

INFORME



Percepción de profesionales de salud mental sobre la atención a la salud mental de la infancia y adolescencia ante la irrupción de la COVID-19



ASOCIACIÓN ESPAÑOLA
DE PSICOLOGÍA CLÍNICA
Y PSICOPATOLOGÍA
DE LA INFANCIA Y LA ADOLESCENCIA



SEPPNA
SOCIEDAD ESPAÑOLA DE PSIQUIATRÍA Y
PSICOTERAPIA DEL NIÑO Y DEL ADOLESCENTE

PERCEPCIÓN DE LOS PROFESIONALES DE LA ATENCIÓN A LA SALUD MENTAL DE LA INFANCIA Y ADOLESCENCIA ANTE LA IRRUPCIÓN DE LA COVID 19



Introducción:

La irrupción de la COVID-19 en España a primeros de 2020 y sus consecuencias en la vida cotidiana de los ciudadanos, conllevó la declaración en España de un estado de alerta sanitaria que supuso la modificación, entre otras muchas rutinas de la población, de la atención a la salud de la misma. Las restricciones a la movilidad, la obligatoriedad de permanecer en “grupos burbuja” y el miedo progresivo que se fue instalando en muchas personas, hizo que la atención a la salud mental de niños y adolescentes sufriera, en los primeros meses del confinamiento, una reducción drástica e impuso, la necesidad de una utilización de medios telemáticos para su reinstauración. Esta situación a la que nos vimos obligados los profesionales del Sistema Nacional de Salud (SNS), evidenció las carencias de dotación de equipamiento informático y desarrollo tecnológico en el sistema sanitario público, así como los déficits de formación de los profesionales en el uso de las nuevas tecnologías y nos situó ante nuevos interrogantes: ¿cómo asegurar la intimidad y confidencialidad de las entrevistas con los menores?, ¿cómo usar el juego o el dibujo con ellos en la psicoterapia?

Las nuevas situaciones y demandas propiciaron que, profesionales especialistas en psiquiatría y psicología clínica que se dedican a la atención de la infancia y adolescencia de diferentes sociedades científicas, crearan una Plataforma con el fin de aunar esfuerzos en el estudio y mejora de la atención a la salud mental infanto-juvenil. Uno de los estudios realizados por este grupo, se ha centrado en el uso de las tecnologías tras la irrupción de la COVID-19 en la atención a niños y adolescentes en los dispositivos de salud mental, tanto públicos como privados, cuyos datos se exponen en este artículo.

Objetivo General y específicos:

El objetivo general del estudio era conocer las prácticas asistenciales vinculadas a las nuevas tecnologías para la atención a la salud mental infanto-juvenil tras la irrupción de la COVID-19 en España, en concreto:

- Identificar usos posibles de las nuevas tecnologías que mejoren la accesibilidad de los menores y sus familias a los tratamientos
- Identificar la familiaridad de los profesionales con la “tele-asistencia”
- Identificar la aplicación de tratamientos en formato virtual con eficacia probada

Tipo de estudio: Descriptivo transversal en dos momentos: Junio de 2020, tras los tres meses de confinamiento total y Junio de 2021, tras un año de epidemia. Se elaboró una encuesta ex-profeso para el estudio, mediante la aplicación gratuita de Formularios de Google que, en la primera ocasión, solo se envió a los profesionales socios de las sociedades científicas que configuran la plataforma y, en la segunda ocasión, se difundió entre profesionales también externos a ellas. En ambos momentos la respuesta a la



encuesta era anónima y dado que la población de referencia a la que se dirigió era más amplia en junio de 2021, se exponen en este artículo los resultados obtenidos en este segundo momento del estudio.

Resultados:

Se presentan, **en primer lugar**, los gráficos con las características principales de la muestra de profesionales que ha participado en este estudio (sexo de los participantes, categoría profesional, ciudad y centro de trabajo, asociaciones más representativas).

Han participado **249 profesionales, 50 hombres y 199 mujeres** (Gráfico 1). La media de edad ha sido de 45 años, con una edad mínima de 44 y una máxima de 71.

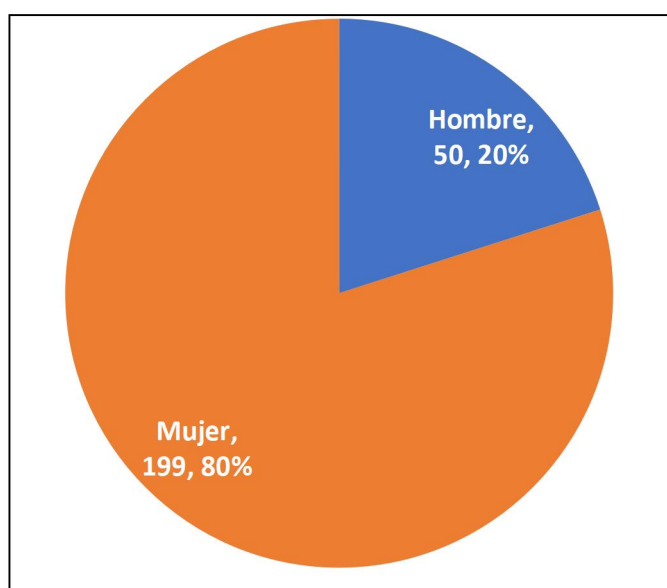


Gráfico 1: Distribución por sexos

En el siguiente gráfico se presenta la distribución por ciudades, siendo las más representativas Madrid, con 42 participantes y Barcelona con 39. Le sigue, con diferencia, Sevilla con 13 y, para el resto de ciudades, la participación ha sido de menos de 10 profesionales (Gráfico 2).

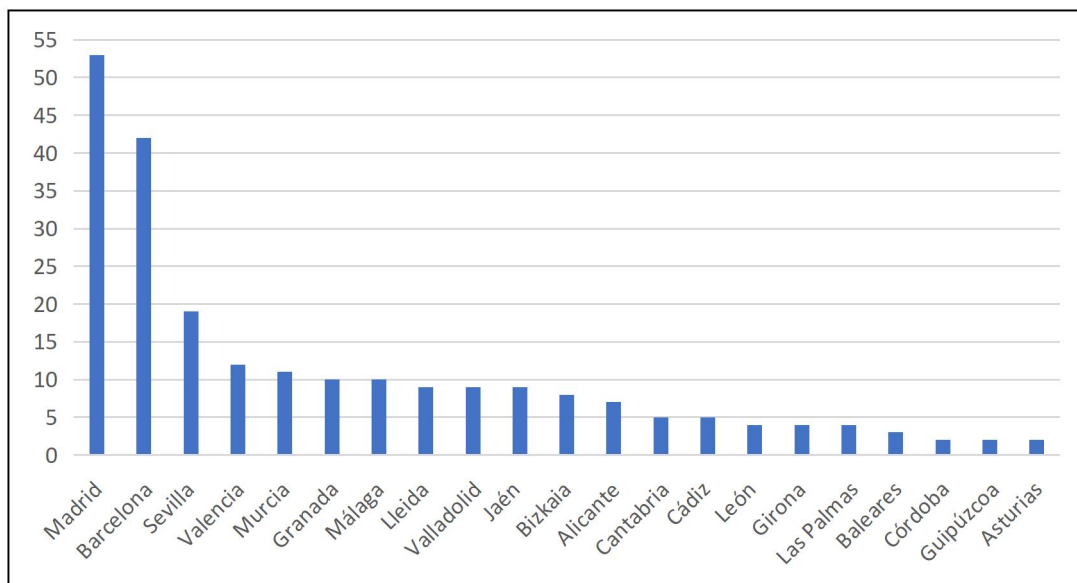


Gráfico 2: distribución por provincias

Con solo una respuesta: Araba, Almería, Salamanca, Castellón, Terrassa, Pontevedra, Lugo, Santa Cruz de Tenerife, Tarragona, Guadalajara, Toledo, Zaragoza, Burgos, Huelva, Ciudad Real, Cuenca, Palencia. Hay una respuesta desde Londres y otra de Catalunya

