parte también dejando a mis propios hijos en la casa, y no pudiendo contenerlos a ellos, ni estar tan atenta al proceso como yo desearía. Entonces, esa parte como desde la parte de la persona del terapeuta, y también como la comprensión y la empatía porque finalmente somos todos adultos tratando de ayudar a un niño que está viviendo un contexto bastante similar.” (2AM; 4).

En lo referente a los **recursos y facilitadores** identificados por las y el terapeuta en el **ámbito profesional**, destacan seis puntos:

1. *Supervisión*
2. *Comunicación y apoyo entre clínicos*
3. *Material producido en pandemia*
4. *Adaptación de técnicas terapéuticas al formato online*
5. *Capacitación y autocuidado.*

Sobre la *supervisión*, las y los terapeutas destacaron la importancia de ese espacio de contención profesional, en donde relatan experiencias positivas, tanto con un supervisor o supervisora particular, como de un grupo de pares en donde se supervisan mutuamente. En ese contexto, el continuar con el espacio de supervisión fue una medida que algunos terapeutas destacaron como esencial, como puede entreverse en la siguiente viñeta:

“Yo creo que hay que aumentar la frecuencia de las supervisiones, es decir supervisarse más que nunca. Si; los que no se supervisan, tienen que supervisarse. Los que se supervisan una vez al mes, yo creo que tienen que aumentar la frecuencia de supervisión” (4G: 34).

En cuanto a la *los espacios de aprendizaje y apoyo mutuo entre clínicos*, existen deseos de más espacios de encuentro terapeutas, independiente de sus años de experiencia o de sus corrientes psicológicas (sistémica, psicoanalítica, humanista, cognitivo conductual, entre otras). En efecto, todos los participantes han contado con al menos un colega o grupo de pares con

quien han compartido sus vivencias durante este periodo, lo que califican como una buena experiencia. Esto les ha permitido sentir apoyo y alejar el sentimiento de soledad, es decir de pensar de ser los únicos o únicas que atraviesan un periodo difícil en el área terapéutica. Este apoyo, a su vez, fomenta la capacidad de adaptación percibida por cada una y cada uno de los entrevistados. Además de compartir sus vivencias, este intercambio también posibilita el apoyo entre ellos, conociendo la adaptación que cada una y cada uno ha hecho de técnicas terapéuticas, y de nuevas formas de hacer terapia, tal como lo sugiere la presente participante:

“Estaba bastante ansiosa, pero paulatinamente, en la medida en que me fui sintiendo apoyada, por esta red de apoyo académica en la universidad, con mis compañeras psicólogas y empezamos a hablar, diciendo “yo ya empecé a atender, ah si yo también voy a empezar a atender” y todo... Me fui de alguna manera... que importantes son las redes de apoyo, porque yo siento que fueron un espacio donde fuimos hablando, compartiendo “Ay si a mí también me da como nervio. Ay yo tampoco olvídate” Como que de alguna manera eso fue super importante, sentirse parte de un equipo, eh... Agradezco mucho el equipo, de no haber estado solo en consulta. Si yo hubiera estado solamente en consulta, creo que hubiera sido mucho más complejo mi proceso adaptativo” (8V: 16).

En lo referente al *material producido en pandemia*, llaman la atención los aportes del grupo Metáfora¹ quienes por medio de sus redes sociales (Facebook e Instagram) comparten publicaciones relevantes para la labor terapéutica en el periodo de pandemia. Las publicaciones cortas, en particular, fueron percibidas como un buen recurso profesional, pues dan buenas ideas en un formato que no es agotador. Por otro lado, investigar de manera personal o agrupar los nuevos aportes teóricos y prácticos, como por ejemplo papers científicos relacionados con la pandemia y la tele-atención, fueron percibidos como fuente de seguridad para algunas y algunos terapeutas, donde estudiar tiene un lugar central para poder continuar con las atenciones, y aprender de la

¹ <https://terapiadejuego.cl/>

experiencia de otros profesionales. En este mismo ámbito, la generación de protocolos de atención presencial y online también surgen como un recurso. Para la atención presencial, los puntos más relevantes fueron los siguientes: tiempo entre pacientes, medidas de sanitización, protección personal del terapeuta, set de juguetes para cada paciente e imposibilidad de administrar caja de arena. Finalmente, también emerge como idea realizar o compartir videos cortos psicoeducativos o de intervenciones para los pacientes. En palabras del participante relativo al estudio:

“Yo en mi caso me atreví y me preparé también. Leí mucho, hay documentos muy buenos que han sacado algunos colegas, y leí mucho sobre esta terapia, sobre la terapia online, como qué técnicas de trabajo poder aplicar” (3MA: 42).

La adaptación y creación de técnicas terapéuticas para trabajar con NNA en el formato online ocupa un lugar central a la hora de poder realizar las atenciones psicológicas a distancia. En efecto, la incorporación generalizada de las atenciones online cambió la aproximación a la clínica, acostumbrada a la presencialidad. Para ello, los terapeutas adaptaron sus técnicas en cuatro ámbitos: juego, diálogo o discurso, recursos virtuales o digitales y psicodiagnóstico. Para el juego, algunos terapeutas hacen uso de los juguetes que los niños ya tienen en sus casas, de tal forma de realizar un juego a distancia. También hay una participante que incorporó en sus sesiones materiales reciclados, en donde les solicita a los niños, niñas y adolescentes que busquen ciertos elementos en el reciclaje de sus hogares para juntos armar cosas nuevas. Además, se han incorporado más juegos con emociones, y juegos digitales en páginas web o aplicaciones. Adicionalmente, una terapeuta comenta que lo más importante, independientemente de los juegos que se escojan, es la actitud terapéutica de disponer en la relación con el otro como facilitador de la terapia de juego. En el área del diálogo o discurso se emplea el cuento como un recurso significativo, donde se potencian las narrativas desde lo simbólico. Al igual que los cuentos, el empleo de cartas y de metáforas ha aumentado en comparación a antes de la crisis sanitaria. Sobre los recursos digitales, destaca el empleo de la caja de arena virtual de

Violet Oaklander², al igual que los otros materiales disponibles en su página web. Si bien la caja de arena virtual ha sido considerada como un recurso, algunos participantes insisten en que la experiencia difiere mucho de la presencial, llegando incluso a perder riqueza terapéutica, como por ejemplo la función sensorial del tacto con la arena. Además, también ha aumentado el uso de la plataforma de Youtube, tanto para compartir cuentos animados como para mostrar videos psicoeducativos. Luego, dos terapeutas han trabajado con Power Point para realizar genogramas de animales con sus pacientes. Algo similar a ello ha sido compartir imágenes a través de la pantalla para ahondar en sus posibles significados, como por ejemplo por medio de láminas del juego Dixit. Otra medida, que es tanto una herramienta digital como una manera de realizar evaluaciones a sus pacientes y sus familias es la estrategia de Videofeedback, donde se le solicita a las familias enviar un video de juego con su o sus hijos, que posteriormente será analizada por la profesional, y luego compartida con la familia de manera terapéutica. En cuanto al psicodiagnóstico, se ha innovado en la manera de realizar los test gráficos, en donde se le solicita a un adulto responsable enviar una foto del dibujo del o la niño, niña o adolescente, pero en el proceso puede perderse calidad gráfica. Como indica una de las entrevistadas:

“Y la otra obviamente, usar mucho más los recursos tecnológicos, que no los ocupaba porque no los necesitaba, tiene que ver con, eh por ejemplo, en vez de contar cuentos, mostrar cuentos de YouTube, eh, he estado usando la caja de arena que propuso la Violet Oklander, eh que si se mueven, que si llevo las cositas de ahí pa’ acá. Y en los genogramas familiares que tiendo trabajar construyéndolos en papel, los hemos hecho en PowerPoint, con imágenes que yo llevo y ellos van eligiendo, eh, harto trabajo con fotos, los juegos, las miniaturas también, que estaban a disposición en mi box, ahora son los que el niño tiene en su casa, ¿no? Que elige los juguetitos que tiene ahí a mano, los mueve e interactuamos con sus juguetes (...). Creo que han sido las principales modificaciones, como más usar la tecnologías, usar lo que el niño me ofrece desde su casa, también algo que ha ido trabajando desde antes,

² <https://www.onlinesandtray.com/>

pero ahora mas, el trabajo con materiales reciclados, porque trabajar con lo que hay en la casa, no les vas a pedir que vayan a comprar algo, si no lo tienen o que se yo...” (6M; 6).

La *capacitación profesional* también ha sido considerada como un recurso. Efectivamente, las y el terapeuta mencionan que capacitarse y aprender más acerca de la pandemia es crucial para sobrellevar las atenciones online provocadas por la crisis sanitaria. Uno de los aprendizajes llevados a cabo fue el de conocer cómo funcionan las plataformas virtuales para poder realizar las sesiones de manera remota (por ejemplo, Zoom, Google Meet, Teams). Para ello, algunos terapeutas realizaron un curso, otros compartieron su conocimiento entre sus pares, otros aprendieron de manera autodidacta, y finalmente algunas de las terapeutas habían usado con anterioridad al menos una de las plataformas mencionadas anteriormente. Por último, algunos de los entrevistados participaron de un congreso virtual, de tal forma de nutrirse profesionalmente, otros realizaron cursos en línea de arte terapia, tera-play y de la Fundación de Violet Oaklander, y también se capacitaron en la universidad, sea en el área de docencia, o como estudiante de un diplomado o Magíster. Como lo expresa la siguiente viñeta:

“El tener un equipo de trabajo en la universidad donde superviso, pacientes y todo, de alguna manera me... me cuido mucho, me genero herramientas, me capacito, hasta al día de hoy estoy capacitándome, ayer tuve un curso, entonces eso es super importante.” (8V; 16).

Finalmente, el *autocuidado* es mencionado como un elemento de gran importancia, donde todas las personas entrevistadas mencionan al menos un elemento que los y las hayan apoyado durante el periodo de crisis sanitaria en su experiencia clínica. En ese sentido, el autocuidado juega un rol irremplazable, pues es la forma de poder, de manera personal y consciente, implementar medidas que aumenten o potencien el propio bienestar. Las formas de autocuidado propuestas y realizadas por las y el terapeuta son: meditación, ejercicio físico (correr, compra de trotadora), “darse gustos” con la

comida, mantener el orden de los horarios, ser flexible, validar estar agotado, disfrutar la atención a pacientes, romper la rutina, ver lo suficiente de noticias para estar informada en cuanto a Covid y el impacto del mismo sobre las familias chilenas, informarse mediante papers científicos, desconectarse de las pantallas, aprender a poner límites y dejar de atender a pacientes al sentirse desilusionada del trabajo realizado en la pandemia. En palabras de una de las terapeutas:

“Entonces yo creo que a nivel de sugerencia, básicamente como poder mantener espacios como de autocuidado, porque creo que el formato el línea es mucho más agotador que el formato presencial. Entonces se hace mucho más necesario tener espacios de autocuidado como para poder de verdad, literalmente desconectarte. Porque antes uno hablaba como de desconectarse, como en el sentido figurado, y ahora de verdad necesitas desconectarte po” (1A; 38).

