



La psicología de emergencias ante la pandemia de COVID-19: Análisis de la asistencia psicológica prestada desde el teléfono del Colegio Oficial de la Psicología de Madrid

Emergency Psychology in the COVID-19 Pandemic: Analysis of the Psychological Care Provided Over the Madrid Psychological Association Hotline

María Antonia Soto-Baño¹, Vicente Javier Clemente-Suárez¹,
Jesús Linares Martín¹ y Alicia López Durán²
¹Universidad Europea de Madrid, España
²Psicóloga Sanitaria, España

Resumen: Con el objetivo de dar respuesta a las necesidades de índole psicológica de la población en el inicio de la situación de crisis ocasionada por la COVID-19 denominada “primera ola”, el Colegio Oficial de la Psicología de Madrid puso en marcha un teléfono de asistencia psicológica gratuito con una cobertura única en España de 24 horas, 7 días de la semana. Este estudio analiza las variables más relevantes de las personas que utilizaron el servicio, identificando los principales motivos de consulta, sintomatología y estrategias de intervención aplicadas por los profesionales. Los datos analizados revelan un uso intensivo

María Antonia Soto-Baño  [0009-0006-9836-7506](https://orcid.org/0009-0006-9836-7506) Psicóloga sanitaria especializada en situaciones de crisis, emergencias y catástrofes. Pertenece al Grupo de Investigación en Psicofisiología Aplicada de la Universidad Europea de Madrid.

Vicente Javier Clemente-Suárez  [0000-0002-2397-2801](https://orcid.org/0000-0002-2397-2801) Faculty of Sport Sciences, Universidad Europea de Madrid, 28670 Villaviciosa de Odón, Spain. Grupo de Investigación en Cultura, Educación y Sociedad, Universidad de la Costa, Barranquilla 080002, Colombia.

Jesús Linares Martín  [0000-0002-4425-6484](https://orcid.org/0000-0002-4425-6484) pertenece al Departamento de Ciencias Biomédicas de la Universidad Europea de Madrid.

Alicia López Durán  [0009-0006-0311-3520](https://orcid.org/0009-0006-0311-3520) es Psicóloga Sanitaria Colegiada MU03170.

Para citar este artículo: Soto-Baño, M^a. A., Clemente-Suárez, V. J., Linares Martín, J. y López Durán, A. (2024). La psicología de emergencias ante la pandemia de COVID-19: Análisis de la asistencia psicológica prestada desde el teléfono del Colegio Oficial de la Psicología de Madrid. *Clínica Contemporánea*, 15(3), Artículo e21. <https://doi.org/10.5093/cc2024a17>

La correspondencia de este artículo debe ser enviada a María Antonia Soto Baño al email: masoto.psi@gmail.com



Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND.

del servicio con 10.452 llamadas gestionadas y la sintomatología ansiosa (44,2%) y depresiva (23%) como predominante. Los resultados subrayan la alta demanda y necesidad del servicio de atención psicológica telefónica durante la primera ola de la COVID-19. La derivación a otros servicios en el 30% de los casos resalta la importancia de una red coordinada de apoyo, destacando la necesidad de una intervención psicológica proactiva y sostenida en situaciones de crisis.

Palabras clave: salud mental, COVID-19, psicología de emergencias, pandemia, asistencia telefónica en crisis.

Abstract: With the aim of responding to the psychological needs of the population at the beginning of the crisis situation caused by the so-called “first wave” of COVID-19, the Official College of Psychology of Madrid launched a free psychological care hotline with unique coverage in Spain 24 hours a day, 7 days a week. This study evaluates the most pertinent variables of the people who used the service, highlighting the main reasons for consultation, symptoms and intervention strategies applied by professionals. The data analyzed reveals an intensive use of the service with 10,452 calls managed, with anxious (44.2%) and depressive (23%) symptoms being most prevalent. The results highlight the high demand and need for the psychological helpline during the first wave of COVID-19. The referral to other services in 30% of cases underscores the importance of a coordinated support network, emphasizing the need for proactive and sustained psychological intervention in crisis situations.

Keywords: mental health, COVID-19, emergency psychology, pandemic, crisis helplines

El 11 de marzo de 2020 la Organización Mundial de la Salud (2020), declaró pandemia la situación de crisis sanitaria que el mundo estaba viviendo como consecuencia de la enfermedad ocasionada por el coronavirus 2019 (COVID-19). Desde su inicio y hasta el 5 de mayo de 2023, fecha en que la OMS declaró el final de la importancia internacional de la emergencia de salud pública generada por la COVID-19 (Organización Panamericana de la Salud, 2023), la situación de pandemia dejó más de 765 millones de casos confirmados de COVID-19 y más de 6,9 millones de muertes en todo el mundo. En España, el Centro de Coordinación de Alertas y Emergencias Sanitarias notificó un total de 13.845.544 de casos confirmados y 120.964 personas fallecidas, en el mismo periodo (Departamento de Seguridad Nacional, 2023).