Casi el 46% de los profesionales que han contestado la encuesta desarrolla su trabajo en Centros de Salud Mental específicos de atención a la infancia y adolescencia (Gráfico 3), mientras que un 18,5% lo hacen en Centros de Salud Mental en los que se atiende fundamentalmente a población adulta, pero que cuentan con un Programa específico de atención a la salud mental de la población Infanto-Juvenil. Un 10% de profesionales se encuentran en Hospitales de Día para niños y adolescentes, un 8,8% en Unidades de Hospitalización Completa infanto-juveniles, un 5,2% atienden en consultas privadas y el resto, trabajan en centros de investigación, centros de atención primaria u hospitales generales (3,2%). En el siguiente gráfico se podrá observar la distribución por centros de trabajo

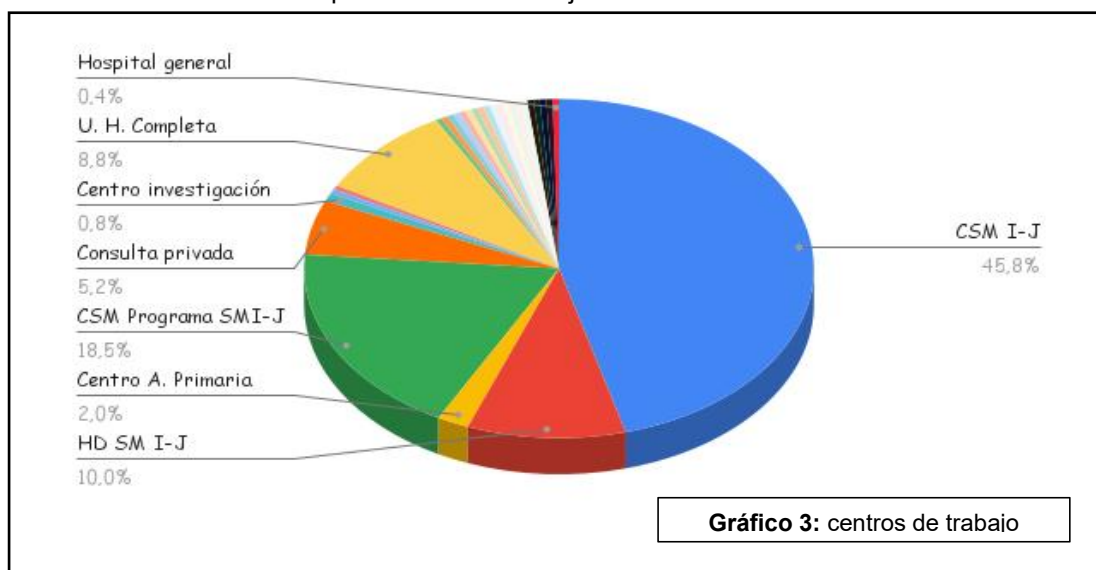


Gráfico 3: centros de trabajo



El total de los profesionales que ha contestado la encuesta afirma pertenecer a alguna asociación científico profesional, siendo alrededor del 14% los que solo mencionan una de ellas, destacando el alto porcentaje de Otras, posiblemente relacionadas con las asociaciones regionales. (Gráfico 4).

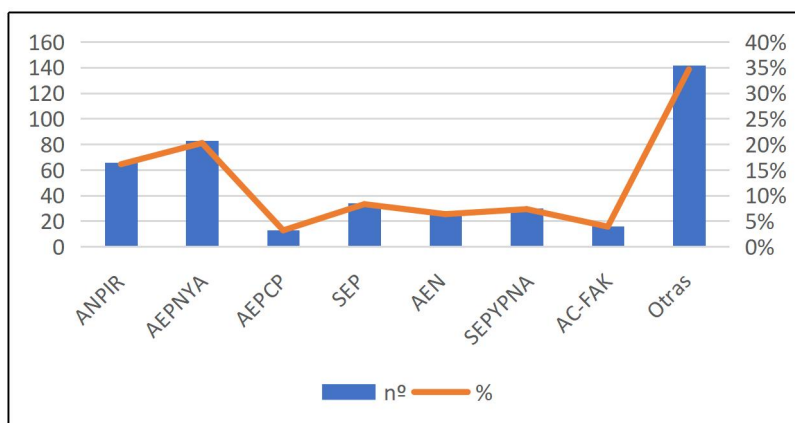


Gráfico 4: Asociaciones científico-profesionales a las que pertenecen mayoritariamente los encuestados

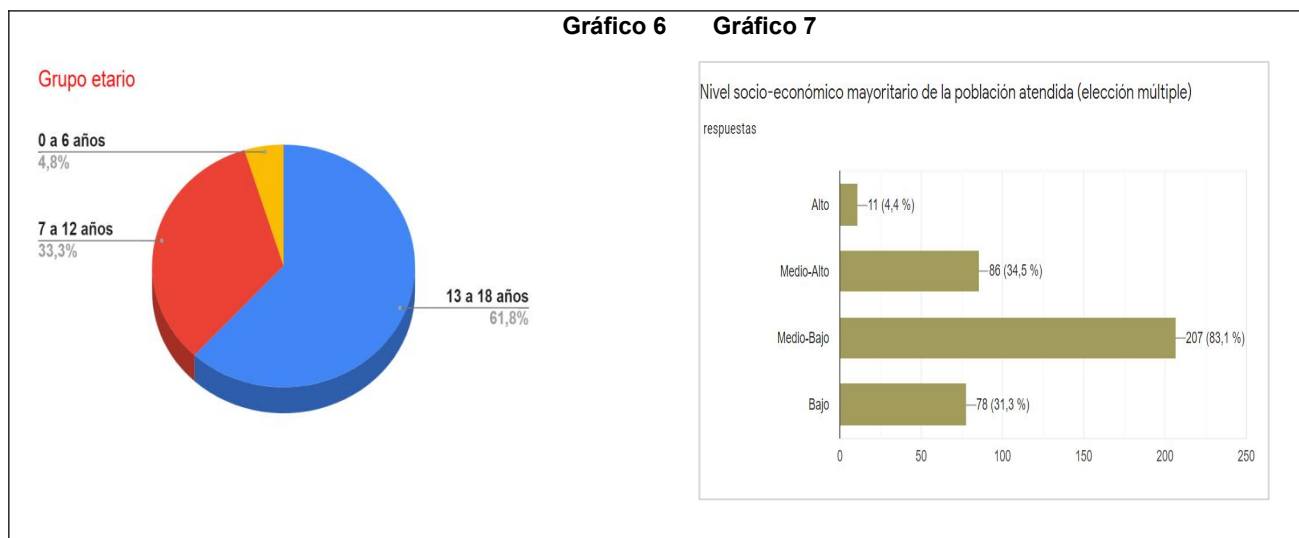
Los profesionales que mayoritariamente han respondido la encuesta son especialistas en psicología clínica (45,78%) y especialista en psiquiatría (42,16%), siendo escasa la participación de profesionales de otras categorías (Gráfico 5).