1. En lo referente a **los recursos y facilitadores en el ámbito personal, familiar y ambiental**, las y el terapeuta identifican cuatro categorías: *individuales*
2. *cooperación familiar o familiares*
3. *conectividad*
4. *e infraestructura.*

Sobre los *recursos individuales*, gran parte de las personas entrevistadas coincidieron que la flexibilidad y creatividad fueron elementos significativos. Es decir, por un lado, flexibilidad al momento de fijar expectativas y objetivos de trabajo, de tal manera de prevenir agotamiento y frustración en caso de que no se cumplan. Y por otro lado, si bien se plantea que la creatividad es una característica necesaria para la terapia infanto-juvenil, esta debe desplegarse en el vínculo con el paciente, y al momento de generar nuevas formas de implementar técnicas e intervenciones. En cuanto a elementos propios de cada terapeuta, se distinguen elementos de la personalidad, como por ejemplo estrategias de enfrentamiento ante una crisis o conflicto, o incluso forma de ver la vida. Es decir: percepción de sentirse afortunada durante la pandemia,

sorprende ante las propias capacidades de adaptación ante la crisis sanitaria, no ser una persona catastrofista, sino que al contrario: ser “curada de espanto”, aceptar la vida y trabajar en intervención en crisis con pacientes. Finalmente, una de las participantes reconoce que sus recursos económicos son un factor de apoyo importante durante este periodo. Como lo explica una de las entrevistadas a propósito de la creatividad y flexibilidad:

“Bueno, yo creo que uno de los recursos principales, profesionales que yo he tenido que desplegar han sido la flexibilidad y la creatividad, sobre todo en el trabajo con los niños y con los jóvenes, de alguna manera el despliegue de esos recursos al servicio del avance terapéutico y del proceso terapéutico son clave.” (8V; 12)

Las *características familiares y la cooperación de estos*, ocupan un lugar importante para las y los entrevistados. Llama la atención el reordenamiento familiar para proveer un espacio tranquilo y privado, de tal forma que el o la terapeuta pueda ejercer sus funciones, respetando y resguardando la confidencialidad de sus pacientes. Es un esfuerzo conjunto, donde no sólo le deben proporcionar un espacio, sino que también deben guardar silencio y evitar interrumpir durante los tiempos de tele-trabajo. Para ello, el tener hijos e hijas adolescentes o mayores de edad ha sido un recurso, pues respetan esta medida debido a que tienen mayor autonomía. Además, el gozar de buena salud, tanto ellos como su familia, es otro factor de tranquilidad para las y el clínico. En cuanto a la relación de pareja, algunas terapeutas destacan a su cónyuge como fuente de apoyo emocional, y de apoyo en la repartición de las tareas del hogar. Las mascotas también ocuparon un lugar relevante, al ser fuente de cariño y desconexión, al igual que una forma de formar vínculo con pacientes que también tienen mascotas. Otro recurso de las familias nucleares, es el compartir sus percepciones acerca de lo que está ocurriendo, fomentando una comunicación abierta. Finalmente, sobre la familia extensa y amistades, las entrevistadas aseveran que ha sido muy importante mantener el contacto con sus seres queridos, sea de forma presencial o remota, pues no sólo son un

apoyo emocional, sino que también ayudan a prevenir el sentimiento de soledad y/o de aislamiento. Como lo expresa una de las entrevistadas:

“Bueno, yo vivo con mi marido solamente y ha sido un apoyo fundamental, porque, bueno ha sido un poco raro igual. Porque nunca yo había trabajado en la casa, él si trabaja en la casa, entonces teníamos que compartir los espacios, delimitarlos y todo, y eso ha sido importante, como ponernos de acuerdo en los horarios y los espacios, eh... eso ha ayudado y el me apoya mucho, en términos como emocionales, en estar pendiente en los espacios de recreo, de conversaciones, que antes no teníamos, porque como yo llegaba tarde, nos veíamos en la pura noche, ahora nos podemos ver al almuerzo, en otros horarios. Yo creo que ha sido un apoyo mas emocional, a nivel familiar. Y, por otro lado, así como mas del lado de la familia de origen, todos los domingos nos reunimos por zoom con a familia, con los papas, una hermana, mi sobrinita, nos contamos lo que hemos hecho en a la semana y eso también es como un apoyo. Eso yo creo, mas como de apoyo emocional, como saber que están ahí” (6M; 14)

En cuanto a la conectividad, es decir la conexión a internet, las clínicas sugieren que tener buena conexión es fundamental para poder efectuar las consultas (a excepción de llamadas telefónicas) y para mantener el contacto con sus seres queridos. Para ello, algunas han debido invertir económicamente para mejorar la calidad de señal. Por otro lado, una de las terapeutas introduce la idea de internet como derecho y no como un lujo, pues de lo contrario ella estaría aislada:

“Es que mi vida familiar ha sido, desde hace 10 años online (ríe). Porque vivo lejos, entonces para mí las tecnologías siempre han facilitado mi contacto con la gente y yo aquí vivo sola, entonces yo aquí el contacto que he tenido con la gente ha sido todo online, entonces facilita el poder comunicarme con la gente, si no, no tendría con quien hablar en todo el día, en el ámbito personal.” (7D; 22).

En términos de *infraestructura*, esta se refiere a los conjuntos de medios técnicos que permiten el desarrollo de la actividad clínica. En esto, destaca el hogar y sus diversos espacios, cuya delimitación es percibida como elemento de autocuidado. Es decir: diferenciar espacios laborales de familiares, o de relax, sea por el lugar, como por ejemplo el patio o la sala de estar, o por horarios. Esto permite que tanto las y el entrevistado como sus familias puedan generar espacios de tranquilidad y de productividad de manera ordenada, y que les haga sentido. Por otro lado, algunas terapeutas debieron adquirir lentes de descanso, de tal forma de aliviar los dolores de cabeza producidos por el aumento de la exposición a pantallas. Como lo resume una de las participantes:

“Pero tengo mi espacio personal donde yo puedo atender, sin que entren los niños a preguntarme cosas. De repente sí entran los perros, pero ya bueno. Mis pacientes ya los conocen. Eehh.. en la misma línea, por ejemplo, tenemos una casa en que los niños pueden estar en el primer piso y no se escuchan los ruidos de ahí. Mi esposo tiene su propia oficina, entonces, a lo lejos se escucha, pero no es nada terrible. Pero he buscado unos, nuestros propios espacios para estar trabajando, estudiando en el caso de los niños, y eso me ha hecho muy fácil la vida. Y también, como en la parte de bienestar, porque yo en general soy una persona que me encanta tener mi propio espacio. Lo valoro mucho, entonces puedo salir al patio a jardinear, o jugar con los perros también. Ha sido como mi espacio de autocuidado, que siento que en otro espacio creo que me hubiese visto muy perjudicada en cuanto a mi propia salud mental.” (2AM; 26).

En cuanto a los **desafíos y limitaciones** percibidos por las y los terapeutas infanto-juveniles en el **ámbito profesional**, podemos destacar cinco principales: el *encuadre*, la *privacidad*, el *proceso terapéutico interferido por el contexto online*, la *terapia presencial* y el *burnout* de las y los terapeutas. En el *encuadre*, según las y los entrevistados, han habido dificultades importantes. Por un lado, en un principio existieron aprehensiones acerca de cómo encuadrar la nueva modalidad online, tanto con pacientes antiguos como

con nuevos pacientes. Luego, a medida que se fueron realizando consultas online, las y los participantes detectaron algunas dificultades asociadas al mismo: tener que reiterar constantemente el encuadre con población vulnerable, que los pacientes entiendan que el espacio online debe ser un espacio privado, especificar que esta es una instancia profesional y formal, no una charla entre amigos, y dar seguridad a los pacientes acerca de la validez de la terapia online. Por otro lado, las y los participantes comentan que debieron efectuar modificaciones o adiciones al encuadre tradicional. Algunas de estas fueron:

- a. Avisar con cuánta anticipación se enviaría el link de atención.
- b. Uso de Whatsapp personal de los terapeutas con sus pacientes.
- c. Ponerse de acuerdo en la modalidad de pago (generalmente vía transferencia).
- d. Prever en el encuadre posibles dificultades asociadas a la conexión a internet, y definir anticipadamente planes y alternativas en caso de que ocurran. Por ejemplo: cambiar de plataforma o llamar por teléfono.
- e. Establecer límites en caso que los pacientes soliciten cambiar de hora por motivos no urgentes.
- f. Reducir el tiempo de la sesión con niños a 30 minutos (debido a las capacidades de atención y concentración reducidas de los mismos).
- g. Incluir a las mascotas, si las hubiere.
- h. Anticipar la posibilidad que algunos ruidos externos puedan interrumpir la sesión.
- i. No mentir (aplicable tanto para el o la terapeuta, como para los pacientes y sus familias).
- j. Que el NNA pueda decir si está cansada o cansado, para así acortar la sesión, cambiar de actividad u ocupar el tiempo restante de la sesión con el cuidador o cuidadora.
- k. No mirar el celular durante la sesión (tanto como para el clínico como para las y los pacientes).
- l. Permanecer dentro del ángulo de visión de la cámara.
- m. Que el paciente avise si desea retirarse de la sesión.

Este encuadre ha sido difícil tanto para las y los terapeutas como para los pacientes. En cuanto a los y las clínicos, algunos de ellos lo definen como raro, bizarro o ridículo. Para los pacientes, en cambio, a la población más grave no les ha servido mucho el encuadre online a diferencia del presencial, que pareciera estructurarlos más (como por ejemplo a los pacientes con psicosis o trastorno de la personalidad límite). Para otros pacientes, esto no les ha acomodado, por lo que prefieren retirarse del tratamiento. En la siguiente viñeta se evidencian algunas dificultades del encuadre:

“El encuadre, primero ha sido una transformación hacia el uso de un encuadre distinto, que va desde asegurarnos efectivamente qué pasa si se nos cae la conexión, qué tenemos que hacer si se nos cae la conexión... Las otras opciones que podríamos tener, si alguien nos interrumpe qué es lo que podemos hacer, que si tienes ganas de, no sé, de llorar, esta vez yo no podré pasarte un pañuelito, entonces te voy a pedir que tu lo tengas. ¿Cierto? Y si hacemos algún tipo de ejercicio, algún tipo de juego, yo te voy a pedir que me muevas en ese caso por ejemplo la cámara, para que yo pueda verte mejor. Eehh... yo te diría que en ese sentido, temas de encuadre en ese estricto rigor ha sido como también un cambio, una modificación. Preguntar también dónde están, con quien están, preguntarle a los papás, obviamente siempre parto yo primero con los papás, nunca con el niño de manera directa. Y le pido a los papás que me presenten al niño a través de este medio. Entonces desde ahí también me aseguro con los papás que podemos tener esto, les pregunto también junto con el niño qué tipo de interrupciones podrían haber, si existen también mascotas, las incluyo dentro del encuadre, como una manera amigable de entender que podría interrumpir la mascota, o que el niño querría también querer presentarla, que a veces se ponen como ansiosos(...). Entonces también con los elementos del ruido externo, también incluirlo dentro de la posibilidad del encuadre. Si se está haciendo por ejemplo un ejercicio de relajación, trabajo, incluir esos ruidos que obviamente uno los manejaba mejor dentro de tu consulta. Eran variables que uno podía manejar.” (5J: 6)

Relativo a la *privacidad*, la casi totalidad de los y las terapeutas detectan dificultades en la confidencialidad o privacidad de las consultas psicológicas a distancia con NNA. Estas dificultades pueden ser por las condiciones de vivienda de las y los niños, niñas y adolescentes (por ejemplo, de hacinamiento), en donde no tienen un lugar físico privado para conversar. Por lo tanto el espacio donde se encuentren los pacientes es muy importante para establecer medidas mínimas de confidencialidad. Por otro lado, se planteó la inquietud del Hackeo, que pone en riesgo la privacidad de la sesión, por lo que una medida de contrarrestar esto es buscar plataformas seguras, y preguntarle a los pacientes con cuál se sienten más cómodas. Por otro lado, se plantean desafíos en los límites con las familias de los y las pacientes, como por ejemplo: que los NNA tomen la cámara y hagan un recorrido de la casa para mostrársela a sus terapeutas; padres que imponen la cámara a sus hijos e hijas, aún cuando ellas y ellos expresan no estar cómodos con ello y padres o familiares de los y las pacientes que interrumpen la sesión, responden las preguntas por sus hijos e hijas o los presionan para que cuenten algo durante la sesión. Por último, se han identificado impasses terapéuticos relacionados con la dificultad de implementar límites de confidencialidad, o cuando los pacientes transgreden dichos límites en reiteradas oportunidades. Como comenta una de las entrevistadas:

