

LA REORGANIZACIÓN DE UN SERVICIO COMUNITARIO DE SALUD MENTAL INFANTIL Y JUVENIL ANTE LA PANDEMIA DE COVID-19

THE REORGANIZATION OF A COMMUNITY MENTAL HEALTH CENTER FOR CHILDREN AND YOUTH DUE TO THE COVID-19 PANDEMIC

Patricia Escalona-Zorita¹, Áurea Moreno-Mayós¹, Gloria Bellido-Zanin¹, Raül Vilagrà-Ruiz¹, Núria Junyent-Freixenet¹, Juan José Franco² y Mercè Teixidó¹

¹Centro de Salud Mental Infantil y Juvenil de Les Corts y Sarrià-Sant Gervasi. Associació Centre d'Higiene Mental Les Corts, Grup CHM Salut Mental, Barcelona. ²Centro de Salud Mental Infantil y Juvenil de Santa Coloma de Gramanet. Fundació Vidal i Barraquer, Barcelona

La crisis sanitaria causada por la COVID-19 ha forzado una reorganización de los servicios de salud mental. El presente artículo describe una propuesta de reorganización aplicada en una unidad de salud mental infanto-juvenil (atención ambulatoria y comunitaria). Se exponen las estrategias concretas de intervención desarrolladas en las distintas fases de la pandemia según las medidas de restricción sanitarias y los distintos niveles de intervención requeridos (prevención, atención primaria y atención especializada). Además, se compara el número de visitas hechas durante el periodo de Marzo-Julio de 2020 con el mismo periodo en 2019. Concluimos que se ha producido una rápida adaptación del marco asistencial presencial a la metodología telemática mediante una reorganización flexible. Sin embargo, la disminución de la asistencia presencial y la cancelación de grupos terapéuticos han incrementado la presión asistencial notablemente. Se ha observado un incremento de conductas autolíticas y de problemas relacionados con la conducta alimentaria que deberán ser investigados en futuros estudios.

Palabras clave: Psicología clínica infanto-juvenil, Salud mental, COVID-19, Salud mental infanto-juvenil, Organización servicios.

The health crisis caused by COVID-19 has required a reorganization of mental health centers. This article describes the reorganization proposal that was applied in a child and adolescent mental health unit (outpatient and community care). The specific intervention strategies developed in the different phases of the pandemic are presented according to the sanitary restriction measures and the different levels of intervention required (prevention, primary care, and specialized care). In addition, the number of visits made during March-July 2020 is compared to the same period in 2019. We conclude that there has been a rapid adaptation from the face-to-face care framework to a telematic approach through a flexible reorganization. However, the decrease in face-to-face assistance and the cancellation of therapeutic groups have significantly increased the pressure of care. A rise in autolytic behaviors and eating pathologies has been observed that should be investigated in future studies.

Key Words: Clinical child and adolescent psychology, Mental health, COVID-19, Child and adolescent mental health, Services organization.

El efecto en la salud mental de la población general de la pandemia COVID-19 y del confinamiento llevado a cabo como medida de contención ha sido ya tema de estudio en la literatura, por ejemplo Brooks et al. (2020). Sobre la repercusión en la salud mental que pueden producir las situaciones de pandemia, se sabe que la mayor parte de la población tendrá recursos de afrontamiento suficientes (Taylor, 2019). Inchausti, García-Poveda, Prado-Abril y Sánchez-Reales (2020) señalan, sin embargo, algunos grupos de población con especial riesgo de presentar consecuencias psicológicas, siendo la población con antecedentes de haber sufrido algún problema de salud mental uno de los más relevantes. Al respecto, The Lancet en su editorial (2020) o Yao, Chen y Xu (2020) llaman a una adecuada atención a esta población.

La atención en salud mental infanto-juvenil en concreto cobra especial relevancia, ya que se conoce que la mayor parte de los trastornos mentales se desarrollan en esta etapa vital y que una intervención precoz es decisiva (Vyas, Birchwood y Singh, 2014). En cuanto a los efectos psicológicos de la pandemia en los menores, Marques de Miranda, da Silva Athanasio, Sena Oliveira y Simoes-Silva (2020) encuentran que estos han experimentado ansiedad, depresión y síntomas postraumáticos esperables tras cualquier desastre. Para un estudio más pormenorizado, cabe tener en cuenta los efectos del cierre de las escuelas, el aislamiento social y los cambios en las dinámicas familiares.

El cierre de las escuelas ha supuesto que familias en situación de vulnerabilidad social hayan podido brindar menos recursos educativos a sus hijos (Oxfam Intermón, 2019). Por otro lado, el posterior retorno a las aulas ha podido reactivar angustia de separación por la ruptura de las dependencias familiares y la adaptación a las nuevas rutinas (Pelaez y Novak, 2020). Además, los menores vieron eliminadas sus fuentes regulares de conexión social, siendo probable que los efectos negativos del distanciamiento social sean particularmente profundos en los adolescentes (Blakemore, Orben y Tomova, 2020). Una reciente revisión (Loades et al., 2020) relaciona la situación de aislamiento social de los menores con mayores tasas de

Recibido: 26 febrero 2021 - Aceptado: 20 septiembre 2021

Correspondencia: Patricia Escalona-Zorita Centro de Salud Mental Infantil y Juvenil de Les Corts y Sarrià-Sant Gervasi. Associació Centre d'Higiene Mental Les Corts, Grup CHM Salut Mental. Calle Montnegre 21, 3a planta. 09029 Barcelona. España.