Gráfico 5: Categorías profesionales

En segundo lugar, se mostrarán las características de la población atendida por los profesionales que han contestado la encuesta (grupo etario, nivel socio-económico, patologías más frecuentes).

El nivel socio-económico mayoritario de la población atendida por estos profesionales es medio bajo (Gráfico 7) y el grupo de edad predominante es el de los adolescente de entre 13 y 18 años (Gráfico 6).



Algo más del 80% de los encuestados señalan que se encuentran preocupados o muy preocupados por las consecuencias que la COVID-19 y las restricciones que ha conllevado puede tener en la salud mental de la infancia y adolescencia. Señalan, entre las patologías mayormente atendidas (Gráfico 8): **trastornos de conducta, TDAH y Trastornos de personalidad** (lo señalan el 82,7% y 83,1% de profesionales), seguido de los **trastornos ansioso-depresivos** (59,8%) y **trastornos del desarrollo y del espectro autista** (52,2%).

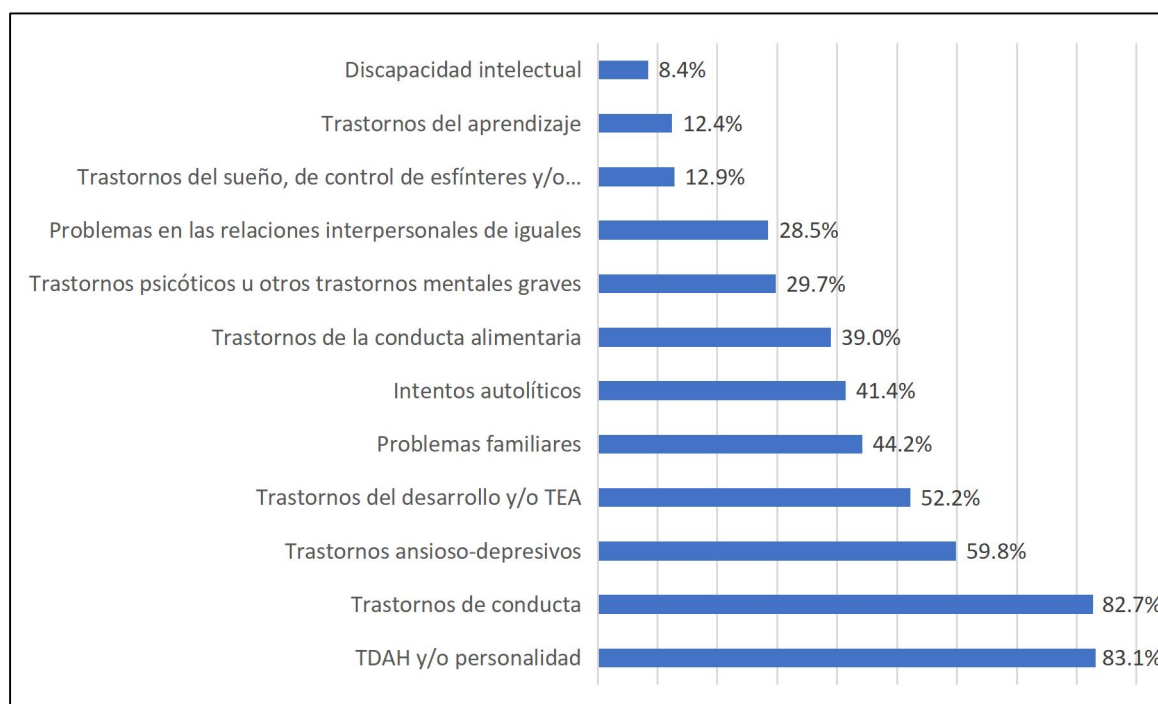


Gráfico 8: Alteraciones mayormente atendidas por los profesionales



Desde la aparición de la epidemia por COVID 19 y hasta la fecha de la realización de la encuesta, junio de 2021, **los motivos de consulta más frecuente** que los profesionales informan haber atendido **como primera consulta** (Gráfico 9) son los **problemas familiares** (80%), **trastornos ansioso-depresivos** (72,3%), los **intentos autolíticos** (69,1%) y los **trastornos alimentarios** (65,9%)

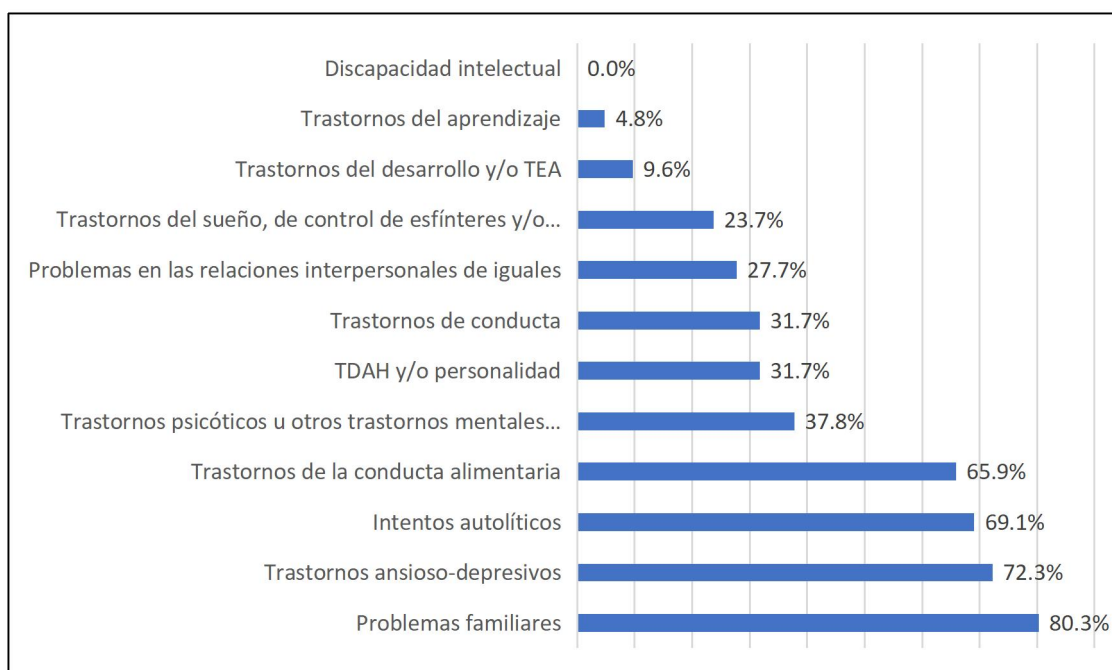


Gráfico 9: Motivos más frecuentes de primera consulta tras inicio de la COVID-19 y hasta junio de 2021