Esta crisis de salud pública obligó a los países a tomar importantes medidas para frenar el contagio del virus como confinamientos en la población general, aislamiento y cuarentenas de pacientes en domicilios y hospitales. En España, el 14 de marzo de 2020, el Gobierno declaró el estado de alarma en todo el país por un periodo inicial de 15 días con el fin de “garantizar la protección de la salud pública”, promoviendo medidas de distanciamiento social y limitando la libertad de circulación de las personas a actividades de primera necesidad (Ministerio de la Presidencia, Relaciones con las Cortes y Memoria Democrática, 2020). Este estado fue prorrogándose en numerosas ocasiones hasta el 9 de mayo de 2021. Así, el 28 de abril de 2020, y tras la definición por parte de la OMS de los principios a seguir a la hora de plantear el desconfinamiento, el Consejo de Ministros español aprobó un plan de desescalada en cuatro fases para la transición a la normalidad, donde se establecían los principales parámetros e instrumentos de adaptación para la sociedad de una forma gradual, asimétrica y coordinada (Ministerio de Sanidad, 2020).

Atendiendo a experiencias previas en pandemias anteriores como la del síndrome respiratorio agudo severo SARS (2003), la gripe A (2009-2010) o el virus del Ébola (2014), se preveía que el impacto en la salud mental de esta situación de crisis podía ser muy importante, no sólo para enfermos y familiares de fallecidos, sino para la población en general, debido principalmente a la percepción de incertidumbre, pérdida de control, desconocimiento y caos que genera (Taylor, 2019).

Estudios como el de Clemente-Suárez et al. (2021) evidenciaron el profundo impacto social y económico de la crisis de la COVID-19, así como en el estado psicofisiológico de la población (Clemente-Suárez et al., 2020) durante las primeras etapas de la pandemia. Del mismo modo, la importante afectación en la salud mental de la población quedó evidenciada en múltiples estudios. Específicamente, en una investigación de Wang et al. (2020), realizada a ciudadanos chinos para evaluar el impacto psicológico inicial, reveló que un 53,8% de los participantes calificó el impacto psicológico del brote como moderado o grave. En la Unión Europea, un informe del Servicio de Investigación del Parlamento Europeo (European Parliamentary Research Service, 2021), manifestó el importante impacto de la pandemia sobre el bienestar mental de las personas al comienzo del confinamiento y señaló que en Italia ocho de cada diez personas dijeron que necesitaban apoyo psicológico, Suecia vio un aumento en los problemas de salud mental autoinformados y en los Países Bajos más de un tercio afirmó sentirse más ansioso, estresado y solo, y alrededor del 20% manifestó tener más problemas para dormir.

En esta línea, Fegert et al. (2020) mostraron cómo los individuos sufrieron dificultades psicológicas y sociales, incluso después de recuperarse físicamente de la enfermedad, indicando que el confinamiento pudo tener efectos adversos en la salud mental, particularmente de los niños. Brooks et al. (2020) señalaron algunos factores estresantes que durante el confinamiento podían afectar a los comportamientos individuales, tales como el miedo a la infección, la frustración, la escasez de suministros esenciales y las noticias no verificadas. En este sentido, Venkatesh et al. (2021) indicaron que las medidas extraordinarias implementadas en estas situaciones de contención, aislamiento y distanciamiento social podían conducir a alteraciones en la salud mental, aumentando la ansiedad percibida, la depresión, los trastornos del sueño y la calidad de vida.

Así, tanto por las propias características de la situación calificada como “catástrofe”, intensificada por las consecuencias económicas y sociales que produjeron las estrictas medidas sociales y de salud pública implementadas, especialmente de cuarentena y confinamiento, (García-Vera et al., 2022), era incuestionable que nos encontrábamos ante una situación de crisis, que debía ser respondida desde la psicología de emergencias.