“Las mayores dificultades, en lo personal, para mí, yo creo que el encuadre, para que en el fondo, con este grupo en particular que te conversaba, para que puntualmente entiendan que es como un espacio de privacidad para los pacientes. Osea, si hay en el fondo un tema que he tenido que estar constantemente remarcando, es que es un espacio privado, que ojalá están en la pieza, y que no esté paseándose todo el mundo por detrás. O si yo le hago una pregunta al paciente, de pronto escucho que alguien le dice “¡Cuéntale esto!” o “¡Dile esto otro!”. Como eso pa mi ha sido como tema. O también, no sé po yo me han tocado como mamás que ponen el teléfono mientras se están terminando de vestir, o me... Y estai ahí como viendo mientras se termina de vestir la mamá, o se está pintando, o va en la calle haciendo trámites, como en el... Creo que la mayor dificultad ha sido para que algunos pacientes entiendan

que este es un momento tan privado y tan serio como el que se logra en la terapia, cuando se sientan y cierras la puerta y estás como ahí, entre cuatro paredes. Eso ha sido como lo más difícil para mí.” (1A: 10)

Durante la crisis sanitaria, el *proceso terapéutico ha sido interferido por la modalidad online*. Ha habido, según las entrevistas de los terapeutas IJ, desafíos en la interacción con los y las pacientes. Uno de estos desafíos es captar la atención de la población infanto-juvenil, debido a que estos, por un lado, pueden distraerse por las funciones del aparato electrónico donde se realiza la sesión, y por otro lado se destaca la imposibilidad de tener a un niño o niña sentados por una hora frente al computador. Adicionalmente, gran parte de las y los terapeutas entrevistados experimentaron dificultades para leer expresiones gestuales y corporales a través de la pantalla. Esto ha sido una pérdida de información valiosa para ellas y ellos, pues no pueden ver si por ejemplo el o la paciente mueve de manera ansiosa sus piernas o sus pies, y es difícil ver cambios de peso en las y los adolescentes (para terapeutas que trabajan con trastornos alimentarios). Como se ha mencionado anteriormente, pueden existir problemas de conexión, y cuando ocurren en sesión interrumpen el ritmo de la misma, o incluso se puede dejar de escuchar lo que dicen los pacientes, quienes deben repetir nuevamente la información. Esto puede ser bastante incómodo, y afectar el clima que se crea en ese momento. También se menciona la imposibilidad de usar la caja de arena y otros recursos lúdicos y terapéuticos de la consulta, como la casa de muñecas o títeres. En cuanto al psicodiagnóstico o dar un diagnóstico, estos también se han visto alterados. Algunos terapeutas mencionan que no han podido aplicar el test de Rorschach, ni tampoco dar un diagnóstico debido a la falta de test y herramientas. El anotar durante la sesión online también ha sido percibido como desafiante, pues una de las entrevistadas afirmó que ella ha tenido que prestar mucha más atención a lo que sucede en la sesión, teniendo que optar entre tomar apuntes u observar y escuchar. Finalmente, algunos terapeutas han tenido la experiencia de NNA que cierran la pantalla o salen de la sala virtual, y luego se excusan diciendo que fue por el internet. Esto no era posible antes, pues en un

box presencial no se puede “desaparecer” del lugar. En palabras de una de las terapeutas entrevistadas:

“Mira, yo diría que las mayores dificultades tienen que ver con el despliegue, por ejemplo, no he tomado diagnósticos. Si alguien me pidiera, por ejemplo, “haz un diagnóstico”, en este minuto lo veo súper complejo, o sea, y de alguna manera como acceder a evaluar. Si he usado graficas en el contexto de la terapia, incluso he usado la pantalla de zoom donde hemos jugado y hemos dibujado, me han hecho dibujo y me mandan la foto y yo la veo y hablamos del dibujo, sí. Pero no es lo mismo que ver el dibujo, tu sabes que en el análisis de las graficas uno hasta por atrás las toca, las mira, es súper distinta, entonces de alguna manera todo lo que sea la aplicación de las técnicas graficas y del ciclo diagnóstico, yo encuentro que es mas complejo, de todas maneras, ¿ya? Y requiere además de parte de uno, del trabajo por lo menos con los niños de mucha creatividad ¿cierto? Sostener un proceso con... bueno ahora tu puedes con los niños he usado una modalidad que me ha funcionado mucho, que estoy haciendo terapia mucho más cortita, de media hora, porque de alguna manera sostener 1 hora en un espacio terapéutico desde lo lúdico, desde el juego y todo, yo... Ahora, si veo que la cosa va bien lo puedo extender, pero dentro del encuadre a los papas les he dicho, o sea, media hora con un niño de 6, 7, 8 años, está bien. En cambio, en la consulta, se te... es diferente, es diferente además que, de alguna manera, al tener los juguetes ahí tu ves, hasta hay niños que de repente huelen los juguetes y te das cuenta que los huelen o los chupan, así que es super diferentes y ahí pierdes todo eso, pierdes toda esa parte.” (8V: 10)

En términos de la *terapia presencial*, se presentaron dos inquietudes de parte de las y los terapeutas IJ que no sólo atienden online, sino que también van a una consulta en persona. Por un lado, enfatizan el riesgo de ir a trabajar presencialmente, pues existe la posibilidad de contagio. Este temor no es sólo por ellas o ellos, sino que también por sus familias, quienes a su vez podrían enfermarse de Covid “por su culpa”. Por otro, se refieren a los protocolos de sanitización que entraron en vigencia en los centros en los cuales trabajan. Al

principio, existía un mayor tiempo de espera entre pacientes, de tal forma que se pudieran limpiar los box de atención. Además, se solicitaba a los pacientes traer sus propios juguetes, o la propia terapeuta gestionaba dos cajas de juguetes, en donde ocupaba una con un paciente, y otra con el siguiente, de tal forma de tener tiempo de sanitizar los objetos. Pero, a medida que el tiempo fue avanzando, las y los terapeutas notaron que estas medidas se fueron volviendo cada vez menos rigurosas, tal como lo menciona una de las entrevistadas:

“En el hospital sí había un proceso, un protocolo de sanitización. Al inicio cuando llegamos era por ejemplo, teníamos, atendíamos 45 minutos y se dejaban 45 o media hora libres para que pudiéramos limpiar. Pasaba una señora o un señor del aseo, ¿no es cierto? Para limpiar, sanitizando todo, y ahí atendíamos nuevamente, ventilábamos. Pero conforme fue avanzando la pandemia, y un poco como que nos acostumbramos, ya como que no hay proceso de sanitización. Osea, cada uno llega, en la mañana han limpiado, después limpian en la tarde, pero no hay... No hay sanitización.” (2AM: 8)

Por último, pero no menos importante, la totalidad de las y los terapeutas identificaron señales de *desgaste o burnout* en ellos mismos, con diferentes niveles de intensidad y diversas formas de manifestación. Por una parte, existe una percepción de agotamiento debido a la exposición a pantallas. Además, los niveles de estrés y ansiedad aumentaron en ellas y ellos por: dificultad para usar una plataforma virtual; el aumento de horas de atención; cambiar de modalidad presencial a modalidad online; ansiedad ante el riesgo de pérdida de sus pacientes por suicidio; aumento de casos complejos e intensidad de los mismos que no permiten descansar bien a las terapeutas; dificultad para abordar temáticas de duelo con los pacientes; desorganización de los horarios; dejar de realizar medidas de autocuidado y tener sentimiento de incertidumbre. Asimismo, algunos participantes formaban parte de un programa de postgrado, y otros realizan actividades de docencia, lo que mantenía o aumentaba sus sentimientos de estrés, ansiedad y desgaste general. Todo lo anterior provocó

en algunas de ellas la sensación de desmotivación laboral. Esta sensación de desgaste se puede evidenciar en las palabras del entrevistado:

“En junio, yo tuve un momento como crítico, como de estar agotado, de verdad no tener ganas de hacer cosas, y es súper válido también. Y yo creo que este semestre igual, hace poquito, un par de semanas, igual tuve un momento como que de verdad lo único que quería era agarrar el computador y lanzarlo por la terraza, pero, pero cómo se llama... Pero no, yo por lo menos trato de buscar momentos donde realmente me desconecte de todo. (...) Yo creo que todos estamos dando el máximo, estamos haciendo nuestro mejor esfuerzo, y en ese sentido también hay que permitirse cierta, ciertos espacios, ciertas licencias de cosas(...). A mí me gusta mucho hacer ejercicio, pero no, no he podido. Osea durante la pandemia, ahora recién estamos tratando de organizar, pero, pero para mí siempre es una forma de manejar el estrés, tiene que ver con trotar. Salir a trotar, me pongo audífonos y me desconecto del mundo. Pero hoy día eso no lo puedo hacer, y, como se llama, trato de quizás desconectarme de otras maneras.” (3MA: 12).

Sobre los **desafíos y limitaciones** en el área **personal, familiar y ambiental**, se encontraron tres ámbitos: *salud física, salud mental y familia*.

En lo relativo a la *salud física*, ha habido una percepción de mayor deterioro de la salud propia a partir del inicio de la pandemia, y en comparación con el periodo antes del virus Covid-19. Esto debido a que las y los entrevistados tuvieron que cambiar de manera significativa su ritmo de trabajo, al que estaban acostumbrados. Los síntomas percibidos se manifiestan por:

- a. Sospecha de somatización desde el inicio de la pandemia.
- b. Percepción de falta de cambio de ambiente producto de la pandemia que mantiene la inestabilidad de la propia salud.
- c. Mayor inestabilidad en la salud producto de una enfermedad autoinmune previa.
- d. Dolor de cabeza y dolor ocular asociados al uso de pantallas.
- e. Dolor corporal provocado por la silla.
- f. Dolor al cuello.

g. Riesgos de repercusiones en la salud física debido a la salud mental.

Como lo describe una de las entrevistadas:

“Y, no estaba acostumbrada a trabajar con un computador, no lo prendía nada. Entonces el hecho de empezar un día para otro estar todo el día mirando un computador, claro que me pasó la cuenta en términos de cansancio y de dolor de cabeza. Manejable con lentes.” (1A: 34).

Las principales dificultades que han experimentado son:

- a. Estrés.
- b. Cansancio.
- c. Poca capacidad de atención y de recursos cognitivos.
- d. Ansiedad.
- e. Agotamiento.
- f. Sensación de incertidumbre.
- g. Desesperanza y desesperación.
- h. Disgusto por trabajar en casa.
- i. Aburrimiento.
- j. Extrañar el contacto físico con seres queridos.
- k. Estrés por trabajos académicos y docencia.
- l. Echar de menos salir con amigos y poder pasear debido a la cuarentena.
- m. Deseos de volver a la vida cotidiana.

Como lo expresa una de las entrevistadas:

“No tanto, no tanto, mas como que las vivencias de... como de incertidumbre de cuanto va a terminar esta cuestión, como media aburrida de trabajar en la casa, que nunca a mi me ha gustado trabajar en la casa... Como que con ganas de volver a mi vida cotidiana, ir a mis deportes, ¿me entiendes? Como con ganas de volver a... mis actividades cotidianas. Como, como que empezar a desesperarse para empezar a retomar esos espacios que había perdido y al principio lo asumí súper bien, ya vamos a enfrentar y todo... Yo creo que harto

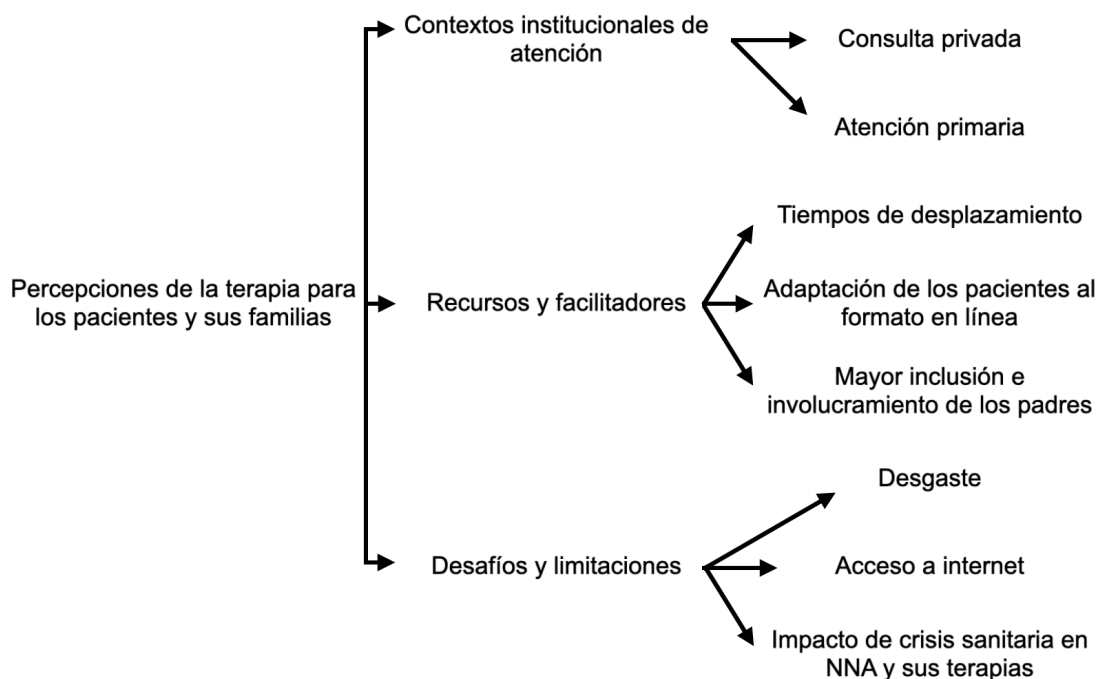
tiempo lo lleve bien, pero como que esa es mi vivencia, ya estar aburrida, ¿cachai?” (6M: 36).