Email: patricia.escalona@chmcorts.com

sintomatología ansiosa y depresiva. Además, Liu et al (2020) señalan las consecuencias concretas de la separación de los padres en casos de aislamiento para evitar contagios, encontrando que un 30% de niños desarrollarán un trastorno por estrés postraumático.

Las medidas de contención supusieron también en muchos casos la convivencia intensiva de familias no acostumbradas a ello, con elevada conflictiva relacional o en condiciones precarias de vivienda. Save The Children (2020) encontró un aumento de las situaciones de conflicto entre padres e hijos durante el confinamiento en un 31% de las familias. A esto hay que añadir que los progenitores por su parte han presentado elevados niveles de estrés relacionados con la combinación del teletrabajo con la crianza de los hijos, la pérdida de trabajo e ingresos económicos, preocupaciones por el riesgo de contagio o afectación por la muerte de familiares (Fegert, Vitello, Plener y Clemens, 2020).

Para prevenir la futura aparición de trastornos mentales de más gravedad, varios artículos y guías, entre ellos la propia Organización Mundial de la Salud sugieren un posible aumento de los problemas de salud mental y la necesidad de políticas concretas e inversión en los servicios de salud especializados, sobre todo en edades tempranas (Pierce et al., 2020; World Health Organisation, 2020).

Sin embargo, la red pública de salud mental se ha visto afectada no solo por la reducción de la actividad ambulatoria presencial sino también por la indicación de evitar las consultas a urgencias y la clausura temporal de unidades de hospitalización psiquiátrica para su dedicación a la atención médica de pacientes COVID-19. Como consecuencia, los centros ambulatorios han tenido que atender a los pacientes que ya estaban siendo visitados, a los pacientes graves que no podían ser atendidos en unidades de hospitalización y a las nuevas demandas llegadas en relación con la crisis.

Por estas razones, ha sido fundamental haber podido adaptar los servicios de salud mental infanto-juveniles para garantizar la atención. Pocas son las recomendaciones claras que se han encontrado en la literatura sobre cómo llevarla a cabo y aquí se mencionan algunas de ellas:

- ✓ Planificación y coordinación de las intervenciones psicológicas aplicadas en distintos niveles y por distintos profesionales (Inchausti, MacBeth, Hasson-Ohayon y Dimaggio, 2020; Zhang, Wu, Zhao y Zhang, 2020)
- ✓ Información a la población sobre manejo del estrés y la incertidumbre, abordando el miedo al contagio y la posible sintomatología derivada de la situación de confinamiento (Zhang et al., 2020).
- ✓ Cribado desde atención primaria de los casos más vulnerables re-

lacionados con factores estresantes asociados a la COVID-19 (Pfefferbaum y North, 2020).

Los objetivos del presente artículo consisten en la descripción de la reorganización de un Centro de Salud Mental Infanto-Juvenil (CSMIJ), siguiendo estas recomendaciones y según criterios acordados entre el equipo profesional y la institución de la que forma parte. Los CSMIJ son servicios de atención ambulatoria especializada en Salud Mental dirigidos a las personas menores de 18 años y a sus familias. En concreto, el CSMIJ de Les Corts y Sarrià - Sant Gervasi, de la Associació CHM Les Corts (Barcelona), tiene una población de referencia de 41.020 menores de hasta 18 años (Ajuntament de Barcelona, 2020) y su metodología y visión asistencial comunitaria contempla una atención integral de la persona (en la vertiente individual, familiar, educativa y social) y un trabajo en red multidisciplinar.

REORGANIZACIÓN ASISTENCIAL

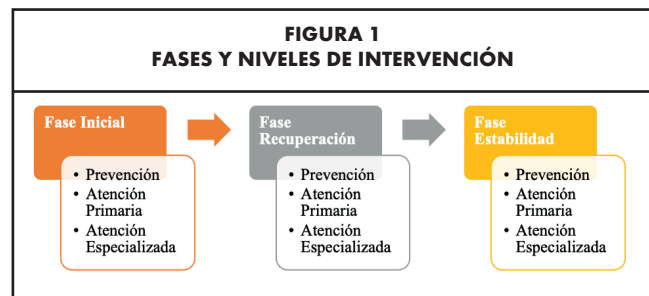
El 14 de marzo de 2020 se declaró el estado de alarma (RD 463/2020; publicado en el BOE núm. 67, de 14/03/2020) por parte del Gobierno de España que se prolongó hasta el 21 de junio de 2020. El estado de alarma conllevó la aplicación de medidas especiales como la limitación de la libre circulación de las personas, la suspensión de actividades educativas presenciales y el refuerzo del sistema nacional de salud. A principios de mayo, tras el confinamiento estricto, se inició una desescalada progresiva, hasta llegar a finales de junio. Posteriormente y como respuesta a los rebrotes epidémicos, nuevas medidas temporales se han ido llevando a cabo para la contención de contagios. En este contexto, se procede a detallar la reorganización de la asistencia en el centro de salud mental infanto-juvenil anteriormente mencionado. Para que fuera posible, ha resultado fundamental el apoyo institucional en el nivel informático y en la flexibilidad en la gestión de los equipos. Asimismo, el apoyo transversal entre profesionales de diferentes servicios de la institución ha sido clave en los momentos de mayor fragilidad de los equipos.