De este modo, siendo conscientes del impacto psicológico que tendría en la población la propia situación de crisis provocada por el virus, junto con las medidas implantadas por el Estado de Alarma, el 27 de marzo de 2020 a las 8:00 horas (UCT+1), el Colegio Oficial de la Psicología de Madrid a través de la Oficina Regional de Salud Mental y Adicciones de la Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid pusieron en marcha el Servicio de Atención Psicológica a través del número telefónico gratuito 900 124 365 de forma ininterrumpida (24 horas al día, 7 días de la semana). Este servicio estaba dirigido principalmente a personas enfermas de COVID-19 o que estuviesen en cuarentena y sus familiares, personas mayores en soledad, familiares de fallecidos por Coronavirus y personas con cualquier tipo de discapacidad que se encontrasen en situación de vulnerabilidad psicológica, así como a cualquier persona que necesitase asistencia psicológica ante la difícil situación que se estaba viviendo (Colegio Oficial de la Psicología de Madrid, 2020).

Durante los momentos iniciales de la situación crítica, denominada como “primera ola”, el dispositivo estuvo prestando asistencia psicológica a la población madrileña hasta el 3 de mayo de 2020 a las 00:00 horas (UCT+1), coincidiendo con el inicio de las medidas de desescalada aprobadas por el Gobierno español. Durante este periodo, según datos del 27 de abril del Centro de Coordinación de Alertas y Emergencias Sanitarias (2020), en España se habían notificado un total de 209.465 casos de COVID-19 y 23.521 fallecidos, alcanzando la Comunidad de Madrid la cifra más alta del país con 59.421 casos confirmados por COVID-19, 39.472 personas hospitalizadas, 3.309 personas ingresadas en la Unidad de Cuidados Intensivos-UCI y 7.986 fallecidos.

Por todo ello, y ante la necesidad de comprender los efectos en la salud mental de la población ante la pandemia, así como destacar la importancia que tiene una adecuada intervención psicológica para la prevención del impacto psicológico y emocional ocasionado por estas situaciones, se plantea la presente investigación con los objetivos de analizar la asistencia psicológica proporcionada por la línea telefónica del Colegio Oficial de Psicología de Madrid durante la primera ola de la pandemia de COVID-19, focalizándose en algunas de las variables más significativas respecto a la sintomatología y características de la población atendida, así como las técnicas y estrategias de intervención aplicadas por los profesionales en las intervenciones psicológicas realizadas en este servicio. Todo ello, con el fin último de mostrar la importancia de contar con profesionales especializados en psicología de emergencia que garanticen una respuesta de calidad ante las especiales necesidades que presentan las personas que se enfrentan a situaciones de crisis, emergencias y catástrofes.

Metodología

El 27 de marzo de 2020 el Colegio Oficial de la Psicología de Madrid junto con la Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid pusieron en marcha un servicio de asistencia psicológica de forma ininterrumpida. Este servicio, de carácter gratuito, fue atendido por profesionales de la psicología pertenecientes a dicho Colegio con el fin de prestar asistencia psicológica a la población de esta Comunidad afectada por la COVID-19. El servicio permaneció activo hasta el 3 de mayo de 2020, coincidiendo su finalización temporalmente con la fase de inicio de desescalada y salida del confinamiento. La existencia de este teléfono fue difundida tanto por medios de comunicación como por redes sociales.

Desde un primer momento, y debido a las especiales características de la situación, se consideró que los profesionales de la psicología que atendiesen en este servicio contasen con un perfil profesional especializado en situaciones de crisis, emergencias y catástrofes, tanto para aquellos que serían responsables de la coordinación del dispositivo como para los que atendiesen a la ciudadanía. Para la prestación del servicio a los ciudadanos, el Colegio recibió un total de 587 solicitudes de profesionales que enviaron sus preferencias de disponibilidad en cuanto a días y horario. De entre todos ellos, se realizó una selección priorizando su competencia y experiencia en intervención en el ámbito de las situaciones de crisis y emergencias. Los profesionales seleccionados debieron renunciar expresamente a percibir remuneración alguna por la prestación del servicio de manera que eran asignados a los diferentes turnos diarios de cuatro horas que se realizaban. Estos psicólogos fueron coordinados por un equipo de seis psicólogos seleccionados por su amplia experiencia y formación en situaciones de crisis y emergencias.

Procedimiento

Se trata de un diseño observacional de corte transversal que atañe a las personas de la Comunidad de Madrid afectadas por las consecuencias del COVID-19 en el periodo temporal especificado durante el desarrollo de la pandemia.

