

Junio 2020 – Síntesis Rápida de Evidencia

¿Qué instrumentos se han aplicado para evaluar el riesgo psicosocial en niños, niñas y gestantes, durante situaciones de emergencia?

En el contexto actual de pandemia por el SARS-CoV-2, el Sistema de Protección Integral a la Infancia Chile Crece Contigo requiere evaluar la situación de gestantes, niños y niñas para prevenir riesgos psicosociales durante las cuarentenas. Por ello, se encuentran buscando herramientas que tengan como objetivo detectar o evaluar vulneración de derechos o experiencias psicosociales adversas durante situaciones de emergencia. Esta síntesis de evidencia busca identificar herramientas aplicadas en situaciones de crisis, emergencia y desastres a niños, niñas y gestantes.

Mensajes clave

- Se identificaron dos tipos de herramientas enfocadas en evaluar la salud sexual y reproductiva (planificación familiar, salud materna y violencia de género) y abuso sexual contra niños, niñas y mujeres en situaciones de emergencia.
- La evidencia encontrada proviene de contextos de conflicto armado, campamento de refugiados y guerras.

Este documento se encuentra disponible en

Página web Unidad de Políticas de Salud Informadas por Evidencia (etesa-sbe.minsal.cl)

¿Qué es una síntesis rápida de evidencia?

Es una recopilación de la evidencia disponible para evaluar la pertinencia o efectos de una intervención, que se realiza en un plazo no mayor a 20 días hábiles.

✓ Este resumen incluye:

- Introducción: **Contextualización del problema.**
- Principales hallazgos: **Evidencia que aporta argumentos para la toma de decisiones.**

✗ No incluye:

- Recomendaciones explícitas para detallar el desarrollo de una política pública
- Datos de la realidad local de Chile en el tema abordado
- Lista de *stakeholders* involucrados en el tema en cuestión
- Análisis detallado sobre experiencias internacionales y legislación comparada.

Se utiliza **1** revisión sistemática

Esta síntesis se elaboró en 15 días hábiles.

¿Quién solicitó este resumen?

Esta síntesis fue solicitada por el Departamento Gestión de los Cuidados, de la División de Atención Primaria, de la Subsecretaría de RA, del Ministerio de Salud de Chile.

Introducción

Las emergencias son situaciones que amenazan la vida y el bienestar de una gran parte de la población y necesitan una acción extraordinaria para garantizar la supervivencia, el cuidado y la protección de los afectados. Pueden ser causadas por desastres naturales, conflictos o situaciones complejas (1).

Los niños y niñas representan entre el 50% y 60% de los afectados durante los desastres naturales. El alcance y la gravedad de las consecuencias están directamente relacionadas con la capacidad de la infraestructura, recursos técnicos y equipamiento de cada país. Los países en vías de desarrollo concentran el 90% de las muertes provocadas por este tipo de fenómenos(2).

De las mujeres en edad fértil, es probable que 1 de cada 5 esté embarazada durante una emergencia(3), exponiéndose a un incremento en el riesgo de muerte o morbilidad relacionada con el embarazo, ocasionada por: deficiencias nutricionales, susceptibilidad a infecciones y limitado acceso a atención médica prenatal, asistencia del parto y atención obstétrica de emergencia(4). La violencia sexual aumenta durante los conflictos y se puede generalizar a raíz de un desastre natural(4).

Los niños y niñas en América Latina y el Caribe, especialmente los que viven en contextos de pobreza, son altamente vulnerables a los desastres. Pueden provocarles trauma debido al pánico y estrés de vivir una situación de catástrofe, interrupción de la vida cotidiana (escuela, tipo de alimentación, vivienda) o por la separación de un familiar(5).

Actualmente se vive una pandemia por el Coronavirus tipo 2 del Síndrome Respiratorio Agudo Severo (SARS-CoV-2), que ocasiona la enfermedad COVID-19. Al 4 de junio 2020 el virus ha ocasionado más de 6.581.066 casos confirmados y 388.118 muertes(6). La propagación mundial del virus ha desbordado a los sistemas sanitarios del mundo y ha provocado una alta afectación social y económica(7).

Desde mediados de marzo se han aplicado medidas de cuarentena en algunas comunas de Chile, se suspendieron las clases presenciales en los establecimientos educacionales, y muchos trabajadores han empezado a realizar teletrabajo o han perdido su fuente de ingresos, ya sea por despido o por realizar trabajos informales. Dado un pronunciado incremento de los casos positivos de SARS-CoV-2, actualmente hay 38 comunas de la Región Metropolitana y 12 comunas del resto del país en cuarentena. Esto significa que alrededor de la mitad de la población nacional está confinada en sus hogares (8).

Las necesarias medidas que se han debido tomar para frenar la propagación, como el confinamiento y distanciamiento social, tienen a su vez repercusiones negativas en las personas, comunidades y sociedades. Los grupos desfavorecidos, como personas en situación de pobreza, migrantes y desplazados, son los más afectados ya que con frecuencia viven en condiciones de hacinamiento, con pocos recursos y dependen del trabajo diario para su subsistencia(7).

¿Para quién es este resumen?

Personas tomando decisiones sobre la implementación de instrumentos para detectar situaciones de riesgo en gestantes e infantes en la pandemia por COVID-19.

¿Cómo fue preparado este resumen?

Se buscaron palabras clave como “child”, “pregnant”, “assessment”, “scale”, “disaster” y “outbreak”, en las bases de datos [PubMed](#), [EMBASE](#), [Epistemonikos](#) y [SocialSystemEvidence](#) para identificar revisiones sistemáticas (RS) que abordaran la pregunta formulada. Como las RS no siempre reportaron adecuadamente los resultados, se extrajeron los datos de los estudios primarios incluidos en las RS.

Objetivo de esta síntesis

Informar la toma de decisiones respecto de las herramientas disponibles para detectar riesgos psicosociales en gestantes y niñas(os) en situaciones de emergencia. Se presentan los principales hallazgos de la evidencia recopilada, además de algunas consideraciones sobre la implementación de la intervención estudiada.