Desde un inicio, la reorganización se planteó de forma dinámica y fue adaptándose a cada uno de los estadios de la crisis, combinando medidas a corto y a largo plazo para garantizar la atención y continuidad asistencial en los diferentes momentos de la pandemia y ante posibles reagudizaciones de la misma. Se realizó una revisión de la literatura acerca de las distintas estrategias empleadas en otros países para la intervención en salud mental. Se optó por una reorganización basada en distintas fases, según medidas de restricción, teniendo en cuenta distintos niveles de intervención (prevención, atención primaria y atención especializada), estableciendo estrategias concretas en cada uno de ellos (ver figura 1).

Fase inicial

La fase inicial se desarrolló durante las primeras semanas de confinamiento estricto e implicó un cese de la actividad presencial ordinaria. En cumplimiento de las recomendaciones gubernamentales sobre el seguimiento de medidas de prevención, la disminución de la movilidad y la facilitación del teletrabajo, los objetivos del servicio fueron reorganizar la actividad asistencial pasando a ser en su mayoría telemática, proteger a pacientes y profesionales evitando desplazamientos, mantener el contacto con los agentes de la red comunitaria de atención a familias (sanidad, educación, servicios sociales) y dar información a la población general.

FIGURA 1
FASES Y NIVELES DE INTERVENCIÓN



A continuación se detallan en cada uno de los niveles de intervención las estrategias concretas llevadas a cabo (ver figura 2).

Nivel I. Prevención y promoción de la salud mental.

Las estrategias desarrolladas se dirigieron a dar información a la población general y la red comunitaria sobre la COVID-19 adaptada a mayores, el manejo del estrés, el miedo y la incertidumbre, reacciones adaptativas habituales en población infantil y adolescente, promoción de hábitos saludables y asesoramiento para progenitores.

- ✓ Estrategia 1: elaboración de infografías con material psicoeducativo difundido a través de la página web de la institución, redes sociales y distribuido a la red comunitaria.
- ✓ Estrategia 2: línea de atención telefónica y e-mail en el marco de un programa preexistente (Ajuntament de Barcelona, 2020), dirigido a jóvenes de entre 12 y 22 años que sufren malestar emocional, a sus familias y a los profesionales que trabajan con adolescentes. El programa tiene como objetivos la promoción de hábitos saludables y la detección y atención precoz inmediata. La actividad se realiza a través de una consulta abierta una tarde por semana y el contacto vía teléfono o e-mail.
- ✓ Estrategia 3: video cápsulas psicoeducativas de hábitos de promoción de la salud física y mental durante el confinamiento para adolescentes a través de los centros educativos. Reconversión de un programa de talleres de alfabetización en salud mental (Casañas, Mas-Expósito, Teixidó y Lalucat-Jo, 2020) para alumnos de secundaria dirigido a la promoción de la salud mental, la prevención de los trastornos mentales, la erradicación del estigma y la mejora en la búsqueda de ayuda.

Nivel II. Intervención psicológica especializada en Atención Primaria de Salud.

Se cesó la presencialidad de los profesionales de salud mental y se anuló la actividad ordinaria.

- ✓ Estrategia 1: valoración telefónica de las primeras visitas programadas.
- ✓ Estrategia 2: mantenimiento de la comunicación con los profesionales de atención primaria, agilizando la interconsulta y derivación en situaciones reactivas y de urgencia.

Nivel III. Intervención especializada en CSMIJ.

La actividad se reorganizó de forma mayormente telemática con el fin de dar continuidad a los tratamientos y atender a las nuevas demandas.

- ✓ Estrategia 1: establecimiento de equipos de trabajo por turnos para disminuir presencialidad y asegurar cobertura de consultas urgentes.
- ✓ Estrategia 2: provisión de equipos de protección y revisión de protocolos de prevención.
- ✓ Estrategia 3: atención telemática a pacientes con la instalación remota del programa de gestión clínica, el uso de llamadas telefónicas y de videoconferencias y la revisión de procedimientos de protección de datos.
- ✓ Estrategia 4: comunicación inter equipos a través de reuniones telemáticas semanales para actualización de informaciones.
- ✓ Estrategia 5: análisis y priorización de pacientes con mayor riesgo de desestabilización psicopatológica. Mantenimiento de la atención presencial para visitas de post alta hospitalaria, clínica autolítica o psicótica, agitaciones en el domicilio o dispensación de tratamientos psicofarmacológicos inyectables.
- ✓ Estrategia 6: cribado inicial de primeras consultas. Según lo descrito en Pfefferbaum et al. (2020), la evaluación inicial incluyó una exploración de factores estresantes relacionados con COVID-19, adversidades secundarias, efectos psicosociales e indicadores de vulnerabilidad (ver tabla 1).
- ✓ Estrategia 7: exploración clínica telefónica e intervención en situaciones de crisis en el domicilio. Se estableció un procedimiento específico.