También los profesionales señalan que, **desde el inicio de esta epidemia, ha aumentado la necesidad de atender a la salud mental de la infancia y adolescencia** (Gráfico 10), tanto para **Primeras consultas** (según el 86,3% de los profesionales), como para **consultas de urgencia** (según el 81,5% de los profesionales) y para las **revisiones** de menores que ya estaban en tratamiento (62,7% de los profesionales).

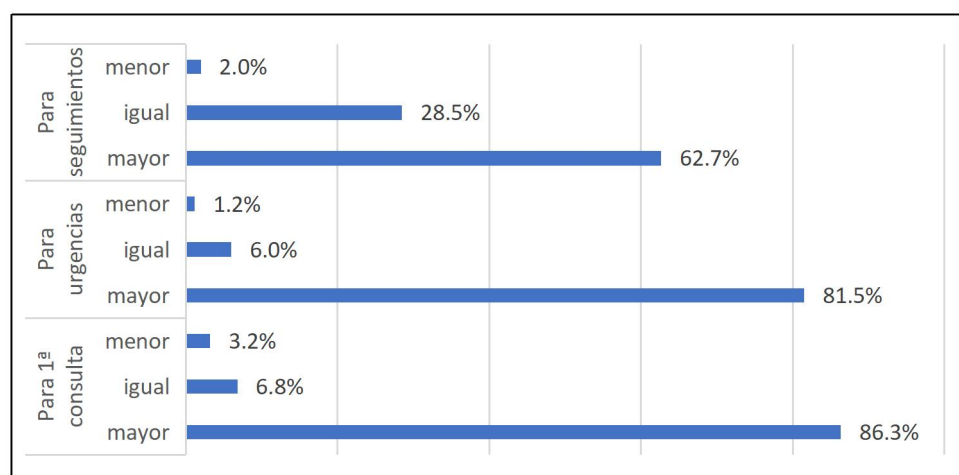




Gráfico 10: necesidad atención a la salud mental de la infancia y adolescencia desde la COVID-19

El tercer grupo de resultados que se describen a continuación está relacionado con los cambios en los hábitos de trabajo de los encuestados a raíz de la aparición de la epidemia por COVID-19 en España, tanto en lo que respecta a la organización del trabajo como al uso de las tecnologías para diferentes actividades.

Solo el 7% de los profesionales consideraba que no se iban a producir cambios en la organización de la atención a la salud mental de los menores desde que empezó la epidemia en España; aunque el 37% pensaban que los cambios iban a ser transitorios, hasta el 56% consideran que los cambios han venido para quedarse. El 85% considera que estos cambios van permitir una mayor flexibilidad en la forma asistencial y que el usuario va a poder elegir la forma asistencial que prefiera (69%); un 58% cree nos tocará asumir más función administrativa u otras que hacía Atención Primaria, pero no se percibe que vaya a producirse una mayor coordinación (para el 59% de los encuestados), ni un cambio en los sistema de registros (para el 60% de los encuestados), aunque se espera una adaptación de las herramientas informáticas para un 75%; en este sentido, es llamativo el dato de que para el 91% del total de los casos, el acceso a las tecnologías en este periodo, se ha basado más en el uso de medios personales que institucionales

Como puede observarse en la siguiente tabla (Tabla 1), aunque lo presencial es claramente más utilizado para la atención a menores y a familias (40% y 31% respectivamente), la atención telefónica ha supuesto una actividad muy importante (32% y 36% respectivamente) y la video-llamada ha irrumpido como nueva modalidad de atención (18% y 16%), dejando el correo electrónico para un uso menor (9% y 15%) y otros como WhatsApp en un porcentaje residual (1% y 3%).

USO DE LAS NUEVAS TECNOLOGÍAS EN EL CENTRO DE TRABAJO DESDE INICIO COVID-19						
	No se usan	Correo electrónico	Llamadas telefónicas	WhatsApp	Video-llamada	Total
Reuniones profesionales sanitarios	7,9%	23,6%	21,2%	12,2%	35,1%	100,0%
Reuniones otros profesionales	4,3%	28,7%	30,8%	6,2%	30,1%	100,0%
Formación	7,1%	10,1%	1,9%	9,0%	71,9%	100,0%
Atención directa a menores	39,9%	8,9%	31,6%	1,4%	18,3%	100,0%
Atención directa a familias	30,5%	15,1%	36,0%	2,9%	15,6%	100,0%

Tabla 1: uso de herramientas tecnológicas en el centro de trabajo

Que la pandemia COVID-19 ha supuesto un cambio en la modalidad asistencial es una evidencia forzada por la realidad impuesta, pasando de un uso de medios telemáticos frecuentemente o siempre de un 12% antes, hasta en el 90% en el confinamiento, reduciéndose en el post-confinamiento a un 45%, pero manteniéndose como un uso ocasional la modalidad más elegida (hasta un 48%). En la siguiente tabla



(Tabla 2) se pueden ver los datos relativos a los cambios en el porcentaje de uso de medios telemáticos para la atención a los menores, antes de la COVID-19, durante el confinamiento y después del confinamiento por parte de los profesionales:

USO DE MEDIOS DE COMUNICACIÓN A DISTANCIA				
	Nunca	Ocasionalmente con algunos pacientes	Frecuentemente con varios pacientes	Siempre
Antes COVID-19	10,5%	77,9%	10,5%	1,1%
Durante Confinamiento	2,0%	7,6%	39,2%	51,2%
Después Confinamiento	7,4%	48,1%	41,1%	3,5%

Tabla 2: uso de medios telemáticos, antes de la epidemia, durante el confinamiento y después del confinamiento

El uso frecuente de las tecnologías se incrementa tanto en el confinamiento como después del confinamiento (41%), quedando como residual el uso siempre (4%), debido a un menor uso ocasional (que pasa del 78% al 48%) y un no uso (que pasa del 11% a 7%). Existe un grupo de personas que NUNCA usa la tecnología, ni antes ni después del confinamiento, que sin ser numeroso puede considerarse significativo (posiblemente la muestra tenga el sesgo de que ha sido respondida por gente que hace uso de las tecnologías de la comunicación en lo personal pero no en la actividad laboral, como ese 7% que contesta al cuestionario, pero luego afirma no usar nunca estas herramientas).

En el gráfico siguiente (Gráfico 11) se observan mejor las diferencias entre los resultados de la tabla anterior.