Respecto a *la familia* de las personas que participaron del estudio, un desafío que se presentó fue respecto a las participantes que tenían hijos e hijas. Este desafío tiene relación con la edad de las y los hijos. Por ejemplo, una de las entrevistadas comentó que una colega, quien tiene tres hijos menores de 7 años, se ha visto sobrepasada entre la atención clínica y el cuidado de los infantes. Por otro lado, otra de las terapeutas entrevistadas, quien tiene dos hijos pre-adolescentes, ha sentido que debido a que ella debe trabajar en la consulta fuera de casa, no ha podido contener y acompañar a sus propios hijos como ella desearía. Además, otra terapeuta comenta que sus hijas adolescentes se vieron privadas de vida social, lo cual ha sido frustrante y una pena para ellas. Por último, se menciona que el tener un hogar pequeño dificulta tener un espacio privado donde los miembros de la familia no se interrumpan mutuamente, tal como lo muestra la siguiente viñeta:

“Entonces, el setting, esto ha sido tremendamente complejo porque tenemos dos dormitorios, un living-comedor, cocina, escritorio, todo. Por lo tanto, la distribución con mi familia, y cómo con ellos nos hemos apoyado en que cada uno vaya teniendo un espacio. Y no interrumpir al otro, porque sabemos que no hay otra opción. Osea, yo la primera parte, me iba al auto a atender a los más grandes. Eehh... y durante los primeros, hasta poder instalarnos un poco, las primeras 6 semanas, no pude atender a nadie. De hecho había una parte donde no había luz, no me llegaba la señal y todo. Entonces yo creo que eso ha sido como los recursos que hemos tenido como familia, de poder adaptarnos a esto. Y saber que uno cuando está, uno en clases, yo no me puedo salir del dormitorio, porque no puedo interrumpir, y puedo interrumpir al otro que está en el dormitorio. Eehh... y así estamos.” (4G: 24)

b) Implicancias en el proceso terapéutico para los pacientes y sus familias.

Figura 2. Esquema de clasificación jerárquico de la categoría “Percepciones de la terapia para los pacientes y sus familias durante el periodo de pandemia”.



Dentro de esta categoría, se encuentran tres principales subcategorías: *contextos institucionales de atención*, *recursos y facilitadores* para los pacientes durante el periodo de pandemia, y *desafíos y limitaciones* para ellos. (Ver figura 2).

Sobre los **contextos institucionales de atención**, destaca el contraste entre la atención de la *consulta privada*, y atender en *atención primaria*. En relación a la consulta privada, las y los terapeutas comentan que es más fácil poder encuadrar y llevar a cabo el proceso terapéutico, no así a las personas que atienden en centros de atención pública o primaria. Una explicación a esta diferencia puede ser por el nivel socio-económico, y por la disponibilidad de un espacio privado, y de un dispositivo electrónico personal para llevar a cabo la sesión. No así en la consulta de un centro de atención primaria, donde se han percibido ausencia de límites. Eso se refleja en la siguiente viñeta:

“Ya, sí mira. Yo trabajo en dos partes. Tengo como los pacientes de mi consulta privada, y tengo también estoy un par de horas, muy pocas horas en un centro. Que es, a ver, apunta, tiene como un público objetivo que como

clase media-media y media-baja. Y en términos de encuadre ha sido mucho, MUY necesario como estar permanentemente realizando el encuadre en este grupo de pacientes del centro. No así en los pacientes de la consulta privada que son un grupo de clase media-alta y alta, que siento que los chicos tienen como un espacio privado, o pueden hacerlo en su pieza, y tienen un dispositivo, un computador, un iPad, lo que sea como para poder estar disponibles para la terapia, hay condiciones más óptimas. En el otro grupo, me contestan desde la calle, la mamá va con el teléfono y lo despierta así como abajo de las tapas, con el teléfono para hacer la sesión. En ese grupo en particular a mí me ha costado mucho más, y he tenido que estar como lo te decía al comienzo, permanentemente estar haciendo un encuadre que, a mí parecer, hasta ayer que fue la última vez que estuve ahí, no me ha funcionado del todo.” (1A: 8)

Los **recursos y facilitadores** observados para los pacientes y sus familias de parte de los terapeutas IJ pueden ser agrupados en tres ámbitos: *tiempos de desplazamiento, adaptación de los y las pacientes al formato en línea y mayor inclusión e involucramiento de los padres* en el proceso de terapia de sus hijos e hijas.

Debido a la decreto de las cuarentenas obligatorias, y a la necesidad de poder atender a distancia, es que los *tiempos de desplazamiento* han sido un gran cambio en las terapias infanto-juveniles. No sólo las y los pacientes no tienen necesidad de movilizarse en auto o transporte público, ahorrando tiempo, sino que también ha implicado un ahorro monetario. Es más, la conectividad remota dio paso a la posibilidad de atender desde Santiago a personas de otra ciudad, región o incluso de país. Como lo explica la siguiente viñeta:

“Mh... Como recursos... El, o sea por ejemplo lo, lo, los consultantes hablan también como, como que bueno ahorrarse el metro. Ahora esto ayuda en términos de plata y ahorrarse el tiempo en términos de el tedio que también significa subirse a un metro lleno, donde casi no caben. Así que yo creo que el tema de los desplazamientos fue, fue positivo. Porque cuando tienes tus

sesiones, bueno te sientas, prendes tu computador o tu celular y estas, estas ahí. Entonces hay mas disponibilidad de la gente en este sentido.” (7D: 20)

Por otro lado, las y los entrevistados han notado una *adaptación importante de las y los pacientes al formato digital*. En relación a los y las adolescentes este formato ha sido un facilitador para la terapia. En relación a escolares, les ha permitido explorar otras posibilidades y salir de la rutina y el aburrimiento. Además, para los y las pacientes más tímidos o tímidas, esta herramienta digital ha sido un aporte para potenciar de su capacidad de expresión y comunicación debido a la comodidad que les brinda su hogar. También ha surgido un sentimiento de agradecimiento de los pacientes y sus familias por la disponibilidad y disposición del terapeuta, quien por medio del correo y de su flexibilidad puede atenderlas y atenderlos rápidamente. Finalmente, los padres han expresado que les acomoda las videollamadas de Whatsapp, lo cual ha permitido hacer uso de variadas plataformas para poder llevar a cabo la sesión. Al respecto, una de las participantes del estudio opina:

“Yo creo que ha sido útil [el formato online], los niños tienen una capacidad de adaptación increíble, entonces el proponerles estas actividades así, ha sido útil, ha facilitado el trabajo, eh... les permite a los niños también explorar otras posibilidades, le permite a los niños explorar otras posibilidades, permite a los terapeutas explorar otras posibilidades y hay niños que responden muy bien a la contención, que mas que los niños, que están los niños en su mayoría aburridos como ostras de estar encerrados en la casa y no poder ir a ver a los abuelos, a los primos, a los amigos y el estar con... compartiendo el mismo espacio y no tener otros más alternativos también les afecta, entonces también el medio digital también se ofrece como otro espacio alternativo, donde pueden compartir con alguien mas que no es de la familia.” (7D: 30)

Luego, las personas entrevistadas han notado un *mayor involucramiento de los padres en el proceso de terapia de los NNA*, lo cual ha sido percibido favorablemente por gran parte de los clínicos. Para promover la participación de ellos, algunas terapeutas implementaron como protocolo citar a los padres

antes de conocer a los NNA (especialmente de la población de menor edad). Además, se les ha solicitado de estar pendientes por si sus hijos necesitan algo durante el transcurso de la sesión. Para asegurar ese punto, algunos terapeutas han incluido dentro del encuadre el preguntarle a los niños dónde están y con quien están. Luego, los cuidadores principales han adoptado el rol de facilitadores del juego para sus hijos durante el desarrollo del tratamiento. Finalmente, se tiene la percepción que para los NNA ha sido un lujo tener a sus padres todo el día en el hogar, especialmente si tienen un vínculo sano. Como lo resume la terapeuta:

“Eh... también yo creo, siempre he hecho participar a todos los padres en la terapia, pero esto me demando, eh o no me demando, si no que me hizo hacer la obviedad de ehm... de incluirlos más hoy día, porque eh... yo creo que, que, que no estar jugando directamente con los niños, como en lo presencial hace que pierdan un poquito mas la atención, entonces si he podido instalar algunos recursos lúdicos, narrativos, pero también con harto apoyo de los padres, entonces yo siento que algo que ha cambiado, ha transformado mi trabajo con los niños mas pequeños, ha sido muy trabajar en co-terapia con los padres. Como muy, de que el padre va mediatizando muchas cosas que yo hacia sola antes en la atención con los niños.” (6M: 4).

Respecto a los **desafíos y limitaciones** de los y las pacientes, se identifican tres principales: el *desgaste*, el *acceso a internet* y en el *impacto de la crisis sanitaria en NNA y sus terapias*.

Si bien ya se ha demostrado un burnout en los y las terapeutas, para los y las pacientes y sus familias también se ha generado un *desgaste* importante. Este se evidencia en el caso de los padres por medio de los siguientes puntos:

- a. Ha habido un aumento del rol de contención e intervención en crisis de los y las terapeutas IJ con las familias, en particular los padres.
- b. Ha habido una dificultad para los clínicos para añadir más compromiso de los padres, debido a que ya se encuentran sobrepasados.
- c. Se ha observado que existe la tendencia de las mujeres llevarse toda la carga de la crianza, y el hombre mantiene un involucramiento bajo lo

esperado con los NNA. Esto implica un desbalance de los roles de cuidadores, creando una mayor presión a las madres.

- d. Los padres con hijos e hijas pequeños, durante las cuarentenas totales, no han tenido acceso a parques o a salir con ellos y ellas, lo que implica una pérdida de los recursos comunitarios.
- e. Finalmente, se han observado casos de padres que dejan solos a sus hijos e hijas en las casas durante la sesión con el o la terapeuta, aprovechando en esa instancia de salir o de realizar otras actividades.

La siguiente viñeta resume algunos de estos puntos:

“Claro, por que ellos [los padres] también... necesitan mucho acompañamiento. Tal vez ellos dicen, es el niño el que no se puede concentrar, el que no se qué... Pero al ver a los papas y sobre todo a las mamas, están sobrecargadas, que ya quieren salir y para ellos represento también la pérdida de recursos comunitarios, porque de todas los jardines y los colegios son recursos, que les dan mas tiempo a ellos y eso se perdió, eso ya no está, entonces ahí está el niño 24/7 y el papa y la mama detrás, atendiendo todas sus necesidades, entonces ellos también tienen necesidades de contención muy grandes.” (7D: 48).