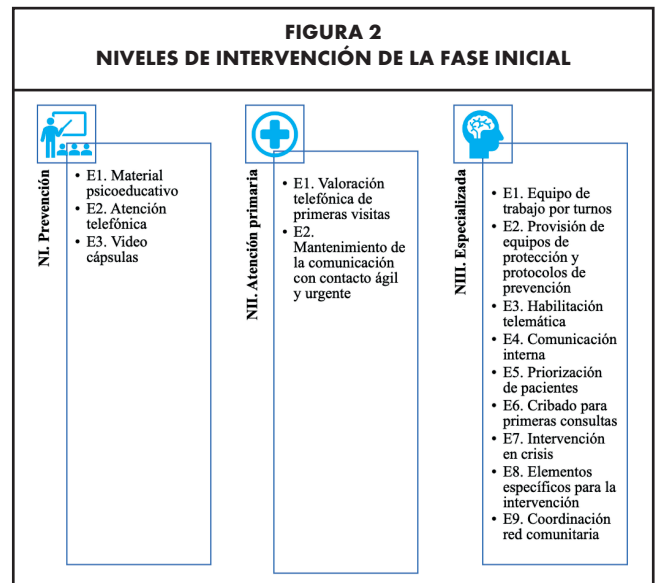


TABLA 1
ÍTEMS DE CRIBADO PARA EXPLORACIÓN PSICOLÓGICA INICIAL

Factores estresantes relacionados con COVID-19	Adversidades secundarias	Efectos psicosociales	Indicadores de vulnerabilidad
<ul style="list-style-type: none"> ✓ ¿Algún familiar ha sido infectado? ✓ ¿Algún familiar ha fallecido? ✓ ¿Algún familiar ha tenido que estar aislado por COVID-19? ✓ ¿El menor ha podido mantener contacto con sus seres queridos y amistades? 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ ¿Algún progenitor presenta preocupaciones por pérdida de trabajo? ✓ ¿La familia presenta problemas económicos? ✓ ¿Han tenido que acudir a servicios sociales para solicitar ayudas económicas o de alimentos? 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ ¿El menor ha presentado síntomas de ansiedad o depresión? ✓ ¿El menor ha presentado alteraciones en ingesta o sueño? ✓ ¿Algún progenitor ha presentado síntomas de ansiedad o depresión? ✓ ¿Se han dado situaciones de violencia intrafamiliar? 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ ¿Había antecedentes somáticos o psicológicos previos en el menor? ✓ ¿Había antecedentes somáticos o psicológicos previos en los progenitores?

co que incluía: i) análisis del contexto y manifestación de la crisis, ii) descripción de elementos precipitantes y mantenedores y iii) generación de un plan de intervención con la familia. Se consideraron determinados perfiles clínicos y situaciones ambientales de más riesgo, como los pacientes con diagnósticos del espectro psicótico y autista, de inestabilidad emocional, obsesivo-compulsivo, ansioso-depresivo-evitativo, abuso y dependencia de tóxicos, menores en régimen de retirada, hijos de adultos con trastorno mental severo, hijos de progenitores en procesos de separación judicializada, o hijos en situación de violencia intrafamiliar.

- ✓ Estrategia 8: elementos específicos para la intervención. Se identificaron algunas herramientas como claves en la intervención psicológica:
 - Validación y contextualización de reacciones adaptativas normales.
 - Autoconsciencia de reacciones de estrés y entrenamiento en identificación de factores cognitivos, emocionales y corporales.
 - Identificación y desarrollo de habilidades de afrontamiento.
 - Intervención en duelo.
- ✓ Estrategia 9: coordinación constante con la red comunitaria (como equipos de atención psicopedagógica, servicios sociales, programas de atención a la infancia y adolescencia, centros de acogida y residenciales entre otros).

Fase de recuperación

La fase de recuperación de la actividad se inició con el aumento de la presencialidad de los profesionales en el centro en un formato

de equipos alternos durante la semana y la recuperación progresiva de visitas presenciales al 50% (ver figura 3).

Nivel I. Prevención y promoción de la salud mental.

Mantenimiento de las estrategias iniciadas en la fase inicial, con el incremento de la presencia en redes sociales y la implementación de encuestas de valoración.

Nivel II. Intervención psicológica especializada en Atención Primaria de Salud.

Recuperación del funcionamiento normalizado del programa de forma telemática.

- ✓ Estrategia 1: habilitación de accesos remotos a los programas de historia clínica de Atención Primaria.
- ✓ Estrategia 2: cribado emocional para consultas de pediatría (ver tabla 2).
- ✓ Estrategia 3: intervención telemática breve y focal en situaciones reactivas a la pandemia en relación con malestar emocional, abuso de tecnologías y duelo.
- ✓ Estrategia 4: recuperación de interconsultas individuales y en reunión. Se trabajó con los equipos de pediatría pautas para favorecer el afrontamiento familiar de la pandemia (Jiao et al., 2020): incrementar la comunicación entre padres e hijos, preguntar activamente sobre la situación y redirigir preocupaciones, realizar juegos colaborativos en familia, mantener hábitos de alimentación, sueño y ejercicio físico, incentivar una actitud positiva y productiva, o emplear métodos de relajación.

Nivel III. Intervención especializada en CSMIJ.

Ante el posible aumento de conflictividad en las familias, estrés, irritabilidad, tristeza y miedos tanto en progenitores como en menores se desarrollaron intervenciones preventivas específicas.