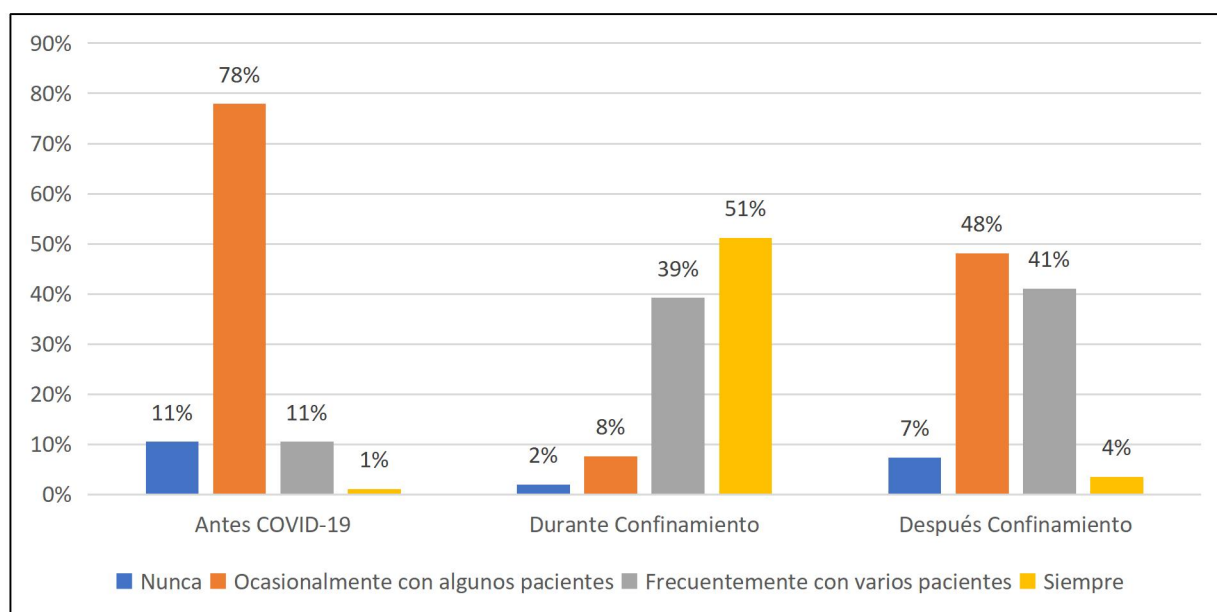


Gráfico 11: Uso de las tecnologías en diferentes momentos desde inicio de la epidemia



Respecto a cómo puede ayudar la utilización de las nuevas tecnologías en la asistencia a la salud mental de los menores y sus familias (“tele-asistencia”), la encuesta aludía a diferentes grupos (ver tabla 3), siendo la opinión mayoritaria de los profesionales para todos los grupos excepto uno, que el uso de la tecnología no mejora nada la asistencia:

	Mayor eficacia		Mayor accesibilidad		Mayor utilidad		No mejora nada		Empeora	
Familias con escasos recursos económicos	7	3,0%	69	29,5%	10	4,3%	75	32,1%	73	31,2%
Familias de zonas rurales	13	5,7%	119	52,0%	31	13,5%	35	15,3%	31	13,5%
Familias que faltan con frecuencia a las citas	26	11,1%	64	27,2%	45	19,1%	76	32,3%	24	10,2%
Menores con trastornos alimentarios	6	2,7%	32	14,2%	14	6,2%	106	46,9%	68	30,1%
Menores con trastornos del desarrollo	10	4,3%	40	17,4%	25	10,9%	95	41,3%	60	26,1%
Menores con trastornos psicóticos	7	3,2%	27	12,3%	11	5,0%	100	45,5%	75	34,1%
Menores con trastornos ansioso-depresivos	14	7,0%	32	16,1%	36	18,1%	88	44,2%	29	14,6%
Menores con problemas rendimiento escolar	8	3,3%	47	19,2%	32	13,1%	131	53,5%	27	11,0%
Menores inhibidos o evitativos	26	11,5%	30	13,2%	32	14,1%	74	32,6%	65	28,6%
Menores y familias inmigrantes	6	2,7%	36	15,9%	17	7,5%	102	45,1%	65	28,8%

Tabla 3: N° y % de utilidad de las nuevas tecnologías para la asistencia de diferentes grupos de población

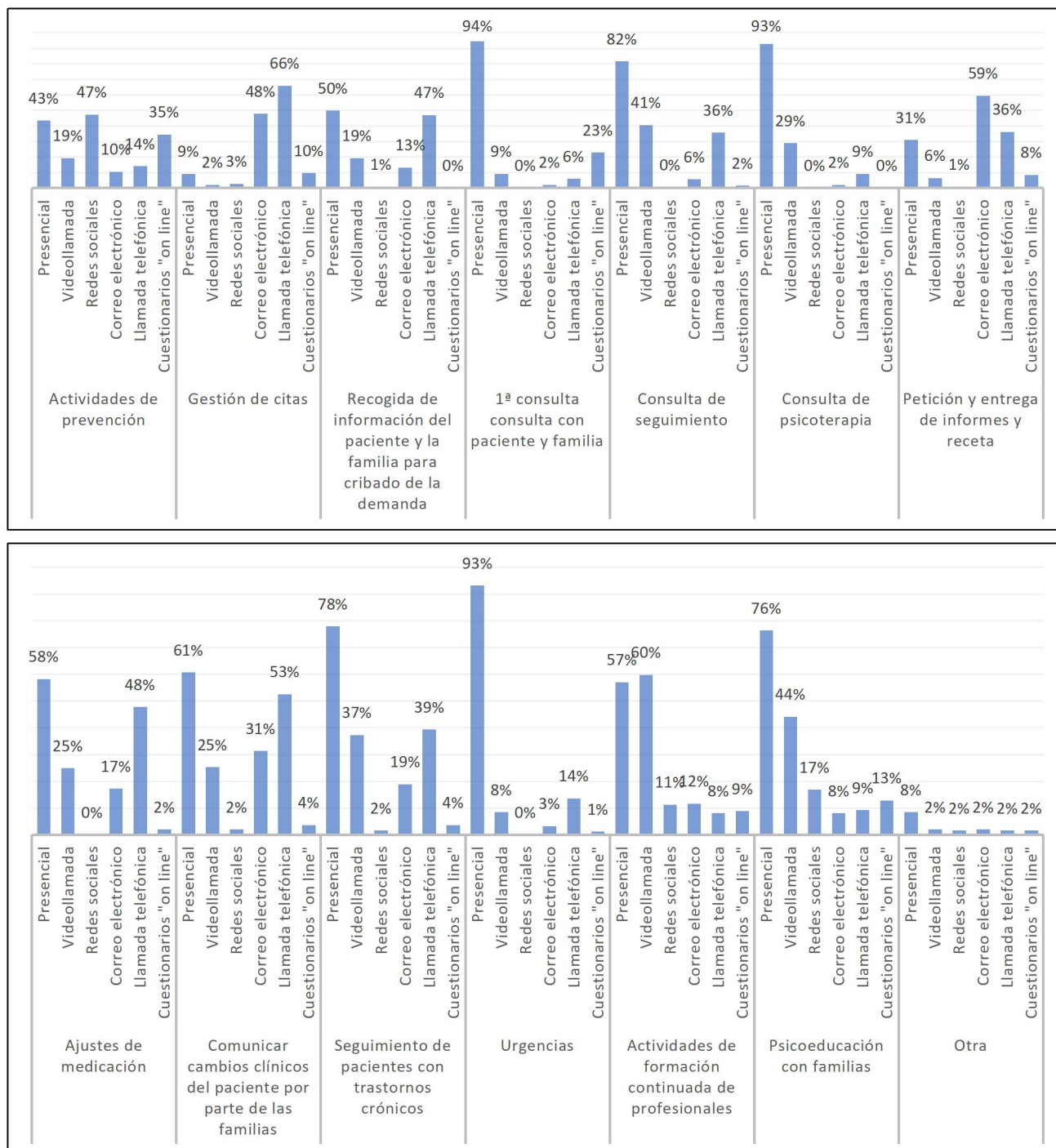
Aunque la opinión mayoritaria indica que el uso de las tecnologías para la asistencia no mejora nada, hay dos grupos, el referido a perteneciente a zonas rurales o las familias que faltan con frecuencia a citas, que una mayoría de profesionales considera que la tecnología ayuda para una mejor eficacia, accesibilidad o utilidad. Pero incluso para las familias con escasos recursos económicos, hay un reparto muy equilibrado entre los que consideran que empeora, no mejora nada o mejora eficacia/accesibilidad/utilidad, marcado especialmente por una mayor accesibilidad, que podría ser debida a factores presentes en este grupo relacionados con la precariedad laboral y las dificultades para pedir permiso en los trabajos.