Actualmente los desastres, ya sean naturales o provocados por el humano, son considerados fenómenos sociales cuyos daños son posibles de prevenir y mitigar para disminuir o controlar sus efectos(5). Por ello, la detección temprana de los daños es vital para prevenir y mitigar sus efectos.

El objetivo de esta síntesis es identificar herramientas utilizadas en contextos de emergencias o desastres para detectar situaciones de vulneración de derechos en mujeres gestantes y población infantil.

Resumen de Hallazgos

Esta síntesis aporta evidencia sobre las herramientas disponibles para la medición de riesgo psicosocial, vulneración de derechos y experiencias adversas durante situaciones de emergencia en niños, niñas y gestantes.

Se incluyeron todo tipo de herramientas (escalas, pautas, cuestionarios, listas de verificación, etc.) que fueran aplicadas a mujeres gestantes y niños, niñas y adolescentes de entre 0 a 15 años, con el objetivo de detectar situaciones de vulneración de derechos como violencia física, psicológica y sexual.

Los criterios de exclusión iniciales correspondieron a excluir escalas para evaluar el riesgo suicida en niñas, niños y adolescentes en contextos de no emergencia y estudios de prevalencia de trastornos mentales. Además, se excluyeron revisiones que comparan la efectividad de hacer screening versus no hacerlo. No se analizaron comparadores de ningún tipo.

Al realizar la búsqueda, los títulos y resúmenes fueron seleccionados por dos revisoras independientes, discutiendo cada uno de los disensos encontrados. Se encontraron inicialmente 869 revisiones sistemáticas. De éstas, se excluyeron 859 por disenso o duplicados.

En la etapa de afinar o acotar la pregunta, con el fin de dar respuesta de manera oportuna, el solicitante decidió priorizar revisiones sistemáticas que tuvieran como objetivo principal identificar herramientas aplicadas en situaciones de emergencia y desastres en la población de interés. De esta manera, se excluyeron 9 revisiones cuyo objetivo fuera la detección de abuso en mujeres embarazadas en contextos no especificados, instrumentos para predecir casos de traumatismo cerebral abusivo, o la detección de problemas de salud mental en departamentos de emergencia.

Se seleccionó 1 revisión sistemática(9) publicada el año 2015, de la cual se excluyeron estudios primarios que evaluaban características sociodemográficas de gestantes, niñas y niños, herramientas utilizadas para evaluar daños de infraestructura, situación de salud y saneamiento luego de desastres naturales, estudios sobre respuestas de emergencia en salud pública y evaluación de acceso a servicios de salud.

Con estos criterios, se consideraron finalmente 17 estudios primarios observacionales(10–26), de los cuales 3(19–21) corresponden a un mismo estudio multicéntrico (27).

Los hallazgos aquí presentados se han separado de acuerdo a la temática principal de la herramienta: salud sexual y reproductiva (planificación familiar, salud materna y violencia de género) y abuso sexual contra mujeres en edad fértil, niñas y niños. Cada hallazgo se detalla en una tabla resumen que describe las herramientas (Tabla 1). Como en este caso no se reportó

información relevante para evaluar la certeza en la evidencia, no se utilizó la metodología GRADE como es habitual en la presentación de las síntesis de evidencia.

Herramientas para evaluar la salud sexual y reproductiva (SSR)

Se encontraron 13 estudios que utilizaron herramientas para evaluar la SSR. De éstos, 8 estudios evaluaron la planificación familiar, salud materna y violencia de género (VdG) en situaciones de desastres(10,14,16,18,22,25-27) y 5 evaluaron únicamente la VdG(12,13,15,17,24).

Las herramientas identificadas fueron kit de herramientas de salud reproductiva, cuestionarios, guías para entrevistas semiestructuradas, listas de verificación, encuestas, escalas de: abuso, exposición a violencia, guerra y secuestro, de diagnóstico post-traumático y kit de herramientas de Paquete de Servicios Iniciales Mínimos (PSIM). Se describen en la Tabla 1.

Los factores de riesgo o aspectos evaluados fueron: SSR, VdG, planificación familiar, maternidad segura, infecciones de transmisión sexual (ITS), acceso a anticoncepción y salud neonatal.

Herramientas para evaluar abuso sexual contra mujeres en edad fértil, niñas y niños

Se identificó 1 estudio que utilizó una herramienta para detectar y evaluar abuso sexual y síntomas de trauma en niñas, niños y mujeres en edad fértil, en un contexto de post conflicto armado(23). La herramienta consistió en un cuestionario de entrevista que incluía 3 herramientas: herramienta internacional de tamizaje del abuso en niños, un checklist de síntomas de trauma y un cuestionario de funcionamiento familiar en la adolescencia. Se describen en la Tabla 1.

Los factores de riesgo o aspectos evaluados fueron: características demográficas familiares, funcionamiento familiar, exposición a abuso sexual, y síntomas de trauma.

Tabla 1 Descripción de las herramientas para la detección de situaciones de abuso en mujeres en edad fértil, niñas y niños