Sobre los pacientes en general, ha existido desmotivación de parte de algunos por la modalidad online, desertando del tratamiento. Otros, reclaman sentirse cansados por la exposición a la pantalla, la cual lamentablemente es el medio que se utiliza de manera principal para hacer terapia de manera remota. Además, ha habido un notable aumento de la gravedad de los casos, requiriendo para la casi totalidad de ellos una interconsulta con psiquiatría. Finalmente, se ha notado que la población infanto-juvenil y sus familias pasan mucho tiempo encerrados en sus piezas, lo cual deteriora su salud mental y puede contribuir a mantener los síntomas del cuadro que están cursando. En la siguiente viñeta, la entrevistada comparte su experiencia al respecto:

“Los pacientes están más graves, especialmente los adolescentes, los adolescentes están más graves. Yo creo que en este rato, más del 50% de los

pacientes están con psiquiatra, de los que yo tengo. Hubo un momento en que tuve que, no sé, casi todos estarlos mandando a interconsulta, pues sus propios niveles de ansiedad, sus ideaciones suicidas, problemas de cortes... (...) Están en las piezas, los niños están encerrados en sus piezas. La mamá encerrada en su escritorio y los papás ídem, entonces es como, yo me imagino este cabro adentro, sentado, que de repente puede que ni siquiera levantarse para ir al colegio. Ni siquiera, osea, se despierta y pone "on" la cámara, y está durmiendo, y los papás no se dan cuenta." (4G: 32)

En lo relativo al acceso a internet, algunas terapeutas han detectado diferencias en la conectividad, cuya variable es el nivel socio económico. Esto es percibido como discriminatorio, pues las entrevistadas sugirieron que el acceso a internet debiese ser un derecho para todas las personas. Por otro lado, la conexión a internet inestable dificulta la terapia, y es un inconveniente tanto para los y las terapeutas como para los consultantes, pues ocupa un espacio del tiempo que les corresponde. Finalmente, en caso de no contar con un dispositivo que contenga una cámara, se considera que la terapia cumple una función de acompañamiento telefónico, pues faltaría poder ver el lenguaje corporal de ambas partes. Estas complicaciones figuran en la siguiente viñeta:

"Ya, mira, es que creo que para mí la experiencia ha sido bien distinta en término de estos dos grupos que te comentaba, que es en este centro y en mi consulta. Los pacientes de mi consulta obviamente internet vuela, tienen más espacio en la casa, más privacidad, entonces no ha sido tan difícil. Pero con los pacientes del centro, claro que es todo un desafío la conexión, porque muchas veces no tienen buena señal como para la plataforma que establece este centro. Entonces tengo que hacerla por video llamada de Whatsapp, que es mucho mas incómodo, o se corta, se cae. Y además son sesiones de media hora, si es como un consultorio. Entonces evidentemente es mucho más complicado." (1A: 18)

Sobre el *impacto de la crisis sanitaria en NNA y sus terapias*, cabe destacar un cambio en el rol de los niños para apoyar a su familia en la batalla

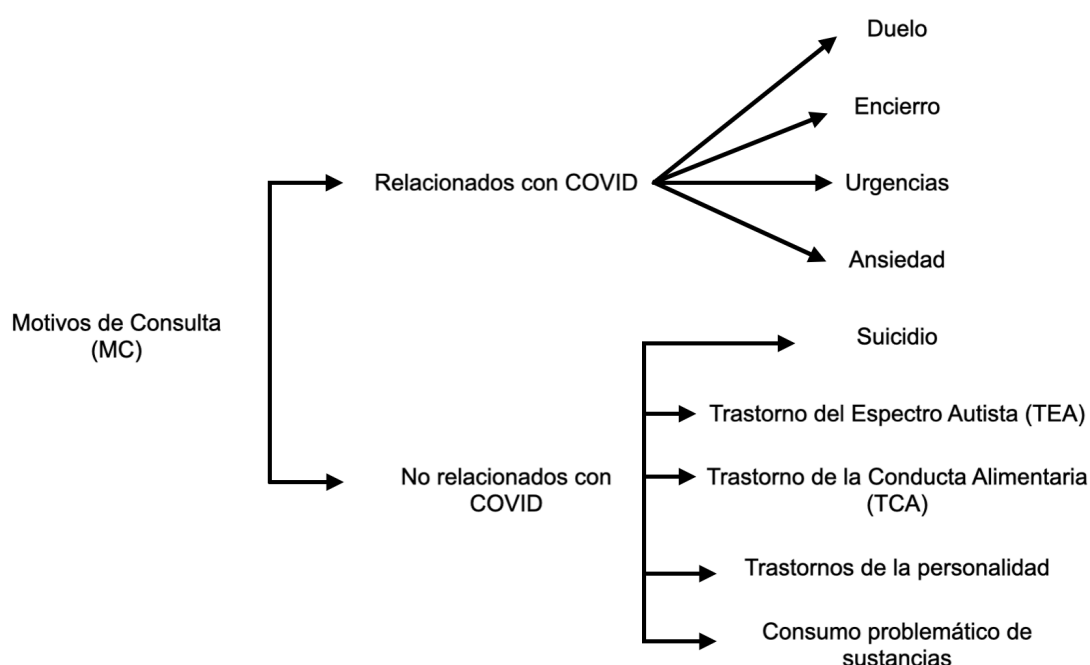
contra el Covid. En efecto, se ha percibido una demanda de mayor adaptación a los niños y niñas. Para ello, han tenido que adoptar roles más autónomos y protagónicos, lo cual ha provocado que ellos y ellas estén más solos. Por otro lado, los y las terapeutas se han enfrentado a un escenario crítico frente a la desigualdad de atención por edad entre pacientes. Esto debido a que el recurso de telemedicina se adecuaba más a adolescentes, y no a niñas y niños pequeños. Esto ha generado una percepción de mayor afectación en las niñas y niños pequeños por la falta de terapia para ellos, primero por no poder realizar la sesión de forma online, y segundo por el riesgo sanitario que conllevaría el realizar la terapia de manera presencial, y que no todas las familias están dispuestas a asumir. En otro ámbito, se han notado dificultades en la alianza y en la adaptación al formato online debido a estar en la pantalla en el colegio y también en la terapia. Por lo tanto, esta sobre-exposición ha ido en desmedro de algunos procesos psicológicos. Finalmente, se ha percibido un incremento de violencia y entropía en el hogar producto del encierro, lo cual constituye un factor de riesgo para los NNA. Como lo describe una de las terapeutas:

“Está el rol como que los niños se adapten también, como una madurez que uno habitualmente no le pide a los niños en terapia, porque... Para que la familia pueda salir a flote, y navegar en esta tormenta de Covid. En el fondo, todos tienen que remar para el mismo lado. Y en ese sentido siento que los niños igual han tenido que tomar roles mas protagónicos, roles con un poquito de mayor autonomía, cosas que no han estado muy presentes en la crianza chilena por lo menos. (...)Pero también hay otras como dificultades técnicas. Por ejemplo, al principio de la pandemia yo no logré hacer terapia con niños pequeñitos por el tema de los juguetes. Porque claro, no alcanzaba a desinfectar juguetes entre sesión y sesión, son sesiones de 45 minutos. Eehh... Por lo tanto al principio creo que los más afectados fueron los pequeñitos, donde trabajaba mucho más con los papás en habilidades parentales dentro de lo que se podía. En una segunda instancia hubo telemedicina, pero realmente como que, no tuvimos el tiempo como para darlo

a los niños, fue más que nada a los adolescentes. Entonces eso también fue bastante crítico.”

c) Motivos de consulta durante la crisis por Covid-19.

Figura 3. Esquema de clasificación jerárquico de la categoría “Motivos de consulta”.



Dentro de esta categoría, se encuentran dos principales subcategorías: *motivos de consulta relacionados con COVID*, y *motivos de consulta no relacionados con COVID* (Ver figura 3).

Sobre los **motivos de consulta relacionados con COVID**, emergen cuatro sub-categorías: *duelo*, *encierro*, *urgencia* y *gravedad de los casos*, y *ansiedad*. Respecto al *duelo*, se ha reportado un aumento de los casos con esta sensible temática. Debido al porcentaje de mortalidad de la enfermedad por Covid-19, muchas familias han presenciado la muerte de un ser querido, y algunas de ellas han requerido de acompañamiento profesional. Para ello, surge la inquietud de capacitarse y aprender sobre el duelo y sus procesos, pues es una temática difícil de abordar y trabajar. Otra forma de duelo ha sido el de

NNA por no ir al colegio, y no tener otros niños cerca de ellos, pues para ellos ha significado la pérdida de un recurso cognitivo y social con el que antes contaban. Como sugiere una de las terapeutas entrevistadas:

“Si, yo les recomendaría que si o si, se metieran en el tema del duelo. O sea yo creo que eso es algo súper importante, porque hay harto tema del duelo en esta pandemia. Tanto por las muertes, la amenaza de muerte, la enfermedad y la perdida de los espacios cotidianos, o sea todo gira mucho entorno al duelo y yo creo que es importante.” (6M: 38).

El encierro, por otro lado, ha permitido observar el proceso de los pacientes antes y durante la pandemia. Asimismo, se han evidenciado algunos efectos de la pandemia por Covid-19 en pacientes antiguos y pacientes nuevos. Sobre los pacientes nuevos, algunos de ellos tienen como motivo de consulta explícito los efectos de la pandemia por Covid-19 en ellos. Algunos de estos efectos son el aburrimiento de los hijos e hijas, los NNA “pegados” a las pantallas, temor de los NNA por padres que deben trabajar presencialmente y aumento de los niveles de tensión familiar que afectan a los NNA. Además, se ha notado que hay motivos de consulta previos que se intensifican, tal como lo comenta la terapeuta:

“Y respecto de la consulta privada, yo diría que efectivamente las consultas con los niños ha sido más que nada porque tienen problemas más concretos con los papás, pero asociados porque se están aburriendo más, porque no están estudiando porque están más pegados en la tele, o están en la pantalla. Y entonces también ha significado por ejemplo trabajar eso, está asociado obviamente a la pandemia. O porque están en lugares muy reducidos, y por lo tanto los niveles de tensión familiar están afectando a los niños. Y los que traían cosas previas, se ha intensificado bajo las condiciones de encierro. Yo diría que van apareciendo los temas de el temor de los niños porque los papás, alguno de los papás tendrá que salir a trabajar. Por la semi-presencialidad.” (5J: 32)

En lo relativo a la *urgencia y gravedad de los casos*, ha habido la percepción de aumento de urgencias y de gravedad durante la pandemia. Esto ha provocado un sentimiento de incertidumbre en los y las terapeutas, de no saber qué hacer con los casos graves, pues detectan un vacío en la literatura al respecto. En particular, la casi totalidad de los terapeutas ha mencionado que ha habido un aumento de autolesiones entre sus pacientes. Lo que hace más difícil esta situación, es que algunos terapeutas consideran que hay pacientes con los cuales no se pueden trabajar de manera online. Esto provoca dos posibles caminos: realizar sesiones presenciales con ellos o ellas, incluyendo los riesgos sanitarios que eso implica, o no ser capaz de atender el caso. Esto se puede evidenciar en la siguiente viñeta:

“Otra barrera, tiene que ver con la gravedad de los casos también, yo creo que no todos los casos son como para atenderlos con modalidad online. Entonces, yo me orientaría a pensar que, los casos que requieren más intervenciones de apoyo, de intervención podrán hacerse por esta vía, pero siempre y cuando no sean pacientes, excesivamente graves, cuando... cuando se necesita por ejemplo hacer una interconsulta, la posibilidad de movimiento de la gente también es mas limitada o trastornos, trastornos graves, requieren de una contención más... más presencial, entonces me parece que ahí hay otra barrera importante, que es de la naturaleza de los problemas de salud mental, que es grave. Puede que otro colega no este de acuerdo, pero por ejemplo y uno de los casos que yo tengo, que es de los casos mas graves que yo tengo, que cuando tuvimos que cambiar a este entorno... Uf... se desestructuro mucho, entonces dejaba de asistir a sesiones, igual yo estaba encima llamando, pero... pero ha sido muy difícil, porque ha veces el encuadre presencial ayuda a contener algunos aspectos de la personalidad, del psiquismo y eso se pierde” (7D:18)

Finalmente, se ha detectado un aumento de consultantes por *ansiedad*, especialmente de la población adolescente, quienes ese año debían dar la nueva versión de la PTU (Prueba de Transición para la Admisión Universitaria).