La recogida de datos por parte de los psicólogos se realizó mediante una hoja de registro disponible en la plataforma para cumplimentar al final de cada intervención (anexo 1). Así, del total de las intervenciones realizadas en las llamadas telefónicas establecidas se registraron 4.938 atenciones de las cuales, tras un cribado de datos duplicados, mal codificados o erróneos, se han utilizado para este análisis un total de 4.426 registros válidos. Esta diferencia entre el número de llamadas totales atendidas (10.452) y el número de llamadas registradas se debió principalmente a que algunos de los profesionales no cumplimentaron el cuestionario tras su intervención por desconocimiento, falta de tiempo u otras razones.

En estas hojas de registro se codificaron un total de 19 variables referentes a: edad, sexo, población, ocupación, situación en la que se encontraba la persona que llamaba, el motivo por el cual lo hacía, si había habido llamadas anteriores o no, el tipo de intervención que se realizaba por parte de los psicólogos, la intensidad de la gravedad que el profesional estimaba presentaba la persona en la llamada, si se derivaba la llamada a algún otro recurso, así como la semana y día en la que se realizaba la llamada. Para este estudio, se han seleccionado ocho variables consideradas más relevantes atendiendo a los objetivos de este estudio y se ha adaptado su parametrización y codificación a las respuestas obtenidas. Así, algunos de los parámetros que hemos codificado en las variables han variado respecto a la hoja de registro, fundamentalmente al tener en cuenta aquellas opciones que más claramente se repetían en la opción de “otros” que los profesionales libremente cumplimentaban en estas variables registradas. Tres de las variables seleccionadas se codificaron de forma binaria: sexo (1: mujer, 2: hombre), llamadas anteriores (1: sí, 2: no) y derivación a otro recurso (1: sí, 2: no). La variable semanas de intervención se codificó del siguiente modo: 1. 27-03 a 05-04; 2. 06-04 a 12-04; 3. 13-04 a 19-04; 4. 20-04 a 26-04 y 5. 27-04 a 03-05. En la tabla 1 se muestran el resto de las variables en las que hemos centrado este estudio, así como sus criterios de codificación.

Tabla 1. Variables registradas tenidas en cuenta para este estudio y sus criterios de codificación

| Grupo de Edad | Situación actual | Motivo de intervención | Intervención realizada | Derivación a algún otro recurso |
|---------------|---|---|---|--|
| 0. 0-17 años | 1. Enfermo por COVID-19. | 1. Sintomatología depresiva. | 1. Legitimación, validación y normalización de sintomatología. | 1. Seguimiento en el propio servicio |
| 1. 18-30 años | | | | 2. 112 |
| 2. 31-40 años | 2. Convivencia con personas enfermas de COVID. | 2. Sintomatología de ansiedad. | 2. Facilitación de la expresión emocional (ventilación). | 3. Programa de Ayuda Duelo del COP Madrid |
| 3. 41-50 años | | 3. Hipocondrías y somatizaciones. | 3. Identificación y refuerzo de recursos personales saludables. | 4. Servicios Sociales |
| 4. 51-65 años | 3. Familiar de fallecido por coronavirus. | 4. Ideación o intentos autolíticos. | 4. Reforzamiento y estimulación de estrategias adaptativas de afrontamiento. | 5. Centro de Salud |
| 5. +66 años | 4. Persona en soledad. | 5. Alteraciones de sueño. | 5. Potenciar la capacidad de control. | 6. Centro Salud Mental |
| | 5. Familiar de persona con discapacidad o demencia. | 6. Miedo e incertidumbre ante COVID-19. | 6. Técnicas de relajación y regulación emocional. | 7. Otros servicios del COPM u otros profesionales de la psicología |
| | 6. Persona con discapacidad. | 7. Dificultad adaptativa a la nueva situación. | 7. Gestión de pensamientos intrusivos y preocupaciones. | 8. 016 Violencia de Género |
| | 7. Trabajando en contacto con enfermos. | 8. Psicopatología previa. | 8. Facilitación de la toma de decisiones. | 9. Policía |
| | 8. Cree que puede estar enfermo. | 9. Inicio o incremento en consumo de sustancias nocivas. | 9. Proyección realista de futuro. Facilitación de la integración del suceso y experiencia vivida. | 10. 061 Emergencias Sanitarias |
| | 9. Persona en tratamiento en salud mental. | 10. Preocupación por el futuro o proyección sobre el futuro catastrofista. | 10. Técnicas de solución de problemas. | 11. 012 Atención al Ciudadano |
| | 10. Otro. | 11. Manejo situación de duelo. | 11. Programación de actividades de la vida diaria (organización del tiempo, actividades agradables). | 12. Asociaciones profesionales específicas |
| | | 12. Sentimiento de culpabilidad o búsqueda de culpables. | 12. Promoción de autocuidados y mantenimiento de hábitos saludables: higiene del sueño, alimentación, ejercicio físico... | 13. Otros |
| | | 13. Conflictividad familiar. | 13. Conexión con recursos y redes de apoyo. | |
| | | 14. Violencia de género. | 14. Iniciación al duelo adaptativo. | |
| | | 15. Otros (Información, demanda asistencia para otras personas, ayuda para manejar situaciones con otros familiares o amigos, etc.) | 15. Psicoeducación. | |
| | | | 16. Refuerzo de logros. | |
| | | | 17. Otras técnicas de afrontamiento de sucesos estresantes. | |