- ✓ Estrategia 1: priorización de lista de espera de primeras visitas.
- ✓ Estrategia 2: priorización de usuarios atendidos para aumento de intensidad de tratamiento en casos de mayor fragilidad.
- ✓ Estrategia 3: organización de actividad presencial y actividad telemática a través de protocolos específicos: i) criterios clínicos de atención telemática y atención presencial (ver tabla 3), ii) medidas de seguridad en visitas presenciales, iii) intervención telemática con consentimientos de protección de datos.
- ✓ Estrategia 4: atención a la sintomatología de ansiedad y depresión de los padres desde una orientación sistémica familiar como abordaje previo a la sintomatología presentada por los menores, así como la consciencia de sus propias reacciones al miedo, la incertidumbre, la tristeza o al estrés. Se fomentaron conversaciones

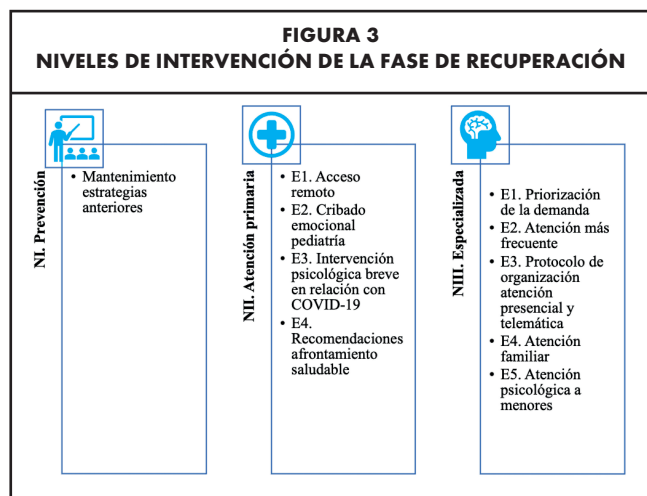


TABLA 2
ÍTEMES DE CRIBADO PARA EXPLORACIÓN PEDIÁTRICA

Factores estresantes relacionados con COVID-19	Situación psicosocial	Síntomas psicológicos
<ul style="list-style-type: none"> ✓ ¿Algún familiar ha sido infectado? ✓ ¿Algún familiar ha fallecido? ✓ ¿El menor ha podido mantener contacto con sus seres queridos y amistades? 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ ¿La familia es usuaria de servicios sociales? ✓ ¿Tiene dificultades económicas? ✓ ¿Hay sospecha de violencia intrafamiliar? 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Alteración patrón sueño ✓ Alteración patrón ingesta ✓ Dificultad de concentración ✓ Irritabilidad ✓ Hiperactividad y/o hipoactividad ✓ Preocupaciones ✓ Miedo a las infecciones ✓ Tristeza ✓ Mayor dependencia



abiertas entre padres e hijos con el objetivo de mejorar la comprensión de los síntomas y el desarrollo de habilidades de afrontamiento.

Una situación de especial atención fue la sobreexposición a dinámicas familiares distócicas y a violencia intrafamiliar sin la presencia de otros entornos que anteriormente ofrecían alternativas vinculares más saludables como la escuela. Para ello, se aumentó la sensibilidad y capacidad de detección hacia posibles situaciones de riesgo, y se ofreció mayor disponibilidad en aquellos casos identificados.

Estrategia 5: atención psicológica a menores. Desde un enfoque ideográfico y con el fin de diseñar un plan de intervención individualizado, se realizó una historización de cada caso para analizar experiencias previas de pérdidas y estilo de afrontamiento junto con la detección de necesidades, factores de riesgo y factores de protección. Se consideró clave el análisis y promoción de la flexibilidad cognitiva como determinante de la capacidad de adaptación.

Fase de estabilización

La **fase de estabilización** de la actividad posterior al confinamiento severo a partir de finales de junio conllevó el mantenimiento de la actividad telemática como opción terapéutica estable y la elaboración de un plan de reorganización asistencial ante nuevos rebotes. Esta fase se ha dilatado en el tiempo con la aparición de las nuevas olas de contagios de la enfermedad. Pese a que la comercialización de las primeras vacunas para la COVID-19 en diciembre de 2020 plantea un escenario más favorable, cabe esperar una continuidad en las medidas de prevención y la necesidad del mantenimiento a medio y largo plazo.

A nivel metodológico, se han consolidado las estrategias implementadas y se han recuperado actividades que se habían visto interrumpidas.

Nivel I. Prevención y promoción de la salud mental

En el momento de reapertura de los centros educativos se han reiniciado los talleres de alfabetización en salud mental con formato presencial y *on-line* abordando de forma transversal los efectos de la pandemia en adolescentes. También se están realizando cursos *on-line* de formación en primeros auxilios emocionales para profesionales que trabajan con jóvenes.

Nivel II. Intervención psicológica especializada en Atención Primaria de Salud

El protagonismo en esta tercera fase de la Atención Primaria de Salud como agente en la detección y tratamiento de COVID-19 impide en muchas áreas básicas de salud la realización de visitas presenciales de especialistas. Así, se sigue manteniendo la actividad asistencial y las interconsultas de forma telemática. Se están organizando sesiones interequipos permitiendo una formación conjunta en todo el territorio de influencia para mejorar la detección precoz de psicopatología en menores.