Además han surgido síntomas paranoides que elevan aún más la preocupación por las y los pacientes, tal como lo declara la entrevistada:

“Hubo un momento en que tuve que, no sé, casi todos estarlos mandando a interconsulta, pues sus propios niveles de ansiedad, sus ideaciones suicidas, problemas de cortes... Aparecieron problemas asociados a la exposición de ellos a la pantalla, de sentir que todo el mundo los mira, algo medio paranoide, de imagen corporal, y por lo tanto uno tenía mucho más que estar monitoreando esto.” (4G: 32).

Sobre los **motivos de consulta no relacionados con COVID**, saltan a la vista los siguientes: *suicidio o ideación suicida, Trastorno del Espectro del autismo (TEA), Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA), Trastornos de la Personalidad (Tr.P) y consumo problemático de sustancias.*

En cuanto a la *ideación suicida o suicidio*, existe una percepción de no correlación entre inicio de la pandemia y aumento de casos de ideación o intento suicida. Pero, sí se ha reportado un aumento de casos de adolescentes con ideación e intento suicida. Esto genera una sensación de pesada carga emocional en las familias que tienen hijos o hijas con ideación y/o intento suicida debido al riesgo de pérdida de los mismos por suicidio. Para tratar de apoyar a los adolescentes y sus familias, se implementaron las siguientes medidas:

- a. Prevención suicida gracias a intervenciones y apoyo oportunos.
- b. Herramientas de vinculación como recurso importante frente a casos de ideación suicida con atención online.
- c. Promoción de un espacio sin crítica o juicio como herramienta para tratar casos con ideación suicida en consulta online.
- d. Fomento de un espacio sin críticas o juicio para promover la alianza terapéutica y la expresión de adolescentes en formato online.

Estas son las herramientas que nos proporciona una de las terapeutas IJ:

“He tenido varios chicos y chicas con ideación suicida. Pensándolo bien, ninguno con intento, lo cual ya es un paso respecto de lo que sigo

presencialmente. Eehh... Afortunadamente, tengo como las herramientas como para vincularnos, de una forma que sea contenedora sin enjuiciar. Yo creo que eso ha sido súper importante para mí. Eehh... Y para los chicos, en el fondo. Como, saber que tu puedes hablar de estos temas, y que la otra persona lo vea en la pantalla y jamás te va a decir como lo que le dicen sus papás: “¡pero si tu tienes que sentirte bien! Si lo tienes todo, vamos, ¡ánimo!”. Como que eso lo valoro: el poder hablar sin sentirse criticados o enjuiciados. Entonces eso sí ayuda mucho a la alianza terapéutica. A un nivel que en el fondo, cuando ellos lo piensan, incluso como que ya no lo tengo que preguntar tanto yo. Como que ellos mismos lo han ido expresando mayormente. Eehh... Ha sido un tema como el conversarlo con los papás, porque por último tu sabes que después de la sesión, puedes ir viendo cómo reaccionan los papás, la mamá, puedes extender la hora, no sé puedes hacer distintas cosas para asegurarte que la familia se vaya bien armada.” (2AM: 36).

Sobre la población con TEA, ha habido dificultades con el formato online para estos pacientes, lo cual implica desafíos en la adaptación de la terapia para esta población en particular. Como lo resume una de las entrevistadas con el ejemplo de sus casos:

“Eehh... A ver, para mí siempre son un desafío grande los pacientes del espectro autista, y actualmente ya desde antes de la pandemia ya venían conmigo desde fines del año pasado. Tengo 3 pacientes del espectro autista, y con ellas ha sido más desafiante, o en el fondo demandan más eh... Ha sido más desafiante yo creo que con ellas, poder adaptar... Bueno, con dos de ellas como el formato en línea, y con la otra como tener que trabajar por teléfono. Yo en algún momento pensé que no iba a poder, pero lo fuimos haciendo, y lo hemos logrado.” (1A: 24)

Respecto a los TCA, se ha percibido una dificultad de atención en temáticas asociadas a la autoimagen. Lo cual ha requerido una necesidad de apoyo de la familia para monitorear a pacientes con TCA. La dificultad radica en no poder ver en persona a la o el paciente, de tal forma de poder intuir

cambios corporales que guarden relación directa con este trastorno. Para ello, como plantea una de las terapeutas, es necesario encontrar maneras de poder tratar con este trastorno por medio de la modalidad online:

“Bueno el otro tema, es que como yo trabajo en temas de imagen corporal, muchas pacientes me dicen que tienen, no sé, que están muy aproblemadas con su imagen corporal, y yo en las pantallas las veo súper delgadas. Pero no alcanzo como a darme cuenta de la magnitud de si está en sobrepeso o bajo peso, las chicas con anorexia no logro ver si están bajo peso. Y eso para mí es un tema súper delicado, súper importante como... Porque me dedico a esa área. Eso para mí ha sido complicado, de ahí siempre... No sé por, si es más adolescente le pregunto a una, a la mamá, qué tanto es así. Y qué tan gorda está, que tan flaca está, por el peso. He tenido que preguntar algunos IMC, osea como hacerme yo la idea... Yo lo encuentro importante.” (2AM: 24)

En lo referente a los *trastornos de la personalidad*, se ha notado una dificultad en la terapia con pacientes que sufren de esta condición psicológica, por lo que se ha tenido que realizar una derivación de adolescentes limítrofes con autoagresiones a un equipo presencial. Como lo asevera la siguiente viñeta:

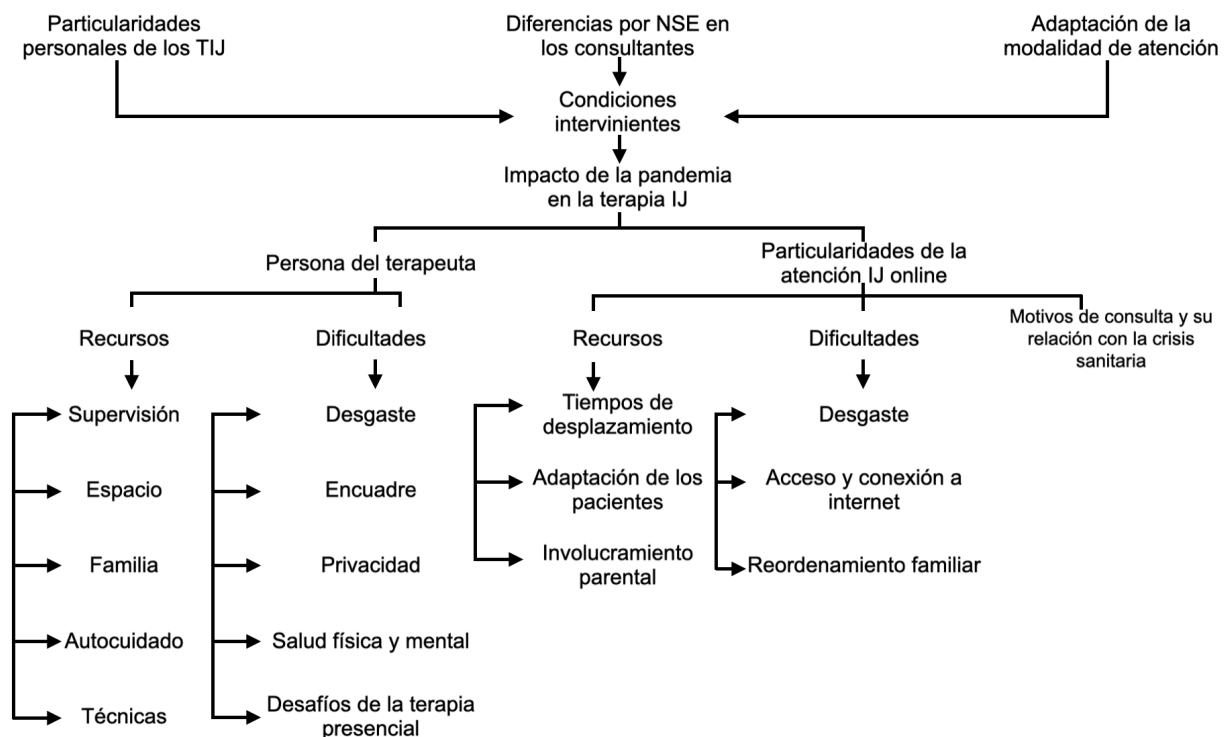
“Pero con pacientes con trastorno de la personalidad, sobre todo los adolescentes o las adolescentes limítrofes, con autoagresiones, con cortes y todo, ahí he hecho la derivación para que trabaje alguna colega de forma presencial, o un equipo especializado.” (1A: 24)

Finalmente, el consumo problemático de sustancias es también una condición de alto riesgo y gravedad, se ha planteado que no es posible poder trabajarlo de manera online. Para ello, una solución es derivar a un o una profesional que pueda realizar el tratamiento de manera presencial, tal como lo indica la participante del estudio:

“Yo no trabajo con problemas de adicción, de consumo, pero no controlo lo que me llega. Entonces una vez que se establece que la problemática tiene que ver con abuso de sustancias, ahí evidentemente hago la derivación y no sigo trabajando en línea.” (1A, 24).

Resultados relacionales

Figura 4. Esquema de clasificación jerárquico relacional.



Relativo a los resultados relacionales, podemos identificar como condiciones intervinientes a las particularidades personales de los Terapeutas Infanto-Juveniles (TIJ), las diferencias por Nivel Socio-Económico (NSE) de los consultantes y la Adaptación de la Modalidad de Atención. Todas estas variables muestran el impacto de la pandemia en la terapia IJ, el cual se logra desglosar por medio de los recursos y dificultades con la Persona del Terapeuta y de los recursos, dificultades y motivos de consulta en la Atención Online.

8. Conclusiones y discusión

Los resultados de esta investigación tuvieron como objetivo conocer la percepción de terapeutas infanto-juveniles en Chile sobre sus desafíos y fortalezas en la atención clínica durante los inicios de la pandemia por Covid-19, en el año 2020.

Uno de los principales hallazgos corresponde a la *formación y desarrollo de la alianza terapéutica en la atención online*. En efecto, si bien en un principio podría existir un cierto temor o escepticismo sobre si se podía o no atender en línea, la totalidad de los participantes notan que sí hay existencia de alianza terapéutica en los procesos terapéuticos con sus pacientes. La diferencia, según los encuestadas y encuestados, radica en preguntarse si el vínculo que se genera es el mismo que se lograría en una terapia presencial, o si es que existen elementos que entorpecen o favorecen su concreción. Es decir, la incógnita reside en la calidad del vínculo más que en la existencia del mismo, según las opiniones de los y las terapeutas de este estudio. Asimismo, surge una invitación a no temerle a las atenciones en línea, y a confiar en la adaptabilidad y disposición personal para lograr forjar la alianza terapéutica.

Luego, destaca la *capacidad de los y las terapeutas de establecer redes de apoyo profesionales*, en conjunto con las *herramientas* que lograron desarrollar para las consultas virtuales. A fin de poder compartir estas herramientas, surgen dos espacios de comunicación: 1. Las supervisiones clínicas y, 2. Los espacios de aprendizaje y apoyo entre terapeutas fuera del espacio de supervisión. En ellos, no sólo logran difundir su conocimiento adquirido en este periodo, sino que también logran generar un espacio de contención mutua, validar sus experiencias y fomentar la capacidad de adaptación de cada uno/a. En cuanto a los recursos desarrollados, destacan: los juegos en línea, la caja de arena virtual de la corporación de Violet Oaklander, Youtube, Power Point, y estrategias de Videofeedback. También se da cuenta de la importancia de ocupar materiales que los y las pacientes ya

tengan en sus hogares, y de la importancia de la actitud terapéutica y lúdica que pueda expresar el o la terapeuta. Es decir, que en el contexto terapéutico virtual no es necesario tener caja de arena o juguetes sofisticados, sino que la actitud, el tono de voz, las expresiones faciales y las dinámicas que se generen son suficientes para lograr desarrollar una terapia efectiva.