Ref estudio/Ref herramienta/Ref otras herramientas relacionadas	Factores de riesgo evaluados	Característica de la herramienta	Contexto de aplicación
1. Salud sexual y reproductiva			
1.1 Planificación familiar, salud materna y violencia de género			
<ul style="list-style-type: none"> Afzal, OS 2003(14) Refugee Reproductive Health Needs Assessment Field Tools(28) 	SSR incluyendo VdG; Salud materna y neonatal; ITS incluyendo VIH. Planificación familiar, VSG, SSR adolescente, maternidad segura, ITS, VIH; Disponibilidad de materiales didácticos.	<p>Kit de herramientas desarrolladas en base al instrumento de evaluación de necesidades de RSRC y traducida a los idiomas locales pashto y dari.</p> <p>No entregan mayor información.</p>	Pakistán – Refugiados de Afganistán desde 2001
<ul style="list-style-type: none"> United Nations High Commissioner for Refugees (UNHCR) y Women's Refugee Commission (WRC), 2011(27) Reproductive Health Assessment Toolkit for Conflict-Affected Women(29) 	Incluye 10 secciones: Antecedentes generales de la entrevistada, maternidad segura, planificación familiar, matrimonio y convivencia, historia sexual (número, tipo de parejas y uso de condón), ITS, VIH, VdG, mutilación genital femenina y salud emocional.	<p>Kit de herramientas creadas para evaluar el estado de la salud reproductiva de mujeres afectadas por conflictos y entregar información sobre servicios de salud reproductiva. Incluye un cuestionario, manual de instrucciones para su aplicación, una lista de indicadores clave, tablas para el análisis de datos, sugerencias para el uso de datos y recursos adicionales.</p> <p>Las preguntas del cuestionario fueron adaptadas a partir de otras herramientas(30–34)</p>	Estudio multipaís, para documentar sobre conocimiento, creencias y prácticas de planificación familiar, así como provisión de servicios, en poblaciones refugiadas en Djibouti, Kenia, Uganda, Jordania y Malasia. Los refugiados provenían de Somalia, Congo, Iraq y Myanmar.
<ul style="list-style-type: none"> Casey SE, 2013(10) Reproductive Health Assessment Toolkit for Conflict-Affected Women(29) 	SSR incluyendo VdG Planificación familiar.	Adaptación del Kit de herramientas de evaluación de salud reproductiva en conflictos del CDC, aplicado a mujeres en edad reproductiva. Todos los entrevistadores eran mujeres, se realizaron capacitaciones para supervisores y entrevistadores.	Norte de Uganda
<ul style="list-style-type: none"> Doedens, 2004(26) Herramienta disponible en el estudio 	SSR incluyendo VdG; Salud materna y neonatal; ITS, incluido el estado de VIH y la disponibilidad de servicios PSIM; Coordinación entre proveedores de servicios de SR.	Entrevista semiestructurada, grupo focal y evaluación de instalaciones de salud; Kit de herramientas de evaluación de PSIM, Guía de discusión de grupos focales para refugiados, lista de verificación de recursos y observación. Fue aplicado a mujeres. Las entrevistas semiestructuradas fueron realizadas por 53 personas del staff (coordinadores médicos, personal de atención médica, coordinadores de programa, personal de protección, ingenieros de agua y sanitización, equipo de servicios comunitarios y coordinadores de construcción.	Chad – refugiados del sur de Sudán
<ul style="list-style-type: none"> Hapsari ED, 2009(22) Herramienta no disponible (cuestionario) 	SSR incluyendo VdG, acceso a anticoncepción, cambio en los métodos anticonceptivos antes y después del	Cuestionario aplicado a mujeres en edad reproductiva. El cuestionario fue creado con motivo del estudio que reunió información sobre antecedentes sociodemográficos, uso del método anticonceptivo antes del desastre (discusión con la pareja sobre métodos anticonceptivos para poder decidir sobre el método a utilizar, método anticonceptivo, razón para no usar el método anticonceptivo), el uso de métodos anticonceptivos después del desastre (dificultades para acceder a	Indonesia-terremoto



	terremoto, prevalencia de embarazo no planificado.	ellos, discusión con la pareja sobre los métodos) y comentarios abiertos. A partir de la información del cuestionario se calculó la prevalencia de embarazo no planificado.	
<ul style="list-style-type: none"> Tomczyk et al., 2007(18) Herramienta disponible en el estudio Herramienta elaborada a partir de 3 fuentes de información(29,35,36) 	SSR incluyendo VdG; salud materna y neonatal; ITS incluyendo VIH, salud materna, contexto social, anticoncepción y violencia; conocimiento, actitudes y comportamientos de riesgo asociado a VIH.	El cuestionario se aplicó a mujeres en edad reproductiva. Se compone de 5 ámbitos: características de contexto individual y del hogar, salud materna, anticoncepción, violencia física y sexual durante y después del conflicto, así como violencia de pareja, y conocimientos, actitudes y comportamientos de riesgo sobre VIH. Se administró en varios idiomas dependiendo de la población.	Liberia, post conflicto armado y años de transición (14 años de guerra prolongada, que terminó en 2003)
<ul style="list-style-type: none"> Falb KL, 2014(16) Reproductive Health Assessment Toolkit for Conflict-Affected Women(29) 	SSR incluyendo VdG; Salud materna y neonatal. Frecuencias de complicaciones del embarazo, violencia, victimización por conflictos.	Encuesta basada en la "Reproductive health assessment toolkit for conflict-affected women" del CDC, aplicada a niños y mujeres entre 15 a 49 años. Las encuestas fueron aplicadas por refugiados capacitados. Los cuestionarios fueron traducidos al karen y al birmano y fueron adaptados al lenguaje del personal de la entrevista y a los participantes. Se evaluó: 1.Victimización y exposición por conflicto: escala de 8 ítems, escala incluida en el toolkit. 2.Victimización en mujeres: escala de cuatro ítems sobre la victimización emocional, física o sexual de IPV en su vida. Además, se preguntó a todas las mujeres que informaron un nacimiento vivo o muerte fetal en los últimos dos años si habían tenido complicaciones relacionadas al embarazo.	Frontera entre Myanmar y Tailandia - campos de refugiados
<ul style="list-style-type: none"> Feseha, 2012(25) Herramienta no disponible Herramienta elaborada a partir de diferentes estudios (37-41) 	SSR incluyendo VdG; Salud materna y neonatal, violencia física durante dos períodos. Se incluyeron datos de mujeres embarazadas.	Cuestionario elaborado a partir de diferentes estudios sobre violencia doméstica y VPI. Se aplicó a mujeres en edad reproductiva. Diez mujeres que hablaban los idiomas locales (Tigrigna y Kunama), graduadas de secundaria aplicaron las encuestas, previa capacitación. Además, se contó con tres supervisores.	Norte de Etiopía, campamento de refugiados Shimeba. Este campamento se estableció en 2000 y alberga a personas que huyeron de Eritrea durante el conflicto fronterizo etio-eritreo de 1998-2000.
1.2 Violencia de género			
<ul style="list-style-type: none"> Saile et al., 2013(12) Herramientas utilizadas disponibles en el estudio 	SSR incluyendo VdG, violencia o abuso de la pareja, frecuencia y tipos de abusos experimentados.	Herramientas aplicadas a parejas casadas o convivientes. Se aplicaron: 1. Encuesta, entrevistas para evaluar violencia de pareja: evalúa abuso emocional, abuso físico, abuso severo combinado incluyendo violencia sexual, y acoso. Las frecuencias de actos abusivos se codifican en una escala tipo Likert de 6 puntos. 2.Escala de exposición al trauma (violencia, guerra, secuestro) 3. Violencia familiar en niños: un checklist de 31 ítems para medir experiencias infantiles adversas encontradas en el hogar (abuso emocional, físico, sexual y presenciar violencia en la familia) 4. Trastorno de estrés Post-traumático: evaluado con escala de síntomas tipo Likert de 4 puntos 5. Checklist de Depresión: los síntomas depresivos se detectaron con la sección de depresión de 15 ítems del checklist. Escala de 4 puntos tipo Likert de 1 a 4. 6. Prueba de identificación de abuso de alcohol: medición de la frecuencia y la cantidad de consumo	Uganda post-conflicto