Por otra parte, parece evidente que para los trastornos psicóticos o menores/familias inmigrantes o con trastornos alimentarios, se considera más perjudicial que beneficioso el uso de la tele-asistencia; sin embargo, se considera más beneficioso que perjudicial en menores con trastornos ansioso-depresivos, menores inhibidos o evitativos, con problemas de rendimiento escolar o con trastornos del desarrollo.

De forma paralela, también se preguntó a los profesionales sobre la utilidad de la tele-asistencia en diferentes actividades asistenciales y no asistenciales diarias, pudiendo observarse que **se entiende lo presencial como determinante, salvo en actividades de prevención, gestión de citas, petición de**



informes y recetas y actividades de formación, donde hay predominio de otras formas de atención, como la telefónica. Pero otras formas de atención diferentes a la presencial van teniendo papel en recogida inicial de información del paciente y la familia, en consultas de seguimiento, en ajustes de medicación, en comunicar cambios clínicos del paciente, en el seguimiento de casos crónicos y en psicoeducación de las familias (ver gráfico12)

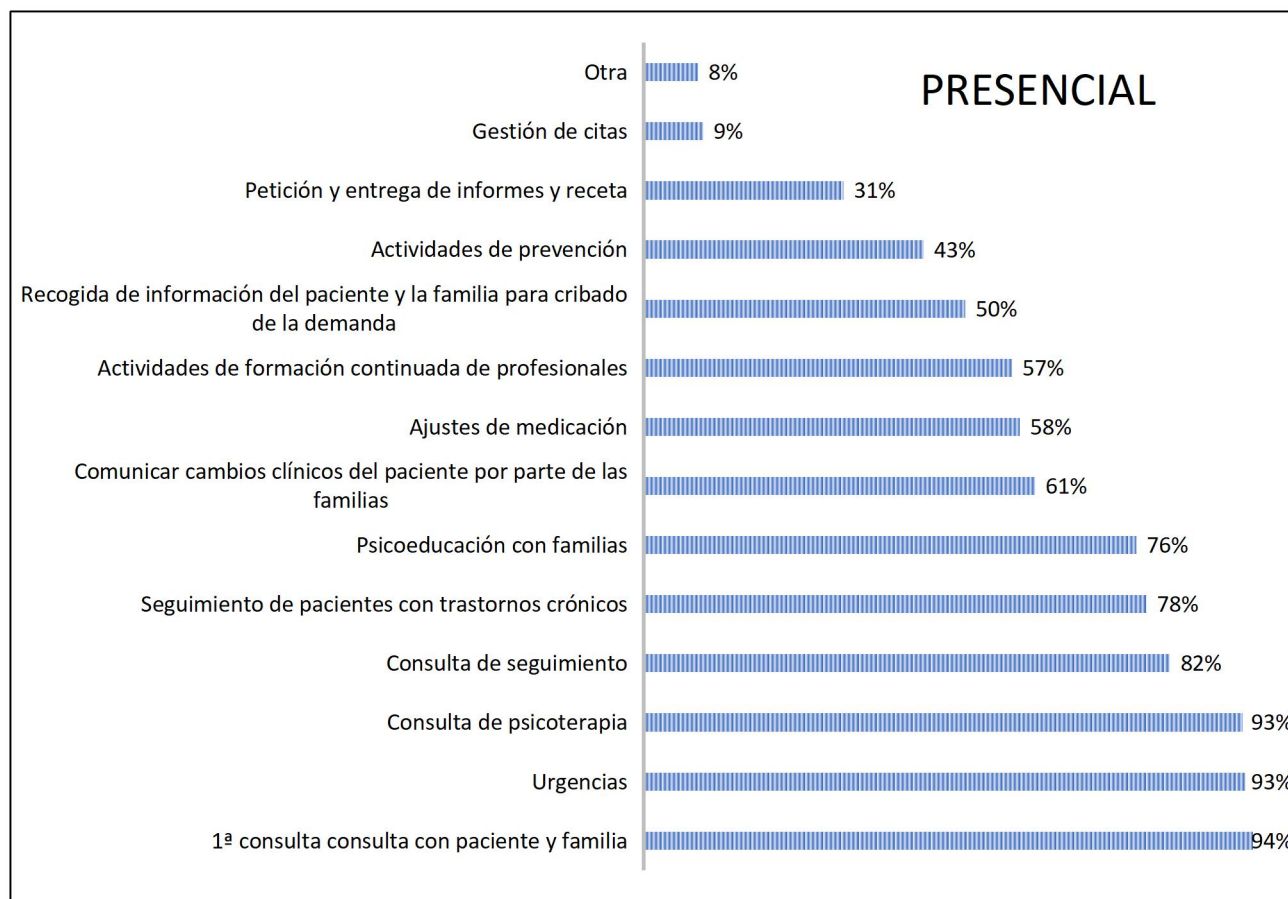


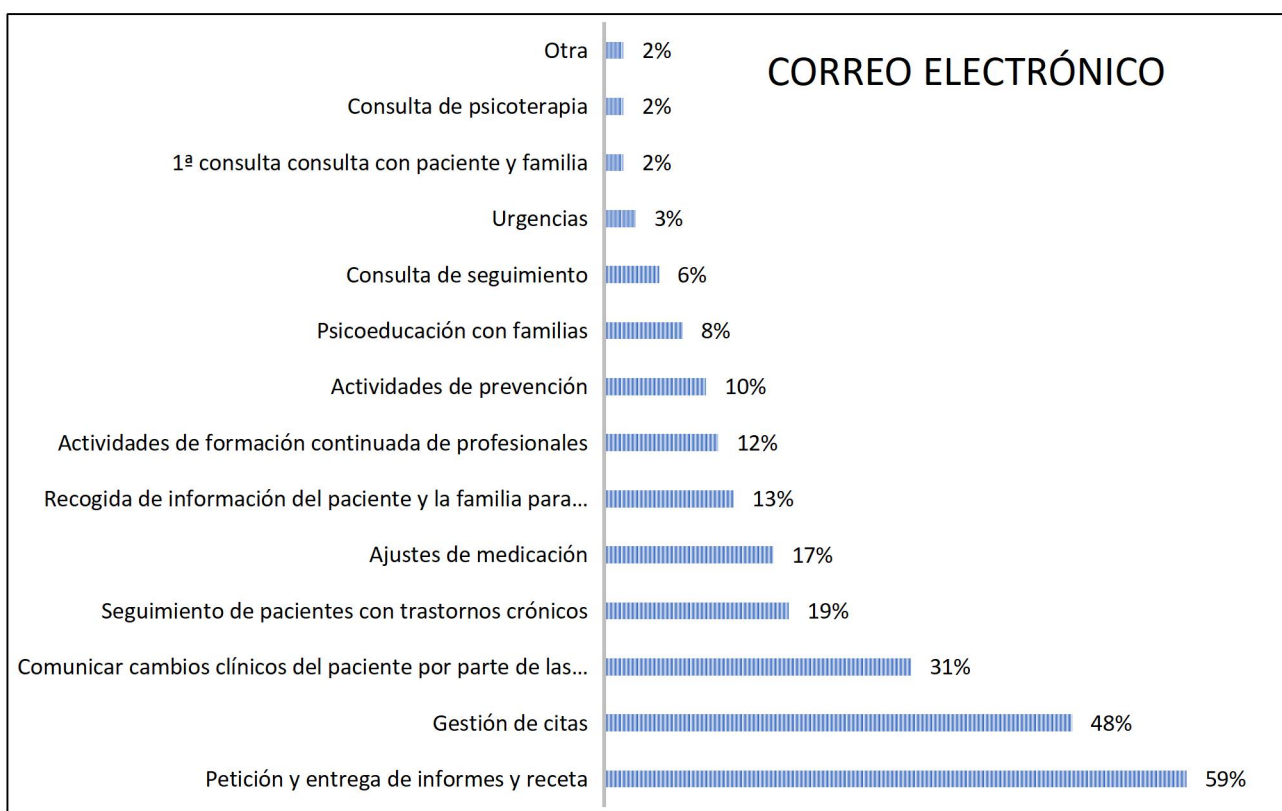
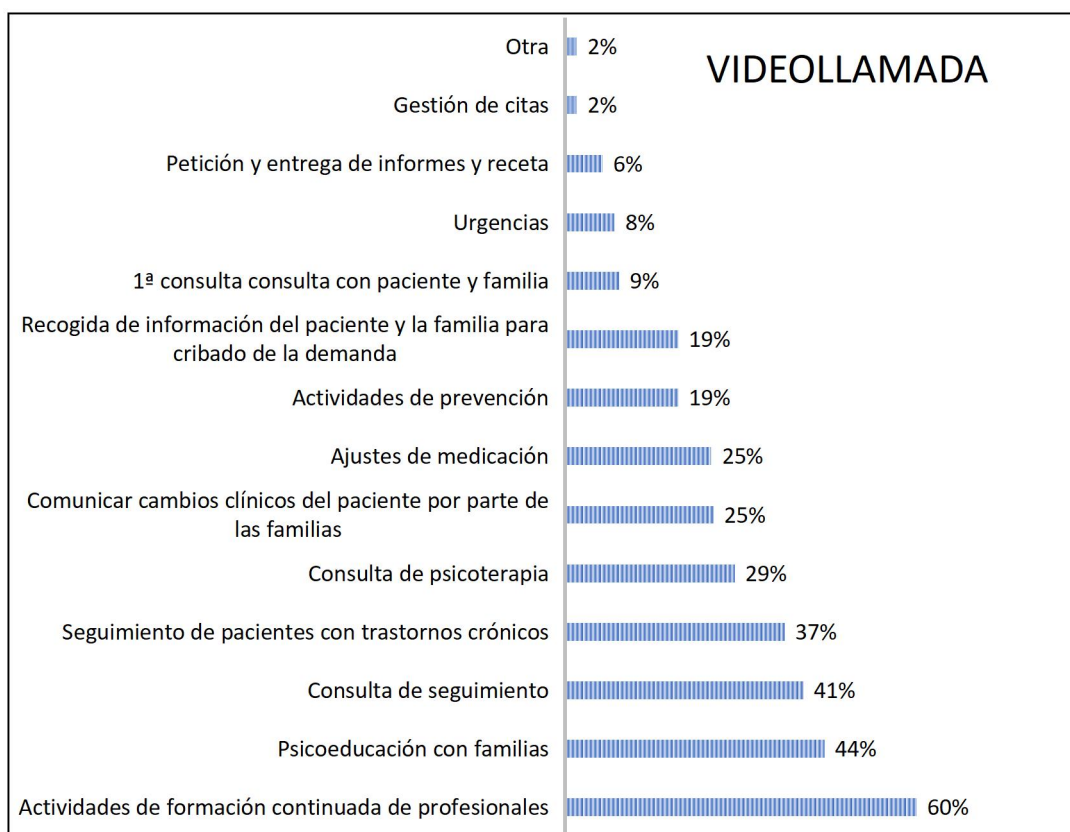
Gráficos 12: Utilidad de la "teleasistencia" en diferentes actividades

La actividad presencial se configura como la más importante para la mayoría de las actividades, salvo para las actividades de formación continuada de los profesionales, en las que la video-llamada es la



más referida; o para la gestión de citas, que tanto el correo electrónico como la atención telefónica se configuran como las modalidades prioritarias. El correo electrónico es el canal preferido para solicitud de informes clínicos y de recetas y las actividades de cribado de la demanda que prácticamente se encuentran al mismo nivel la preferencia presencial o vía telefónica. Se pueden ver las actividades preferidas por modalidad asistencial en el gráfico 13.