Por otro lado, surgen *elementos de la vida cotidiana y de los entornos familiares y personales de los y las terapeutas*, que influyen significativamente en la experiencia de cada terapeuta. Efectivamente, al haber estado confinados en sus hogares, la familia es el primer y más próximo contacto humano presencial que se tiene. Por tanto, el mantener una convivencia organizada y armónica es importante para cada uno de los integrantes, tanto desde el punto de vista laboral como el personal. Una forma de propiciar esta sana convivencia ha sido el diferenciar, compartir y delimitar espacios dentro del hogar, al igual que respetar los tiempos en conjunto, de los tiempos separados (sea para actividades recreacionales, como para trabajo y/o estudio). En términos emocionales, el mantener el contacto con la familia, amigos y mascotas ha sido crucial, pues son fuente de cariño, tranquilidad y de desconexión, según las percepciones de las y los entrevistados. En cambio, el deterioro en la salud física o mental de las y los clínicos, el tener hijos pequeños y contar con un espacio reducido donde vivir, fueron percibidos como elementos que afectaban el bienestar de las y los terapeutas infanto/juveniles.

Luego, llama la atención la *percepción que tienen las y los clínicos sobre sus pacientes infanto-juveniles, y sus familias*. Aquí, destacan tres factores relevantes: por un lado, destaca el factor socioeconómico de las y los pacientes, donde la terapia se ve afectada en su periodicidad usando las sesiones quincenales, el acceso a internet, y por la dificultad para mantener el encuadre o establecer y respetar los límites en sesión. Por otro lado, se ha notado un desgaste importante en las familias, donde los padres se ven sobrecargados y sus hijos e hijas se ven cansados y desmotivados, lo cual aumenta la gravedad de los casos. Esto subraya la necesidad de proveer un mayor acompañamiento al holón parental, sea a nivel terapéutico, o

comunitario. Finalmente, se ha percibido una adaptación significativa de las y los pacientes al formato digital, al igual que un mayor involucramiento de los padres en el proceso de terapia de los NNA. Estos elementos se han transformado en facilitadores al momento de realizar las sesiones, y de avanzar en el tratamiento.

En base a lo expuesto en la literatura, y en los resultados de este estudio, surge la importancia de prevenir y detectar el desgaste profesional, o burnout en los y las trabajadores en salud mental en estos contextos críticos. Es importante ser capaz de identificar a tiempo indicadores de deterioro de la salud mental, pues las y los terapeutas IJ trabajan con personas con problemas de salud mental. No sólo es una responsabilidad ética con los pacientes, sino que también implica velar por el propio bienestar. Para evitar el burnout, el autocuidado es fundamental. La totalidad de las y los participantes coinciden en tener al menos un elemento que las y los haya apoyado durante este periodo. Ejemplos de elementos de autocuidado han sido: ejercicio físico, actividades placenteras que no incluyan pantallas, salir al aire libre, compartir con seres queridos, disfrutar una buena comida, mantener una rutina o romper la rutina, ser flexible, y ser honestos con uno mismo.

Finalmente, este estudio reconoce las siguientes limitaciones:

- a. Las entrevistas a las y los participantes se realizaron durante el año 2020, es decir el primer año de la crisis sanitaria. Por tanto, se recogen las percepciones iniciales de terapeutas IJ, quienes acababan de implementar la terapia online como solución a la dificultad de realizar sus atenciones presenciales. Cabe preguntarse cuales serían las percepciones de terapeutas IJ en el presente, luego de dos años de pandemia, y conocer si estas herramientas y limitaciones percibidas se mantienen, o han variado.
- b. Se señala la muestra acotada, lo cual dificulta realizar proyecciones al resto de la población de terapeutas IJ.

- c. Dado que en este estudio se les da voz a los y las terapeutas IJ, sería interesante en un estudio futuro conocer las perspectivas de pacientes infanto-juveniles y sus familias acerca de sus procesos de terapia.

En conclusión, los principales hallazgos del presente estudio, y las proyecciones de estos, son los siguientes:

1. La alianza terapéutica si se logra realizar en el formato online. La duda reside en la calidad de ésta.
2. Se identificaron recursos profesionales e individuales, que apoyaron a los y las terapeutas a adaptarse al contexto virtual de terapia, y al contexto de crisis sanitaria.
3. Se detecta un desgaste importante en los y las pacientes infanto-juveniles junto con sus familias, tanto a nivel relacional como económico.
4. Se espera que con el conocimiento adquirido de la pandemia por covid-19, y de la experiencia de los y las terapeutas, realizar políticas públicas que puedan apoyar y facilitar recursos de salud mental tanto para la población, como para los y las profesionales de la salud mental.

9. Referencias

1. American Psychiatric Association. (2013). *Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM-5*. (5a ed.).
2. Asociación de Municipalidades de Chile. (Abril 2020). *Encuesta nacional de caracterización de la opinión de apoderadas y apoderados en relación a la gestión educativa en el actual contexto de pandemia en Chile*. Recuperado de: <https://www.amuch.cl/wp-content/uploads/2020/04/Encuesta-nacional-de-caracterizacion-de-la-opinion-de-apoderadas-y-apoderados-en-relacion-a-la-gestion-educativa-en-el-actual-contexto-de-pandemia-en-Chile.pdf>
3. Asociación de Municipalidades de Chile. (Mayo 2020). *Encuesta nacional de salud mental de las personas en tiempos de pandemia de Covid-19*. Recuperado de: <https://www.amuch.cl/wp-content/uploads/2020/05/Encuesta-nacional-de-salud-mental-de-las-personas-en-tiempos-de-pandemia-del-covid-19-2020.pdf>
4. Asociación de Municipalidades de Chile. (Mayo 2020). *Encuesta nacional caracterización de la percepción de padres respecto de sus hijos/as en el actual contexto de crisis sanitaria derivada de la pandemia de Covid-19*. Recuperado de: https://www.amuch.cl/wp-content/uploads/2020/05/Encuesta-nacional-de-caracterizacion-de-la-percepcion-de-padres-respecto-a-sus-hijos_as-en-el-actual-contexto-de-crisis-sanitaria-derivada-de-la-pandemia-del-covid-19-2020.pdf
5. Bonilla-García, M. y López-Suárez, A. (2016). Ejemplificación del proceso metodológico de la teoría fundamentada. *Cinta moebio*, 57, 305-315. DOI: 10.4067/S0717-554X2016000300006
6. Bravo, D., Errázuriz, A. & Campos, D. (2022, 28 de junio). Termómetro de la salud mental en Chile ACHS-UC: quinta ronda. Asociación Chilena

- de Seguridad. <https://www.achs.cl/docs/librariesprovider2/noticias-2022/achs-127833/tms-ronda-5-conferencia.pdf>
7. Brooks, S. K., Webster, R. K., Smith, L. E., Woodland, L., Wessely, S., Greenberg, N., y Rubin, G. J. (2020). The psychological impact of quarantine and how to reduce it: rapid review of the evidence. *The Lancet*, 395, 912-920.
 8. Cabodevilla, I. (2007). Las pérdidas y sus duelos. *An. Sist. Sanit. Navar*, 30(3), 163-176.
 9. Centro Metáfora. (2020). Recuperado de: https://terapiadejuego.cl/wp-content/uploads/2020/04/guia_reencontrarnos_terapia_linea.pdf
 10. Diaz, C. (2015, Septiembre). Protocolo de atención al duelo, crisis no normativa. Centro de Salud Familiar Pedro Aguirre Cerda. <https://www.sccoquimbo.cl/gob-cl/mais/files/06-12-2017/saludfamiliar/PROTOCOLO%20DE%20CRISIS%20NO%20NORMATIVA%20DUELO%20PAC.pdf>
 11. Dutheil, F., Mondillon, L., & Navel, V. (2021). PTSD as the second tsunami of the SARS-Cov-2 pandemic. *Psychological Medicine*, 51(10), 1773-1774. DOI:10.1017/S0033291720001336
 12. Fisher, S., Guralnik, T., Fonagy, P., y Zilcha-Mano, S. (2020). Let's face it: video conferencing psychotherapy requires the extensive use of extensive cues. *Counselling Psychology Quarterly*, 1-18. DOI: <https://doi.org/10.1080/09515070.2020.1777535>
 13. Galindo, O., Ramírez, M., Costas, R., Mendoza, L., Calderillo, G. y Meneses, A. (2020). Síntomas de ansiedad, depresión y conductas de autocuidado durante la pandemia de Covid-19 en la población general. *Gaceta Médica de México*, 156, 298-305. DOI: 10.24875/GMM.20000266

14. Glaser, B. y A. Strauss (1967). *The discovery of grounded theory: strategies for qualitative research*. New York: Aldine Publishing Company
15. Guerrero, M. (2016). La investigación cualitativa. *INNOVA Research Journal*, 1(2), 1-9. DOI: <https://doi.org/10.33890/innova.v1.n2.2016.7>
16. Guzmán, E., Concha, Y., Oñate, A., Lira, C., Cigarroa, I., Méndez, G., Castillo, M., Valdés, P. y Zapata, R. (2020). Factores asociados a una baja calidad de vida en adultos chilenos durante la cuarentena por Covid-19. *Rea Med Chile*, 1(148), 1759-1766.
17. Hossain, M., Sultana, A. y Purohit, N. (2020). Mental health outcomes of quarantine and isolation for infection prevention: a systematic umbrella review of the global evidence. *Epidemiology and health*, 42, 1-11. DOI: <https://doi.org/10.4178/epih.e2020038>
18. Huarcaya, J. (2020). Consideraciones sobre la salud mental en la pandemia de Covid-19. *Rev Peru Med Exp Salud Pública*, 37(2), 327-334. DOI: <https://doi.org/10.17843/rpmesp.2020.372.5419>
19. Jerves, R., (2020). Pandemia y ansiedad social. *Revista de la facultad de ciencias médicas, Universidad de Cuenca*, 38(1), 13-16. DOI: <https://doi.org/10.18537/RFCM.38.01.03>
20. Juárez, A. (2020). Síndrome de burnout en personal de salud durante la pandemia COVID-19: un semáforo naranja en la salud mental. *Salud UIS*, 52(4), 432-439. DOI: <https://doi.org/10.18273/revsal.v52n4-2020010>
21. Larrotta, R., Méndez, A., Mora, C., Córdoba, M. Y Duque, J. (2020). Pérdida, duelo y salud mental en tiempos de pandemia. *Revista de la Universidad Industrial de Santander Salud UIS*, 52(1), 179-180.
22. Larroy, C., Estupiñá, F., Fernández-Arias, I., Hervás, G., Valiente, C., Gómez, M., ... Pardo, R. (2020). Guía para el abordaje no presencial de las consecuencias psicológicas del brote epidémico de Covid-19 en la población general. Recuperado de: <http://www.cop.es/uploads/PDF/GUIA-ABORDAJE-CONSECUENCIAS-PSICOLOGICAS-COVID19.pdf>

23. Liu, C. H., Zhang, E., Wong, G. T. F. y Hyun, S. (2020). Factors associated with depression, anxiety, and PTSD symptomatology during the COVID-19 pandemic: Clinical implications for US young adult mental health. *Psychiatry research*, 290, 113-172. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.113172>
24. Logue, K., Franko, N., McCulloch, D., McDonald, D., Magedson, A., Wolf, C. y Chu, H. (2021). Sequelae in adults at 6 months after COVID-19 infection. *JAMA Network Open*, 4(2), 1-4. DOI: 10.1001/jamanetworkopen.2021.0830
25. Martínez, C. (2020). *Intervención y psicoterapia en crisis en tiempos del coronavirus para psicólogos/as clínicos y psicoterapeutas*. Recuperado de : file:///Users/Dany/Downloads/GUIA%20IC%20COVID-19_abril2020.pdf
26. Mesa social: salud mental y bienestar psicosocial, Chile. (2020, 15 de Mayo). Recomendaciones y guías de acompañamiento frente a duelos por Covid-19. Un aporte de las universidades del país frente a la pandemia por Covid-19. http://www.psicologia.uc.cl/wp-content/uploads/2020/05/20200518_GUIAS-DE-ACOMPAN%CC%83AMIENTO-Y-DUELO-COVID-2.pdf
27. Mesa Técnica de salud mental en la gestión del riesgo de desastres MINSAL, Gobierno de Chile. (2020, Abril). Consideraciones para el abordaje de duelo en equipos de salud en contexto de la pandemia por Covid-19. https://degreyd.minsal.cl/wp-content/uploads/2020/04/Consideraciones-para-el-abordaje-del-Duelo-en-Equipos-de-Salud.-DEFINITIVO_.pdf
28. Mesa Técnica de salud mental en la gestión del riesgo de desastres MINSAL, Gobierno de Chile. (2020). Guía práctica de bienestar emocional: Cuarentena en tiempos de COVID-19. https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2020/04/2020.04.12_GUIA-PRACTICA-CUARENTENA-EN-TIEMPOS-DE-COVID19_final.pdf