		de alcohol, la frecuencia del consumo excesivo de alcohol y los síntomas de dependencia del alcohol en una escala tipo Likert de 4 puntos.	
<ul style="list-style-type: none"> • Callands TA, 2013(24) • Conflict Tactics Scale(42) (herramienta disponible, sujeta a pago) 	Experiencias de VPI.	Entrevistas y aplicación de escala (Conflict Tactics Scale) sobre situaciones de violencia de pareja, a los participantes se les preguntó si habían experimentado algún acto o no en los últimos 12 meses. Los elementos de violencia física se dividieron en: “violencia moderada” y “violencia severa” en función de los niveles de gravedad (probabilidad de que el comportamiento cause lesiones físicas). Se evaluaron las actitudes de VPI en preguntas como: la violencia a su pareja se justifica si ella: sale de la casa sin avisarle, descuida a los niños, discute con él, se niega a tener relaciones sexuales, quema la comida. También se evaluaron habilidades para negociar sexo seguro a través de una serie de preguntas.	Liberia – post-conflicto
<ul style="list-style-type: none"> • Colombia, Universidad de Cartagena,2004(15) • Herramienta no disponible 	SSR incluyendo VdG, Características demográficas de las mujeres.	Cuestionario de entrevista	Colombia – desplazados por conflictos internos
<ul style="list-style-type: none"> • Amowitz, 2002(13) • Link a herramienta caducado (www.sway-uganda.org/Survey.SWAYII.English.Final.doc) • Harvard Trauma Questionnaire(43) 	SSR, incluida la percepción de salud física y mental de VdG, experiencias personales sobre agresión sexual y abuso de los derechos humanos.	Encuesta aplicada a mujeres entre 15 a 49 años. La encuesta consta de 49 preguntas relacionadas a características demográficas, percepción de salud física y mental, experiencias personales sobre asaltos sexuales relacionadas con la guerra, experiencias relacionadas a vulneración de derechos humanos, opinión sobre sanción y justicia de los perpetradores y actitudes sobre los derechos humanos de las mujeres y los roles en la sociedad. La encuesta fue aplicada en el idioma oficial de Sierra Leona. Percepción de la salud física y mental, miedos de asalto sexual, relaciones familiares después del asalto sexual fueron medidas a través de escala de Likert, opiniones y puntos de vista de las mujeres fueron medidas con respuestas "de acuerdo" y "en desacuerdo", preguntas relacionadas a vulneración de derechos fueron preguntados directamente. Herramienta no disponible	Sierra Leona – IDP
<ul style="list-style-type: none"> • Annan, 2008(17) • Herramienta disponible en el estudio • Harvard Trauma Questionnaire(43) 	SSR, incluida VdG, efectos a largo plazo del secuestro, la violencia de guerra, el matrimonio forzado y la maternidad en mujeres y niñas jóvenes.	Encuesta (The Survey of War-Affected Youth (SWAY)) aplicada a mujeres y niñas jóvenes entre 14 y 35 años. Se utilizó una encuesta cuantitativa a mujeres y niñas jóvenes, y una serie de entrevistas cualitativas en profundidad con una submuestra de encuesta, sus amigos, miembros de la comunidad y familiares. Las experiencias de guerra se evaluaron de dos maneras principales: información y cumplimentación de una lista de verificación. La información fue sobre cualquier tiempo pasado con el Lord’s Resistance Army (LRA), incluyendo: tiempo, lugar, duración, naturaleza del secuestro; experiencias como esposa o madre obligada a tener hijos en el monte; ceremonias de iniciación; los roles del encuestado y responsabilidades, rango y promoción; métodos de control y disciplina; y experiencias con la familia, comunidad y ONG a su regreso. La lista de verificación era sobre experiencias de guerra guiado por un entrevistador con la versión adaptada de Harvard Trauma Questionnaire.	Uganda-guerra interna prolongada

2. Abuso sexual contra mujeres en edad fértil, niñas y niños

<ul style="list-style-type: none"> • Usta, 2010(23) • Kit de herramientas (Child Abuse Screening Tool(44), Family Functioning in Adolescence Questionnaire(45), Trauma Symptom Checklist for Children (TSC-C) (46)) 	<p>SSR incluyendo VdG. Abuso sexual en niños, pre y post conflicto.</p>	<p>Cuestionario para detección y evaluación que incluyó 3 herramientas: Herramienta internacional de tamizaje del abuso en niños, checklist de síntomas de trauma y cuestionario de funcionamiento familiar en la adolescencia. Se aplicó niños entre 8 y 17 años en el Líbano. Fue traducida del inglés al árabe. Los niños y niñas respondieron en torno a 4 grandes temas:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Demografía Familiar: 24 ítems sobre edad, residencia, si asisten al colegio, empleo, educación de los padres, empleo y estado civil de los padres, uso de alcohol y drogas de ellos y de los padres 2. Funcionamiento familiar: 20 ítems sobre relaciones familiares, con una escala de 3 puntos 3. Exposición a abuso sexual: 35 preguntas sobre su experiencia con abuso sexual antes y después de la guerra, y 6 preguntas sobre abuso sexual durante la guerra. Escala de 3 puntos 4. Síntomas de trauma: 55 ítems relacionados con 7 ámbitos: ansiedad, depresión, PTSD, disociación, ira, insomnio, síntomas somáticos. Con escala de 3 puntos. 	<p>Se aplicó antes, durante y después de la guerra del Líbano en 2006 (guerra Hezbollah-Israel)</p>
<p>Herramientas disponibles, sujetas a pago</p>			