Nivel III. Intervención especializada en CSMUJ

El equipo continúa dividido por turnos con una presencialidad del 50% teniendo las visitas presenciales y telemáticas una proporción de igualmente el 50%. La inmersión en el uso de herramientas telemáticas para la intervención ha sido un desafío y ha supuesto una capacidad de adaptación tanto en los pacientes como los profesionales durante estos meses. La definición de una cartera de servicios telemáticos, el desarrollo de procedimientos concretos y la formación de los profesionales en su manejo será un reto para los próximos meses.

Descripción cuantitativa de la actividad asistencial telemática en el CSMUJ

Se llevó a cabo un análisis de los datos cuantitativos relativos al número de visitas realizadas durante el período comprendido entre el 16 de marzo y el 31 de julio de 2020 y también la comparativa respecto al mismo período del año 2019.

De la actividad asistencial total realizada en el período de 2020 el 86,25% fue telemática y el 13,75% presencial. El desglose de las visitas por tipología es el siguiente: 54% de primeras visitas telemáticas respecto 46% presencial, 86% de visitas individuales telemáticas respecto 14% presencial, 90% de visitas con progenitores o tutores telemáticas respecto 10% presencial y 82% de visitas familiares telemáticas respecto 18% presencial. En cuanto a las coordinaciones e interconsultas entre profesionales del mismo equipo y de otros servicios, el 100% se realizó de forma telemática (ver tabla 4).

De la actividad asistencial total realizada durante el mismo período de 2019 el 11,18% fueron visitas telefónicas y el 88,82% fueron visitas presenciales. En cuanto a las coordinaciones e inter-

Intervención presencial	Intervención telemática
<ul style="list-style-type: none"> ✓ Evaluación que requiera la realización de pruebas psicodiagnósticas específicas ✓ Reagudización psicopatológica ✓ Altas hospitalarias o de urgencias ✓ Riesgo suicida y conductas autolesivas ✓ Alteraciones conducta alimentaria de gravedad moderada ✓ Sospecha de riesgo del menor en el domicilio ✓ Dudas respecto confidencialidad del tratamiento telemático ✓ Pacientes graves con riesgo de aislamiento social 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Tratamiento pacientes ya conocidos y estables ✓ Tratamiento pacientes en confinamiento ✓ Tratamiento pacientes o familiares de riesgo por patología orgánica ✓ Primeras visitas de progenitores para recogida de motivo de consulta y anamnesis ✓ Pacientes con dificultad gestión emocional y conductual que no puedan seguir medidas de seguridad aún con acompañante ✓ Adolescentes con dificultades de vinculación presencial ✓ Reuniones de coordinación en red

Tipo de visita	% Visitas telemáticas	% Visitas presenciales
Primeras visitas	54%	46%
Visitas individuales	86%	14%
Visitas progenitor/tutor	90%	10%
Visitas familiares	82%	18%
Visitas grupales	100%	0%
Interconsultas	100%	0%
Total	89%	11%



consultas, el 58,23% fueron telefónicas y el 63,20% presenciales (ver tabla 5).

Comparando los mismos períodos temporales de 2020 respecto a 2019 observamos cómo se pasó de una presencia testimonial de visitas telemáticas a la práctica totalidad. El número total de primeras visitas realizadas independientemente del formato en 2020 respecto a 2019 fue de un 30,32% menos.

En el análisis de datos cabe destacar también la supresión de todos los tratamientos terapéuticos grupales en curso. Se realizaron algunas sesiones de tratamiento grupal telemático. Estos tratamientos son de forma habitual un eje fundamental del abordaje terapéutico del CSMIJ habiendo representado un 36.19% del total de tratamientos en el período comprendido entre el 16 de marzo y el 31 de julio de 2019. Durante el período de 2020, se observa un incremento del 38,85% de los tratamientos no grupales respecto a 2019.

CONCLUSIONES

El presente artículo sintetiza una propuesta de reorganización asistencial aplicada en el CSMIJ de Les Corts y Sarrià - Sant Gervasi (Barcelona) sustentada, fundamentalmente, en las diferentes recomendaciones sanitarias estatales e internacionales durante la crisis de la COVID-19, y en la metodología y la visión asistencial comunitaria que caracterizan a esta institución.

A nivel institucional, el diseño y la puesta en marcha de esta reorganización asistencial ha tenido por delante dos grandes objetivos complementarios: dotarla de una estructura sólida y aplicable en el muy corto plazo, que llegara rápidamente a todos los estratos del servicio, y que a su vez tuviera una flexibilidad y/o adaptabilidad al cambio en constante interacción con la evolución de esta crisis sanitaria, incluyendo la futura fase "post-COVID". Esto último ha sido crítico dada la naturaleza cambiante y novedosa de esta pandemia, las medidas urgentes para luchar contra la misma, así como las necesidades presentes y futuras de los usuarios de los servicios de salud mental. Para garantizar lo anterior, se ha requerido de la estrecha colaboración de todo el personal, con una comunicación directa y semanal entre la dirección, los cargos de gestión intermedios y todo el equipo asistencial. Se han reestructurado los horarios y los turnos de los profesionales teniendo en consideración la diversidad de necesidades y conciliación laboral de estos, y naturalmente, la adaptación del marco asistencial presencial a uno de tipo telemático. Si bien muchas de las medidas tomadas tienen un carác-