29. Ministerio de Salud, Gobierno de Chile. (2020, Abril). Protocolo de funerales en contexto de pandemia por Covid-19. <http://www.colegiomedico.cl/wp-content/uploads/2020/04/Protocolo-de-Funerales-en-Contexto-de-Pandemia-por-COVID-19-1.pdf.pdf>
30. Molina, J. (2019). Concepción de la educación ambiental ante la crisis ecológica. *Revista gestión y desarrollo libre*, 4(7), 1-13.
31. Monge, V. (2015). La codificación en el método de investigación de la *grounded theory* o teoría fundamentada. *Innovaciones educativas*, (22), 77-84.
32. Monterrosa, A., Buelvas, C. y Ordosgoitia, E. (2021). Probable trastorno de ansiedad generalizada en la pandemia COVID-19: valoración en médicos generales del Caribe colombiano. *Duazary*, 18(1), 7-19. DOI: <https://doi.org/10.21676/2389783X.3890>
33. Morales, F. (2018). *Conozca 3 tipos de investigación: descriptiva, exploratoria y explicativa*. Recuperado de: <https://psicolog.org/conozca-3-tipos-de-investigacin-descriptiva-exploratoria-y-exp.html>
34. Morales, M. (2020). Estallido social en Chile 2019: participación, representación, confianza institucional y escándalos públicos. *Análisis político*, 1(98), 3-15.
35. Moreno, G. (2020). Pensamientos distorsionados y ansiedad generalizada en Covid-19. *CienciAmérica*, 9(2), 1-5. DOI: <http://dx.doi.org/10.33210/ca.v9i2.314>
36. Muñoz, S., Molina, D., Ochoa, R., Sánchez, O. y Esquivel, J. (2020). Estrés, respuestas emocionales, factores de riesgo, psicopatología y manejo del personal de salud durante la pandemia por Covid-19. *Acta Pediátrica de México*, 40(1), 127-136.
37. Organización Mundial de la salud. (2020). *Consideraciones psicosociales y de salud mental durante el brote de Covid-19*. Recuperado de: <https://www.paho.org/es/documentos/consideraciones->

38. Otzen, T. y Manterola, C. (2017). Técnicas de muestreo sobre una población a estudio. *International Journal of Morphology*, 35(1), 227-232.
39. Palomino, C. y Huarcaya, J. (2020). Trastornos por estrés debido a la cuarentena durante la pandemia por la Covid-19. *Horizonte Médico*, 20(4), 1-6. DOI: <https://doi.org/10.24265/horizmed.2020.v20n4.10>
40. Pineda, C. y López-López, W. (2010). Atención psicológica postdesastres: más que un “guarde la calma”. Un revisión de los modelos de las estrategias de intervención. *Terapia psicológica*, 28(2), 155-160.
41. Pittman, F. (1990). Momentos decisivos: Tratamiento de familias en situaciones de crisis. Barcelona, Paidós.
42. Ramírez, J., Castro, D., Lerma, C., Yela, F. y Escobar, F. (2020). Consecuencias de la pandemia de la Covid-19 en la salud mental asociadas al aislamiento social. *Revista Colombiana de Anestesiología*, 48(4), 1-8. DOI: <https://doi.org/10.5554/22562087.e930>
43. Remmerswaal, D. y Muris, P. (2011). Children's fear reactions to the 2009 Swine Flu pandemic: The role of threat information as provided by parents. *Journal of anxiety disorders*, 25(3), 444-449.
44. Ribot, V., Chang, N. y González, A. (2020). Efectos de la Covid-19 en la salud mental de la población. *Revista Habanera de Ciencias Médicas*, 19, 1-11.
45. Román, J. y Ibarra, S. (2022). Solidaridad y COVID-19 en Chile: tensiones y desafíos para afrontar la pandemia solidariamente. *Revista latinoamericana POLIS*, 21(62), 32-51.
46. Sprang, G., y Silman, M. (2013). Posttraumatic stress disorder in parents and youth after health-related disasters. *Disaster medicine and public health preparedness*, 7(1), 105-110.

47. Substance Abuse and Mental Health Services Administration. (2014). *Tips for disaster responders: understanding compassion fatigue*. Recuperado de: <https://store.samhsa.gov/product/Tips-for-Disaster-Responders-Understanding-Compassion-Fatigue-Spanish-Version-/SMA14-4869SPANISH>
48. Tomás-Sábado, J. (2020). Miedo y ansiedad ante la muerte en el contexto de la pandemia de la Covid-19. *Rev Enferm Salud Ment*, 16, 26-30. DOI: 10.5538/2385-703X.2020.16.26
49. UNICEF. (2020). *Mensajes y acciones importantes para la prevención, y el control del COVID-19 en las escuelas*. Recuperado de: <https://www.unicef.org/chile/media/3301/file>
50. Urzúa, A., Vera-Villarroel, P., Caqueo-Úrizar, A. y Polanco-Carrasco, R. (2020). La psicología en la prevención y manejo del covid-19. Aportes desde la evidencia inicial. *Terapia psicológica*, 38(1), 103-118.
51. Wang, C., Pan, R., Wan, X., Tan, Y., Xu, L., Ho, C. S., y Ho, R. C. (2020). Immediate psychological responses and associated factors during the initial stage of the 2019 coronavirus disease (COVID-19) epidemic among the general population in china. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(5), 17-29.
52. World Health Organization (2019, May). Burn-out an “occupational phenomenon”: International Classification of Diseases, <https://www.who.int/news/item/28-05-2019-burn-out-an-occupational-phenomenon-international-classification-of-diseases>

10. Anexos

A) Guión de preguntas para entrevista:

Antes de realizar la entrevista, se debe contar con el consentimiento informado firmado. Luego, se realiza la presentación (nombre, profesión, objetivo de la entrevista, contexto de Trabajo de Grado de Magister en Psicología Clínica). Después, se indaga: “¿Está bien proceder con la entrevista?”. Para comenzar, le haré un par de preguntas sobre su orientación profesional, su trayectoria laboral, y algunas preguntas personales:

- 1.- ¿Cuál es su orientación teórica?
- 2.- ¿Cuántos años de egreso tiene?/¿Hace cuántos años que trabaja como terapeuta infanto-juvenil?
- 3.- ¿Cuál es su trayectoria laboral? ¿En qué lugares ha trabajado como psicólogo/a IJ?
- 4.- ¿Trabaja en el sector público, privado, o ambos en este momento?
- 5.- ¿Ha sido diagnosticado con COVID-19?/¿Ha contraído la enfermedad? En caso positivo, ¿Hace cuánto tiempo?
- 6.- ¿Ha perdido a alguien cercano por coronavirus?

Objetivo 1: Explorar las percepciones de psicólogos infanto juveniles por su percepción de autoeficacia durante el periodo de pandemia.

¿Cómo sientes que ha sido tu desempeño como terapeuta desde que comenzó la pandemia hasta la fecha?

¿Consideras que has mejorado, empeorado, o permanecido estable como terapeuta? ¿Por qué?

¿Ha cambiado su forma de hacer terapia en estos tiempos? ¿Cómo?

Objetivo 2: Identificar las limitaciones y dificultades experimentadas por los terapeutas.

¿Cuáles sientes que han sido los mayores desafíos que has encontrado durante esta crisis sanitaria?

¿Qué limitaciones percibes en tu trabajo clínico en la actualidad?

Objetivo 3: Conocer los elementos y recursos que han facilitado el trabajo clínico de psicólogos.

¿Qué elementos sientes que te han ayudado a continuar con las atenciones psicológicas?

¿Qué recursos profesionales has encontrado durante este periodo que te han apoyado en tu quehacer laboral?

Objetivo 4: Explorar los recursos personales y profesionales percibidos durante la crisis.

Desde el punto de vista personal, ¿Qué elementos de tu vida familiar/ambiental consideras que han sido un apoyo para ti? (internet-autocuidado-espacio físico, etc.).

Objetivo 5: Describir la experiencia de terapeutas con el uso de herramientas tecnológicas durante el contexto de la crisis.

¿Qué herramientas tecnológicas has comenzado a utilizar en tus atenciones clínicas?

¿Cómo ha sido tu experiencia con ellas?

¿Sientes que el uso de herramientas tecnológicas en tus atenciones psicológicas afecta a la alianza terapéutica? ¿De qué manera?

¿Qué recomendaciones harías a otros terapeutas en relación a estas herramientas tecnológicas?

Objetivo 6: Conocer las consecuencias personales y profesionales.

¿Ha habido consecuencias directas de la pandemia en el número de atenciones psicológicas que realizas?

¿Cómo han sido tus niveles de estrés y ansiedad laboral desde el inicio de la pandemia? ¿Sientes que esto ha afectado tu trabajo?



B) CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Herramientas y dificultades en la atención de salud mental en contexto de crisis sanitaria por coronavirus, desde la perspectiva de psicoterapeutas infanto-juveniles en Chile.

Profesor Guía: Germán Morales. Investigadora: Daniela Castelli.

Usted ha sido invitada/o a participar en el estudio de trabajo de grado **“Herramientas y dificultades en la atención de salud mental en contexto de crisis sanitaria por coronavirus, desde la perspectiva de psicoterapeutas infanto-juveniles en Chile”** a cargo de la investigadora Daniela Castelli, supervisada por Germán Morales. Este estudio se realiza en el marco del programa de Magíster en Psicología Clínica de la Pontificia Universidad Católica de Chile. El objeto de esta carta es ayudarlo a tomar la decisión de participar (o no) en la presente investigación.

¿Cuál es el propósito de esta investigación?

Describir los significados atribuidos al quehacer clínico de psicólogos infanto-juveniles chilenos en el contexto de la pandemia por Covid-19.

¿En qué consiste su participación?

Su participación consiste en la realización de una entrevista, en donde se formularán preguntas relacionadas al tema de investigación. Esta entrevista tendrá una duración aproximada de una hora cronológica, y está conformada por diversos ejes, los cuales están orientados principalmente a conocer su punto de vista.

¿Qué riesgos corre al participar?

Su participación en la realización de la entrevista no conlleva ningún tipo de riesgo.

¿Qué beneficios puede tener su participación?

Su participación constituye un gran apoyo a la investigación y a la formación académica, y por ende un aporte a la generación de conocimiento.

¿Qué pasa con la información y datos que usted entregue?

Los datos obtenidos en el marco de este estudio son de carácter estrictamente CONFIDENCIAL y su uso solo será dentro del marco de la investigación a realizar. Los datos recopilados en la entrevista por medio de grabaciones estarán resguardados en los archivos de la investigación en formato digital. Luego de cumplir sus objetivos dentro de la investigación, serán eliminados. Para resguardar su identidad y asegurar la confidencialidad, los nombres y lugares mencionados en la entrevista serán cambiados.

¿Es obligación participar? ¿Puede arrepentirse después de participar?

Su participación en la presente investigación es absolutamente voluntaria, así como también puede retirarse en cualquier momento que lo considere oportuno.

¿A quién puede contactar para saber más de este estudio o si le surgen dudas?

Si tiene cualquier pregunta acerca de esta investigación, puede contactar a Daniela Castelli, su email es dpcastelli@uc.cl. Si usted tiene alguna consulta o inquietud respecto a sus derechos como participante de este estudio, puede contactar a Germán Morales, docente de la Pontificia Universidad Católica. Su email es gpmorale@uc.cl De antemano agradecemos su tiempo y disposición.

HE TENIDO LA OPORTUNIDAD DE LEER ESTA DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO INFORMADO, HACER PREGUNTAS ACERCA DEL

PROYECTO DE INVESTIGACIÓN, Y ACEPTO PARTICIPAR EN ESTE PROYECTO.

Firma del/la Participante

Fecha

Nombre del/la Participante

Firma de la investigadora