CDC: Centers for Disease Control and Prevention (Centros para el control y prevención de enfermedades), VdG: violencia de género, VPI: Violencia de pareja íntima, PSIM: Paquete de Servicios Iniciales Mínimos, SR: salud reproductiva,

RSRC: respuesta de salud reproductiva en crisis, VSG: violencia sexual y de género, SSR: salud sexual y reproductiva, ITS: infección de transmisión sexual, VIH: Virus de Inmunodeficiencia Humana

Consideraciones de Implementación

A continuación, se presentan algunas consideraciones para interpretar la evidencia mostrada en esta síntesis.

Consideraciones de Aplicabilidad

Varias de las herramientas utilizadas en los estudios encontrados, se elaboraron a partir de cuestionarios o escalas previas, que fueron modificadas o adaptadas respondiendo al contexto de la población bajo análisis.

La población analizada en los estudios, corresponde en su mayoría a refugiados o población desplazada por conflictos armados en sus países de origen, principalmente de África y Oriente Medio. En este sentido, es importante adaptar las herramientas al idioma o lenguaje que sea familiar y comprensible para la población en riesgo. Por su parte, las preguntas deben ser adecuadas para el tipo de riesgo psicosocial y vulneración que se desea detectar, siendo apropiadas al contexto de los afectados y que no se vean expuestos emocionalmente de manera innecesaria o excesiva. Algunos estudios que indagan sobre violencia intrafamiliar o de pareja, omiten algunas secciones de las herramientas que podrían no ser apropiadas al contexto cultural o cuando no existe acceso real a sistemas de apoyo o servicios de salud mental que pueda contener a las víctimas(12,18).

Es relevante también considerar que, en la mayoría de los casos de abuso sexual, es aconsejable que la detección se realice en un ambiente de confianza, por lo que ayudaría que el cuestionario o herramienta sea aplicado por personas del mismo sexo que la o el afectado. En la evidencia y en la experiencia se observa que las mujeres son principalmente las víctimas de violencia sexual, por lo que podrían considerarse equipos de trabajo en terreno conformados por mujeres(29).

Otro aspecto de aplicabilidad clave, es proporcionar adecuado entrenamiento a quienes irán a realizar la detección. Algunas de las herramientas encontradas en esta síntesis, proveen de manuales y lineamientos para el entrenamiento y el trabajo de campo(29).

Adicionalmente, se deben utilizar métodos de muestreo o de mapeo de áreas vulnerables, para abarcar y llegar de la mejor manera posible a todos los hogares cuyos miembros podrían estar en riesgo psicosocial o de vulneración de derechos(29).

Consideraciones Económicas

No se identificaron estudios sobre costo beneficio de intervenciones de detección de riesgo psicosocial en mujeres y niños. Una revisión sistemática que tuvo como objetivo evaluar la carga económica y social de los brotes y pandemias de influenza en países de ingresos bajos y medios (LMIC), encontró que las estimaciones de costos directos e indirectos fueron las más altas en América Latina y el Caribe, presentando mayores pérdidas de productividad en comparación con las economías de altos ingresos(47). Dada la situación compleja de los LMIC, es muy probable que los costos recaigan en

las personas y las sociedades que son menos capaces de soportarlos(47), lo que supone un desafío mayor al momento de planificar la respuesta a la emergencia y la detección de situaciones de vulnerabilidad.

Ningún estudio reporta los costos necesarios para la aplicación de las herramientas, pero es relevante tener en cuenta los recursos involucrados. Entre ellos, el costo de conformar los equipos de trabajo, las horas destinadas al entrenamiento de los equipos, la elaboración e impresión de los formularios a utilizar en el trabajo de campo, la organización del trabajo en terreno, el análisis de los datos y elaboración de reportes, entre otros.

Consideraciones de Equidad

Si bien desde una perspectiva médica, la evidencia sugiere que las niñas y los niños no son los más afectados por COVID-19, si son seriamente perjudicados por los efectos económicos y sociales de la pandemia por COVID-19. Las necesarias medidas de confinamiento, aislamiento social y cierre de establecimientos educacionales, exacerbaban los riesgos de mala nutrición, maltrato y violencia en el hogar. Estos riesgos se presentan de manera inequitativa entre los hogares, principalmente por la creciente desigualdad en los recursos de los padres y la calidad del entorno en el hogar de los infantes, lo que crea una brecha persistente en las oportunidades entre los grupos favorecidos y desfavorecidos. Este grupo de mayor vulnerabilidad incluye niñas y niños viviendo en pobreza, con discapacidades físicas y mentales, aquellos que se encuentran en hogares institucionales o detenidos, y también niños refugiados y en riesgo de trabajo infantil(48,49).

Las mujeres embarazadas enfrentan mayor riesgo ante infecciones y emergencias sanitarias y sociales dada su condición. A esto se suma que las mujeres en general se encuentran en mayor desventaja que sus pares hombres en términos socioeconómicos y de daños psicosociales, siendo ellos muchas veces los causantes del riesgo al que se exponen las mujeres.