ter temporal, ha resultado fundamental que estas formen parte de los protocolos habituales y ya existentes del servicio de atención en salud mental, con el fin de reactivarse de la forma más rápida, eficiente y flexible posible. En este sentido, los datos muestran una rápida implementación y adaptación de la metodología telemática entre los profesionales, dentro de un marco de intervención comunitaria en distintos niveles. En suma, se ha podido mantener una intervención asistencial adecuada. Sin embargo, la imposibilidad de llevar a cabo tratamientos grupales se ha tenido que compensar mediante intervenciones individuales. Otro dato preocupante es la disminución de primeras visitas durante los primeros meses de pandemia. Este hecho podría explicarse por una mayor retención y aguante de los motivos de consulta y por la menor accesibilidad a los agentes de detección precoz y derivación al CSMIJ como son atención primaria, servicios sociales y las escuelas. Para contrastar esta hipótesis, se estudiará la evolución de los datos asistenciales durante el 2021, nuevas olas y futura fase post-COVID.

A nivel de demandas de los usuarios, en la primera fase de la pandemia se pudo delinear un incremento percibido de insomnio, irritabilidad, rabietas, crisis de ansiedad, incremento del uso de pantallas, miedo al contagio y añoranza de amistades, vínculos escolares y relaciones familiares significativas. En el momento de finalización del presente artículo en enero de 2021, en la red hospitalaria y comunitaria de salud mental del territorio se ha reportado un incremento respecto a niveles previos de primeras visitas de adolescentes con ideación y conductas autolíticas y patologías alimentarias. Estas observaciones requerirían ser contrastadas empíricamente en futuras investigaciones descriptivas.

En lo concerniente a la asistencia prestada a los usuarios, ha sido complejo combinar lo anterior expuesto con una visión integral del menor y de los padres y/o familiares (individual y grupal), y por supuesto, el irrenunciable trabajo multidisciplinar en red. La planificación y continuidad de la intervención en salud mental ha tenido como prioridad la coordinación con los diferentes servicios sanitarios, comunitarios, y en especial con los educativos. La ausencia del marco estructurador y socializador que ejerce la escuela ha sido central en muchas de las intervenciones realizadas.

Respecto a las intervenciones psicológicas mediante vía telemática, si bien se describe que gozan de efectividad, además de su innegable polivalencia en un contexto tan cambiante de crisis sanitaria, éstas han dificultado la realización de las valoraciones clínicas y/o diagnósticas que requerían el uso de métodos y herramientas presenciales o los tratamientos grupales donde el juego y la interacción real resultan fundamentales. Se considera que la videollamada no podría suplir en igualdad el contacto presencial con el usuario, el cual puede encontrar en él el espacio seguro y confidencial necesario, especialmente para aquellas personas que no disponen de acceso telemático o que viven en situaciones de riesgo o de negligencia.

Otro aspecto relevante es que la intervención telemática puede generar un cambio en la responsabilidad sobre el proceso terapéutico, siendo el profesional en lugar de la familia quien inicia el contacto. Asimismo, puede también fomentar la idea de que mediante esta vía se van a resolver problemáticas diagnósticas, relacionales y familiares complejas. Es, por tanto, importante aclarar y especificar en los protocolos las oportunidades y limitaciones de esta metodología.

Tipo de visita	% Visitas telemáticas	% Visitas presenciales
Primeras visitas	0%	100%
Visitas individuales	11%	89%
Visitas progenitor/tutor	0%	100%
Visitas familiares	0%	100%
Visitas grupales	0%	100%
Interconsultas	8%	92%
Total	7%	93%



Como ganancia, el marco telemático presenta posibilidades en las intervenciones no asistenciales como coordinaciones intra equipo en situaciones de dispersión territorial, inter equipos y en actividades formativas entre otros.

Finalmente, y en suma, esta crisis, con sus indeseables consecuencias, es también un heurístico que ha aportado cohesión, polivalencia y mayor diversidad de posibilidades asistenciales que bien organizadas pueden redundar en beneficio de los usuarios y la promoción de los recursos comunitarios actuales. La puesta en marcha de esta reorganización asistencial ha demostrado la gran flexibilidad y permeabilidad del equipo asistencial a las demandas y necesidades urgentes del contexto, aunque sin perder de vista los recursos necesarios que los profesionales requieren para, al menos, seguir proporcionando un servicio en salud mental que sume calidad.

CONFLICTO DE INTERESES

Los autores declaran que no existe conflicto de intereses.