Gráficos 13: Actividades preferentes por modalidad de atención

Así mismo, los profesionales señalan diferentes y variados motivos que pueden limitar el uso de la “tele-asistencia” (gráfico 14) e identifican aspectos de la atención a la salud mental de la infancia y adolescencia que aún quedan por resolver (gráfico 15)



Gráfico 14: Motivos que pueden limitar el uso de la tele-asistencia

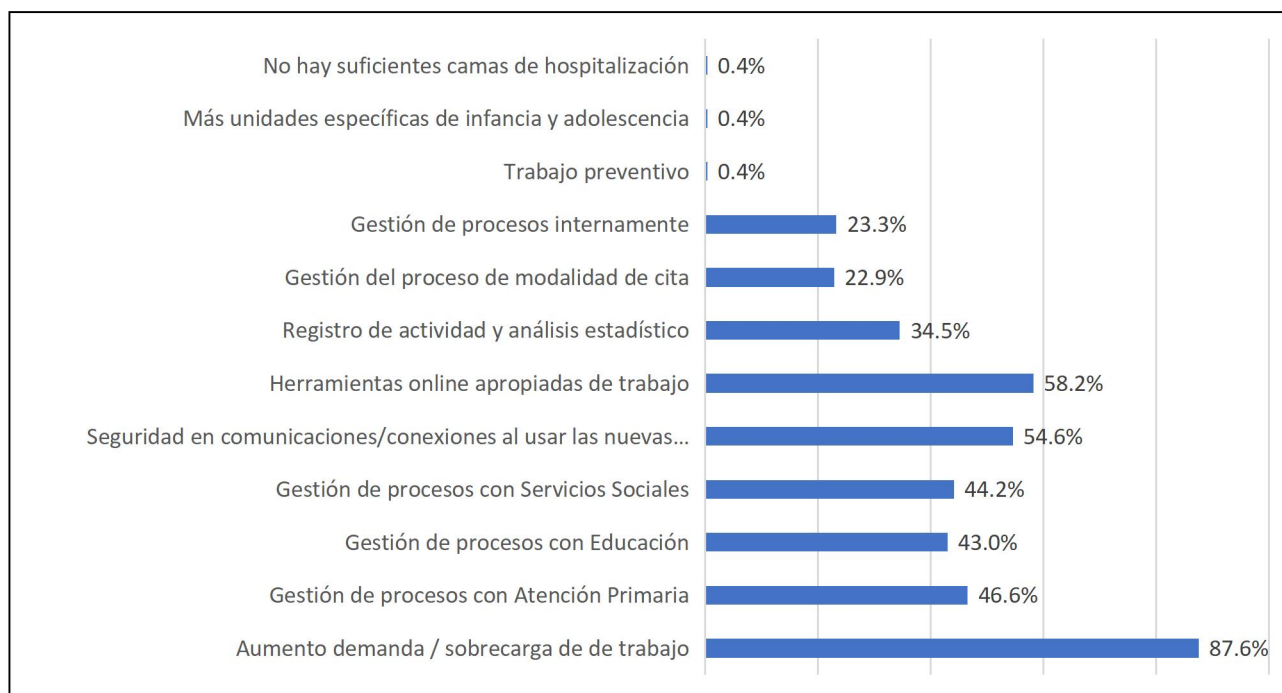


Gráfico 15: Problemas sin resolver en la tele-asistencia a menores y sus familias



Discusión y conclusiones

Los datos puestos de manifiesto en esta encuesta obligan a plantearnos la necesidad y conveniencia de cambios en la atención a la salud mental infanto-juvenil, no solo por el aumento de la demanda de ciertos problemas, si no por la necesidad de realizar modificaciones organizativas que permitan un uso más adecuado y eficiente de los recursos existentes y la planificación de los futuros.

Entre las principales conclusiones que se pueden extraer de la información aportada por los profesionales resaltamos:

- La presencialidad sigue siendo la opción que prefieren mayoritariamente los profesionales, tanto para las primeras consultas con los menores y sus familias, como para las revisiones, la atención a urgencias o la psicoterapia
- Para la mayoría de los profesionales que han contestado esta encuesta, las nuevas tecnologías favorecen la accesibilidad a la atención sanitaria de algunos grupos de población concretos (población rural)
- Existen aspectos tecnológicos y estructurales identificados por los profesionales que limitan el uso de la tele-asistencia en la atención a la salud mental de la infancia y adolescencia, a saber:
 - las dificultades del acceso a Internet en el lugar de trabajo
 - la inadecuación de las herramientas tecnológicas al alcance de los profesionales en el contexto laboral o la falta de conocimientos para usarlas
 - los problemas para garantizar la confidencialidad y la seguridad de las comunicaciones
 - las dificultades de participación de los menores y sus familias debida a los impedimentos para tener intimidad en el hogar (problemas de espacio o tiempo)
 - la falta de claridad en los objetivos del encuentro terapéutico
 - problemas de cumplimiento horario de los profesionales
- Mientras no se dé respuesta al incremento de la demanda y a la sobrecarga asistencial, la “tele-asistencia” será una modalidad asistencial más que sumará y aumentará la carga y la saturación de los profesionales, ya que no será una alternativa asistencial complementaria sino una más a añadir.
- La tecnología puede ser una oportunidad, si viene acompañada de cambios organizativos coordinados para la gestión de procesos con Atención Primaria, con Educación o con Servicios sociales o incluso internamente dentro de los propios equipos de salud mental para un mejor y más rápido contacto entre profesionales.
- La atención telefónica se considera como modalidad alternativa para la gestión de citas, recogida de información, ajustes de medicación, comunicar cambios clínicos del paciente por parte de las familias, pero no es considerada para la atención a urgencias. La atención a urgencias está unida a la atención presencial y por eso, en estos momentos en los que una de las medidas de intervención que contempla la nueva Estrategia de Salud Mental del Ministerio de Sanidad ha sido la creación de un número de teléfono para la atención de los intentos de suicidio, parece necesario vincularlo a los sistemas de urgencias presenciales hospitalarias o vía 112 y 061.



- El correo electrónico se contempla como alternativa en gestión de citas, petición y entrega de informes y recetas
- La video-llamada, para actividades de formación continuada de profesionales y psicoeducación de familias y las redes sociales para actividades preventivas
- La COVID 19 y las restricciones aparejadas, han supuesto un aumento significativo de la demanda de consultas por problemas de salud mental de la población infanto-juvenil.
- Se ha constatado un aumento de primeras consultas de problemas como los trastornos alimentarios, ideas de suicidio o auto-lesiones, los cuadros ansioso-depresivos o los problemas familiares, que no se corresponde con la demanda que mayoritariamente atendían los profesionales antes de la pandemia
- Las restricciones de movilidad supusieron la irrupción de las nuevas tecnologías en la asistencia sanitaria a la salud mental de manera desorganizada.
- La tele-asistencia ha llegado para quedarse y hay actividades para las que puede ser muy útil (como la formación o la coordinación entre profesionales).
- El uso de la tele-asistencia plantea nuevos problemas y retos en la atención a los menores y sus familias (creación de la relación terapéutica o confidencialidad).
- El promedio de edad de los profesionales que ha contestado la encuesta, 45 años, podría explicar, en parte, su alejamiento del uso de las tecnologías en su lugar de trabajo o su preferencia por medios de atención presenciales.

Agradecimientos: nuestro más sincero agradecimiento a todas las personas que contestaron la encuesta y compartieron su experiencia con nosotros.