Según el Índice de Instituciones Sociales y Género (SIGI) del Centro de Desarrollo de la OCDE, las mujeres realizan hasta diez veces más trabajo de cuidado que los hombres en el mundo. Es esperable que las restricciones de movilización, las cuarentenas domiciliarias, el cierre de escuelas y guarderías, y los mayores riesgos que enfrentan los familiares adultos mayores, impongan cargas adicionales a las mujeres. Incluso cuando tanto las mujeres como sus parejas hombres están confinadas y se espera que continúen trabajando desde casa. Las situaciones de encierro exacerbaban los riesgos de violencia, explotación, abuso o acoso contra las mujeres, como se ha visto en crisis anteriores y en el caso temprano de China durante la crisis de COVID-19(50).

Una revisión sistemática identificó estudios que hicieron observaciones sobre la carga económica de la pandemia de la influenza y la equidad, señalando que factores como la desnutrición y pobreza, pertenecer a grupos indígenas, la educación, el género, la economía familiar y la salud mental de las personas podrían exacerbar las consecuencias económicas de la gripe y disminuir la productividad(47).

Consideraciones de Monitoreo y Evaluación

Esta síntesis de evidencia priorizó el reporte de revisiones sistemáticas cuyo objetivo fuera identificar herramientas para detectar riesgo psicosocial en gestantes y niñas(os) en situaciones de emergencia o crisis, excluyéndose revisiones que no fueran en dichos contextos. Esta decisión podría limitar el reporte completo de herramientas disponibles, sin embargo, se complementó la búsqueda con la elaboración de una matriz de evidencia, la cual permite identificar otros estudios que no se lograron encontrar a través de las bases de datos. Se priorizó la oportunidad y urgencia de informar la toma de decisiones por sobre la mayor sensibilidad en la inclusión de estudios.

Las herramientas encontradas se aplicaron principalmente en zonas de conflictos armados y de abusos sistemáticos a la población femenina. El acceso completo a las herramientas, sus instrucciones de aplicación, detalle de las preguntas, manejo de los puntajes y acciones a tomar luego de detectar, no son reportados por la totalidad de estudios incluidos y algunas de las páginas web o links a la herramienta primaria están caducadas(15,22,25).

Algunas de las acciones reportadas por los estudios son la información sobre los servicios disponibles en el territorio(26), establecimiento de recomendaciones a corto y largo plazo para mejorar la disponibilidad, accesibilidad y calidad de los servicios de planificación familiar (11,19-21,27), cuidados para la protección de los jóvenes(17) y aumento en la disponibilidad de servicios de planificación familiar permanente(10). El resto de los estudios tienen como objetivo describir la situación de niños y mujeres en situaciones de emergencia(12-16,18,22-25).

Ninguno de los estudios incluidos entrega información sobre cómo realizar el seguimiento de la población afectada y actuar frente a los riesgos detectados.

No se encontraron herramientas que evaluaran el riesgo psicosocial en contextos de brotes, epidemias o pandemias, por lo que sería importante monitorear la evidencia publicada a partir de la experiencia acumulada luego de la pandemia por SARS-CoV-2.

Información Adicional

Citación sugerida

P. García-Celedón, L. Kuhn-Barrientos ¿Qué instrumentos se han aplicado para evaluar el riesgo psicosocial en niños, niñas y gestantes, durante situaciones de emergencia? Junio 2020. Unidad de Políticas de Salud Informadas por Evidencia; Departamento ETESA/SBE; Ministerio de Salud, Gobierno de Chile.

Palabras Clave

Child, pregnant, assessment, screening, detection, disaster, outbreak, emergencies, right abuse, social risk, child abuse, maltreatment, Rapid Evidence Synthesis.

Revisión por pares

Esta síntesis fue comentada por Carolina Castillo, profesional de la Unidad de Políticas de Salud Informadas por Evidencia.

Agradecimientos

A Cecilia Moraga por ser contraparte técnica

Conflictos de interés

Los autores declaran no tener conflictos de interés.

Referencias

- 1. World Vision. GUIDE TO MATERNAL, NEWBORN AND CHILD HEALTH AND NUTRITION IN EMERGENCIES.**
- 2. UNICEF. Más de la mitad de los afectados por desastres naturales son niños [Internet]. [cited 2020 Jun 4]. Available from: <https://www.unicef.es/noticia/desastres-naturales-mas-de-la-mitad-de-los-afectados-son-ninos>**
- 3. The Sphere Project. Humanitarian Charter and Minimum Standards in Humanitarian Response. Humanitarian Charter and Minimum Standards in Humanitarian Response. The Sphere Project; 2011.**
- 4. United Nations Population Fund. WOMEN ARE THE FABRIC REPRODUCTIVE HEALTH FOR COMMUNITIES IN CRISIS.**
- 5. CEPAL. Social protection for children at times of disaster | Insights | Economic Commission for Latin America and the Caribbean [Internet]. [cited 2020 Jun 4]. Available from: <https://www.cepal.org/en/insights/proteccion-social-la-infancia-frente-desastres>**
- 6. Johns Hopkins University. COVID-19 Map – Johns Hopkins Coronavirus Resource Center [Internet]. [cited 2020 Jun 4]. Available from: <https://coronavirus.jhu.edu/map.html>**