REFERENCIAS

- Ajuntament de Barcelona (2020). Departament d'Estadística i Difusió de Dades. Disponible en: <http://www.bcn.cat/estadistica/catala/dades/tpob/pad/padro/a2020/edat/edat02.htm>
- Ajuntament de Barcelona (2020). Sanidad y salud. Recuperado de: <https://ajuntament.barcelona.cat/sanitat/salut/es/canal/konsultam>
- Blakemore, S.-J., Orben, A. y Tomova, L. (2020). The effects of social deprivation on adolescent development and mental health. *Lancet Child Adolesc Health*, 4, 634–674. [https://doi.org/10.1016/S2352-4642\(20\)30186-3](https://doi.org/10.1016/S2352-4642(20)30186-3)
- 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(10227), 912–920. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30460-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30460-8)
- Casañas, R., Mas-Expósito, L., Teixidó, M. y Lalucat-Jo, L. (2020, January 1). Programas de alfabetización para la promoción de la salud mental en el ámbito escolar. Informe SESPAS 2020. *Gaceta Sanitaria*, 34, 39–47. <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2020.06.010>
- Fegert, J. M., Vitiello, B., Plener, P. L. y Clemens, V. (2020, May). Challenges and burden of the Coronavirus 2019 (COVID-19) pandemic for child and adolescent mental health: A narrative review to highlight clinical and research needs in the acute phase and the long return to normality. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, 14, 20. <https://doi.org/10.1186/s13034-020-00329-3>
- Inchausti, F., García-Poveda, N., Prado-abril, J. y Sánchez-Reales, S. (2020). La psicología clínica ante la pandemia COVID-19 en España. *Clínica y Salud*, 31, 105–107. <https://doi.org/10.5093/clysa2020a11>
- Inchausti, F., MacBeth, A., Hasson-Ohayon, I. y Dimaggio, G. (2020). Psychological intervention and COVID-19: What we know so far and what we can do. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, 50(4), 243–250. <https://doi.org/10.1007/s10879-020-09460-w>
- Jiao, W. Y., Wang, L. N., Liu, J., Fang, S. F., Jiao, F. Y., Pettoello-Mantovani, M. y Somekh, E. (2020). Behavioral and emotional disorders in children during the COVID-19 epidemic. *Journal of Pediatrics*, 221, 264–266.e1. <https://doi.org/10.1016/j.jpeds.2020.03.013>
- Liu, J. J., Bao, Y., Huang, X., Shi, J. y Lu, L. (2020). Mental health considerations for children quarantined because of COVID-19. *The Lancet Child and Adolescent Health*, 4, 347–349. [https://doi.org/10.1016/S2352-4642\(20\)30096-1](https://doi.org/10.1016/S2352-4642(20)30096-1)
- Loades, M. E., Chatburn, E., Higson-Sweeney, N., Reynolds, S., Shafran, R., Brigden, A., ... Crawley, E. (2020). Rapid Systematic review: The impact of social isolation and loneliness on the mental health of children and adolescents in the context of COVID-19. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 59, 1218–1239.e3. <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2020.05.009>
- Marques de Miranda, D., da Silva Athanasio, B., Sena Oliveira, A. C. y Simoes-e-Silva, A. C. (2020). How is COVID-19 pandemic impacting mental health of children and adolescents? *International Journal of Disaster Risk Reduction*, 51, 101845. <https://doi.org/10.1016/j.ijdrr.2020.101845>
- Pelaez, M. y Novak, G. (2020). Returning to school: Separation problems and anxiety in the age of pandemics. *Behavior Analysis in Practice*, 13, 521–526. <https://doi.org/10.1007/s40617-020-00467-2>
- Pfefferbaum, B. y North, C. S. (2020). Mental Health and the Covid-19 Pandemic. *New England Journal of Medicine*, 383(6), 510–512. <https://doi.org/10.1056/NEJMp2008017>
- Pierce, M., Hope, H., Ford, T., Hatch, S., Hotopf, M., John, A., ... Abel, K. M. (2020). Mental health before and during the COVID-19 pandemic: A longitudinal probability sample survey of the UK population. *The Lancet Psychiatry*, 7(10), 883–892. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(20\)30308-4](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(20)30308-4)
- Save The Children (2020). Más me duele a mi. La violencia que se ejerce en casa. Recuperado de: https://www.savethechildren.es/sites/default/files/imce/docs/mas_me_duele_a_mi.pdf
- Oxfam Intermón. (2019). Equidad y educación en España. Recuperado de: https://www.oxfamintermon.org/es/publicacion/Equidad_y_educacion_en_Espana
- Taylor, S. (2019). *The psychology of pandemics. Preparing for the next global outbreak of infectious disease*. Cambridge Scholars Publishing.
- The Lancet (2020). *Facing up to long COVID*, 396(10266), 1861. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)32662-3](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)32662-3)
- Vyas, N. S., Birchwood, M. y Singh, S. P. (2014). Youth services: Meeting the mental health needs of adolescents. *Irish Journal of Psychological Medicine*, 32(1), 13–19. <https://doi.org/10.1017/ipm.2014.73>
- World Health Organisation. (2020). The impact of COVID-19 on mental, neurological and substance use services. In *World Health Organization*. Recuperado de: <https://www.who.int/publications/i/item/978924012455>
- Yao, H., Chen, J.-H. y Xu, Y.-F. (2020). Patients with mental health disorders in the COVID-19 epidemic. *Lancet Psychiatry*, 7(4), e21. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(20\)30090-0](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(20)30090-0)
- Zhang, J., Wu, W., Zhao, X. y Zhang, W. (2020). Recommended psychological crisis intervention response to the 2019 novel coronavirus pneumonia outbreak in China: a model of West China Hospital. *Precision Clinical Medicine*, 3(1), 3–8. <https://doi.org/10.1093/pcmedi/pbaa006>