7. Organización Mundial de la Salud. ACTUALIZACIÓN DE LA ESTRATEGIA FRENTE A LA COVID-19. 2020.

8. Ministerio de Salud – Gobierno de Chile. Gobierno anuncia cuarentena para Valparaíso, Viña del Mar y la amplia en la RM y Tarapacá - [Internet]. 2020 [cited 2020 Jun 11]. Available from: <https://www.minsal.cl/gobierno-anuncia-cuarentena-para-valparaiso-vina-del-mar-y-la-amplia-en-la-rm-y-tarapaca/>
9. Pyone T, Dickinson F, Kerr R, Boschi-Pinto C, Mathai M, N van den B. Data collection tools for maternal and child health in humanitarian emergencies: a systematic review. Bull World Health Organ [Internet]. 2015;93(9):648–658A. Available from: <http://www.epistemonikos.org/documents/05701b0e0436046779a9271bf78e23a7d56ca29b>
10. Casey SE, McNab SE, Tanton C, Odong J, Testa AC, Lee-Jones L. Availability of long-acting and permanent family-planning methods leads to increase in use in conflict-affected northern Uganda: evidence from cross-sectional baseline and endline cluster surveys. Glob Public Health [Internet]. 2013;8(3):284–97. Available from: <http://www.epistemonikos.org/documents/f9212666d54818eda8311172e61a3280f2f7de6a>
11. Women’sRefugeecommission. Baseline Study : Documenting Knowledge , Attitudes and Practices of refugees and the status of family planning services in UNHCR’s Operations in Nakivale Refugee Settlement, Uganda. WwwWomensrefugeecommissionOrg [Internet]. 2011;(August):1–22. Available from: <http://www.epistemonikos.org/documents/6c3cc8ab5c0f12dec13a788f23601bc99015df6c>
12. Saile R, Neuner F, Ertl V, Catani C. Prevalence and predictors of partner violence against women in the aftermath of war: a survey among couples in northern Uganda. Soc Sci Med [Internet]. 2013;86:17–25. Available from: <http://www.epistemonikos.org/documents/e7b51ccfaad11f7aaac8bac83bce0118719c979>
13. Amowitz LL, Reis C, Lyons KH, Vann B, Mansaray B, Akinsulure-Smith AM, et al. Prevalence of war-related sexual violence and other human rights abuses among internally displaced persons in Sierra Leone. JAMA [Internet]. 2002;287(4):513–21. Available from: <http://www.epistemonikos.org/documents/d1f2be85266a430f9a23f4ef5d34dc19da10b733>
14. Afzal OS, Krause S. Still in need: Reproductive health care for Afghan refugees in Pakistan. New York Women’s Comm Refug Women Child [Internet]. 2003; Available from: <http://www.epistemonikos.org/documents/467d6f8360a21744b0918ce5d4b4e53840b33666>
15. Bogota, Cartagena. CU of. Survey of the prevalence of gender-based violence in women displaced by the armed conflict in Cartagena, Colombia. 2004; Available from: <http://www.epistemonikos.org/documents/2e644e5123dc338a69093194765ff63f6a851ec1>
16. Falb KL, McCormick MC, Hemenway D, Anfinson K, Silverman JG. Symptoms associated with pregnancy complications along the Thai-Burma border: the role of conflict violence and intimate partner violence. Matern Child Health J [Internet]. 2014;18(1):29–37. Available from: <http://www.epistemonikos.org/documents/8d5ad1dc646cc47d84f276cc7af4c467c67ffc02>
17. Annan J, Blattman C, Horton R. The state of youth and youth protection in Northern Uganda. Uganda: UNICEF [Internet]. 2006;23. Available from:

<http://www.epistemonikos.org/documents/428c661c0785305f6c53a020be858e3b3815480d>

18. Tomczyk B, Goldberg H, Blanton C, Gakuba R, Saydee G, Warwah P. Women's reproductive health in Liberia: the Lofa County reproductive health survey. Atlanta CDC [Internet]. 2007; Available from: <http://www.epistemonikos.org/documents/ae1e1d2ba869ed4547c4a86e3507dbe4c3f8d167>
19. Commission WR. Baseline study: Documenting Knowledge, Attitudes and Behaviours of Burmese Refugees and the status of family planning services in UNHCR's operation in Kuala Lumpur, Malaysia. 2011;(August):25–25. Available from: <http://www.epistemonikos.org/documents/ae1772b11cb66985a20b15c513863bc73a5185f8>
20. Ali Mousse A, Nour Rayale A, Mehamed Ismael C, Abdi F, Arab Mahamoud H, Mohamed Abdosh K, et al. Baseline Study: Documenting Knowledge, Attitudes and Behaviours of Somali Refugees and the Status of Family Planning Services in UNHCR's Ali Addeh Site, Djibouti. 2011;(August):26–26. Available from: <http://www.epistemonikos.org/documents/8319e867e915cc6ed9a033bc95b5d544280cad2e>
21. Children WC for RW and. Baseline Study: Documenting Knowledge, Attitudes and Practices of Iraqi Refugees and the Status of Family Planning Services in UNHCR's Operations in Amman, Jordan. 2011; Available from: <http://www.epistemonikos.org/documents/5c1292ead6aab3a8a20edcb849c4c84af2e75f85>
22. Hapsari ED, None W, Nisman WA, Lusmilasari L, Siswishanto R, Matsuo H. Change in contraceptive methods following the Yogyakarta earthquake and its association with the prevalence of unplanned pregnancy. Contraception [Internet]. 2009;79(4):316–22. Available from: <http://www.epistemonikos.org/documents/291678aded57a6765b2e958a80234cdc0c8a07b0>
23. Usta J, Farver J. Child sexual abuse in Lebanon during war and peace. Child Care Health Dev [Internet]. 2010;36(3):361–8. Available from: <http://www.epistemonikos.org/documents/40a7a0d970f3f8b289286c8dbc41f0fabff2421a>
24. Callands TA, Sipsma HL, Betancourt TS, Hansen NB. Experiences and acceptance of intimate partner violence: associations with sexually transmitted infection symptoms and ability to negotiate sexual safety among young Liberian women. Cult Health Sex [Internet]. 2013;15(6):680–94. Available from: <http://www.epistemonikos.org/documents/cf078cc8a2e0eede9439f49304e6bf581d9d3a81>
25. Feseha G, Gerbaba M. Intimate partner physical violence among women in Shimelba refugee camp, northern Ethiopia. BMC Public Health [Internet]. 2012;12(1):125. Available from: <http://www.epistemonikos.org/documents/d2c425744e48512539980c2778ea6de333bbe98b>
26. Doedens W, Krause S, Matthews J, Quick D. Lifesaving Reproductive Health Care, Ignored and Neglected: Assessment of the Minimum Initial Service Package (MISP) of Reproductive Health for Sudanese Refugees in Chad. 2004; Available from: <http://www.epistemonikos.org/documents/f05ee71c45949a85e577f7981dbaefb0955f9302>
27. Women's Refugee Commission (WRC), United Nations High Commissioner for Refugees (UNHCR). Refocusing Family Planning in Refugee Settings: Findings and Recommendations from a Multi-Country Baseline Study [Internet]. 2011. Available from: <https://s33660.pcdn.co/wp->

[content/uploads/2020/04/unhcr_fp_baseline_studies_brief_12.11_final.pdf](#)

28. Consortium RHR in C. Refugee Reproductive Health Needs Assessment Field Tools - World | ReliefWeb [Internet]. [cited 2020 Jun 9]. Available from: <https://reliefweb.int/report/world/refugee-reproductive-health-needs-assessment-field-tools>
29. Center for Disease Control and Prevention (CDC). Reproductive Health Assessment Toolkit for Conflict-Affected Women [Internet]. 2007 [cited 2020 Jun 9]. Available from: https://www.unscn.org/web/archives_resources/files/ToolkitforConflictAffectedWomen.pdf
30. World Health Organization. WHO | WHO multi-country study on women's health and domestic violence against women. WHO [Internet]. 2002 [cited 2020 Jun 11]; Available from: <https://www.who.int/reproductivehealth/publications/violence/24159358X/en/#.XuGYPPUi4DQ.mendeley>
31. Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Reproductive Health Survey Azerbaijan, 2001: Final Report. [Internet]. 2003. Available from: https://www.rhsupplies.org/uploads/tx_rhscpublications/AZERBAIJAN-2001-REPRODUCTIVE HEALTH SURVEY.pdf
32. ORC Macro. Model "B" Questionnaire with Commentary for Low Contraceptive Prevalence Countries. 2001; Available from: <https://dhsprogram.com/pubs/pdf/DHSQ4/DHS-IV-Model-B.pdf.pdf>
33. Reproductive Health Response in Conflict (RHRC) Consortium. Gender-based Violence Tools Manual for Assessment and Program Design, Monitoring, and Evaluation in Conflict Affected Settings. [Internet]. 2004. Available from: www.rhrc.org
34. United Nations High Commissioner for Refugees (UNHCR), The Great Lakes Initiative on AIDS (GLIA). Behavioural Surveillance Surveys Among Refugees and Surrounding Host Population [Internet]. 2004. Available from: <https://www.unhcr.org/afr/441fcc062.pdf>
35. Chieh-Johnson D, Cross AR, Way AA, Sullivan JM. Demographic and Health Survey Liberia 1986. 1988.
36. Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Albania Reproductive Health Survey 2002 | GHDx [Internet]. 2002 [cited 2020 Jun 9]. Available from: <http://ghdx.healthdata.org/record/albania-reproductive-health-survey-2002>
37. N Deyessa , M Kassaye, B Demeke NT. Magnitude, Type and Outcomes of Physical Violence Against Married Women in Butajira, Southern Ethiopia [Internet]. 1998 [cited 2020 Jun 9]. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/10214450/>
38. Deyessa N, Berhane Y, Alem A, Ellsberg M, Emmelin M, Hogberg U, et al. Intimate partner violence and depression among women in rural Ethiopia: A cross-sectional study. *Clin Pract Epidemiol Ment Heal*. 2009 Apr 28;5.
39. Marwan Khawaja MT-S. Agreement between husband and wife reports of domestic violence: evidence from poor refugee communities in Lebanon [Internet]. *International Journal of Epidemiology | Oxford Academic*. [cited 2020 Jun 9]. Available from: <https://academic.oup.com/ije/article/33/3/526/716603>

40. Basile KC, Hertz MF, Back SE. Intimate Partner Violence and Sexual Violence Victimization Assessment Instruments for Use in Healthcare Settings. *Centers Dis Control Prev Natl Cent Inj Prev Control*. 2007;1-114.
41. Koenig MA, Stephenson R, Ahmed S, Jejeebhoy SJ, Campbell J. Individual and contextual determinants of domestic violence in North India. *Am J Public Health*. 2006 Jan;96(1):132-8.
42. Straus MA. Measuring Intrafamily Conflict and Violence: The Conflict Tactics (CT) Scales. *J Marriage Fam [Internet]*. 1979 Feb [cited 2020 Jun 9];41(1):75. Available from: <https://www.jstor.org/stable/351733>
43. Trauma HP in R. Harvard Trauma Questionnaire (HTQ) [Internet]. [cited 2020 Jun 9]. Available from: <http://hpvt-cambridge.org/screening/harvard-trauma-questionnaire/>
44. Neglect IS for P of CA and. ICAST Child Abuse Screening Tools - ISPCAN [Internet]. [cited 2020 Jun 9]. Available from: <https://www.ispcan.org/learn/icast-abuse-screening-tools/>
45. Roelofse R, Middleton MR. The family functioning in adolescence questionnaire: a measure of psychosocial family health during adolescence. *J Adolesc*. 1985 Mar 1;8(1):33-45.
46. Briere J. Trauma Symptom Checklist for Children | TSCC [Internet]. [cited 2020 Jun 9]. Available from: <https://www.parinc.com/Products/Pkey/461>
47. de Francisco Shapovalova N, Donadel M, Jit M, Hutubessy R. A systematic review of the social and economic burden of influenza in low- and middle-income countries. Vol. 33, *Vaccine*. Elsevier Ltd; 2015. p. 6537-44.
48. Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD). Combatting COVID-19's effect on children - OECD [Internet]. 2020 [cited 2020 Jun 10]. Available from: https://read.oecd-ilibrary.org/view/?ref=132_132643-m91j2scsyh&title=Combatting-COVID-19-s-effect-on-children
49. Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD). Changing the Odds for Vulnerable Children : Building Opportunities and Resilience | OECD iLibrary [Internet]. 2019 [cited 2020 Jun 10]. Available from: <https://www.oecd-ilibrary.org/sites/a2e8796c-en/index.html?itemId=/content/publication/a2e8796c-en>
50. (OECD) O for EC and D. Women at the core of the fight against COVID-19 crisis. 2020 [cited 2020 Jun 10]; Available from: <https://doi.org/10.1787/92c0ef68-en>.