Es esencial señalar que todas las variables se codificaron sólo una vez, con la excepción de la variable “situación actual”, que se codificó en dos instancias: primero como motivo principal (“situación actual 1”) y en una segunda instancia (“situación actual 2”) como motivo secundario en aquellos casos en los que se daba esta circunstancia. Similarmente, las variables “motivo de intervención” e “intervención realizada”, se codificaron hasta en tres ocasiones respectivamente, indicando el motivo o intervención principal, seguido de los secundarios por orden de relevancia.

Análisis estadístico

El análisis estadístico se llevó a cabo con las herramientas SPSS (v. 28.0) y JAMOVI (v. 2.3.21). Inicialmente, se efectuó un análisis de frecuencias y porcentajes para las distintas variables codificadas.

Posteriormente, con el propósito de analizar la complejidad de las intervenciones realizadas, se exploró la relación de la variable “intervención realizada” con las variables “situación actual”, “motivo de intervención” y “semana de intervención” a través de tablas de contingencia.

La normalidad de las distribuciones de las variables se probó con el estadístico de Shapiro-Wilk. La relación estadística entre las variables se ha obtenido con la prueba chi-cuadrado y la significación en función de las categorías de las variables independientes con el ANOVA no paramétrico H de Kruskal-Wallis, dado que la distribución de las variables no fue normal. Si el resultado del ANOVA no paramétrico resultaba significativo, los niveles de la variable se compararon dos a dos con la prueba Dwas-Steel-Crichtlow-Fligner. El nivel de significación se ha fijado en .05.

Resultados

El total de llamadas realizadas en el dispositivo ascendió a 11.282, de las cuales 10.452 fueron atendidas, lo que supuso unas 3.300 horas de intervención. Del total de estas intervenciones atendidas, 7.695 corresponden a llamadas emitidas por los ciudadanos y recibidas por los psicólogos del dispositivo y 2.757 corresponden a llamadas enviadas por los psicólogos para seguimiento o devolución de algunas de las llamadas recibidas que se habían quedado perdidas por diversos motivos: línea ocupada, no entregadas al operador de forma correcta, abandonadas de forma inmediata por el llamante, etc. Finalmente, 830 llamadas corresponden a llamadas no contestadas, ocupadas, o no entregadas por diversos motivos. La plataforma utilizada para la prestación de este servicio redirigía cada una de las llamadas que se producían a los distintos operadores libres y activos en ese momento, de modo que, si un operador no podía atender la llamada en ese momento, le saltaba a otro disponible hasta que era atendida. Así, se intentaba atender a todas las llamadas entrantes con la intención de evitar la mayor pérdida posible de ellas. Así mismo, el sistema también proporcionaba un registro de datos en el que se podía conocer las llamadas diarias, si eran recibidas o emitidas, hora en la que se realizaban, duración, psicólogo que la atendía, etc.

Respecto al número de llamadas realizadas durante el tiempo que el servicio estuvo operativo, la media diaria fue de 275 intervenciones atendidas a través del teléfono y plataforma de teleasistencia habilitada y adaptada para este fin. En el Figura 1 se muestran los datos ofrecidos por la plataforma con el resumen diario del número de llamadas recibidas y emitidas en las que se realizó algún tipo de intervención distribuidas en franjas horarias de 30 minutos.

Aunque podemos decir que fue entre las 10:00am y las 20:00pm cuando se producían el mayor volumen de llamadas, tanto de emitidas como de recibidas, se observa que el servicio fue demandado de forma constante a lo largo de las 24 horas del día, no existiendo ninguna franja horaria en la que no tuviese demanda.

Para este estudio contamos con una muestra de 4.426 llamadas cuyas características fueron registradas en el cuestionario habilitado para su cumplimentación tras cada intervención realizada durante el periodo en el que el servicio estuvo en marcha.

Figura 1. Datos mostrados por la plataforma sobre el registro de llamadas recibidas y emitidas según franja horaria durante todo el periodo que el servicio estuvo operativo.

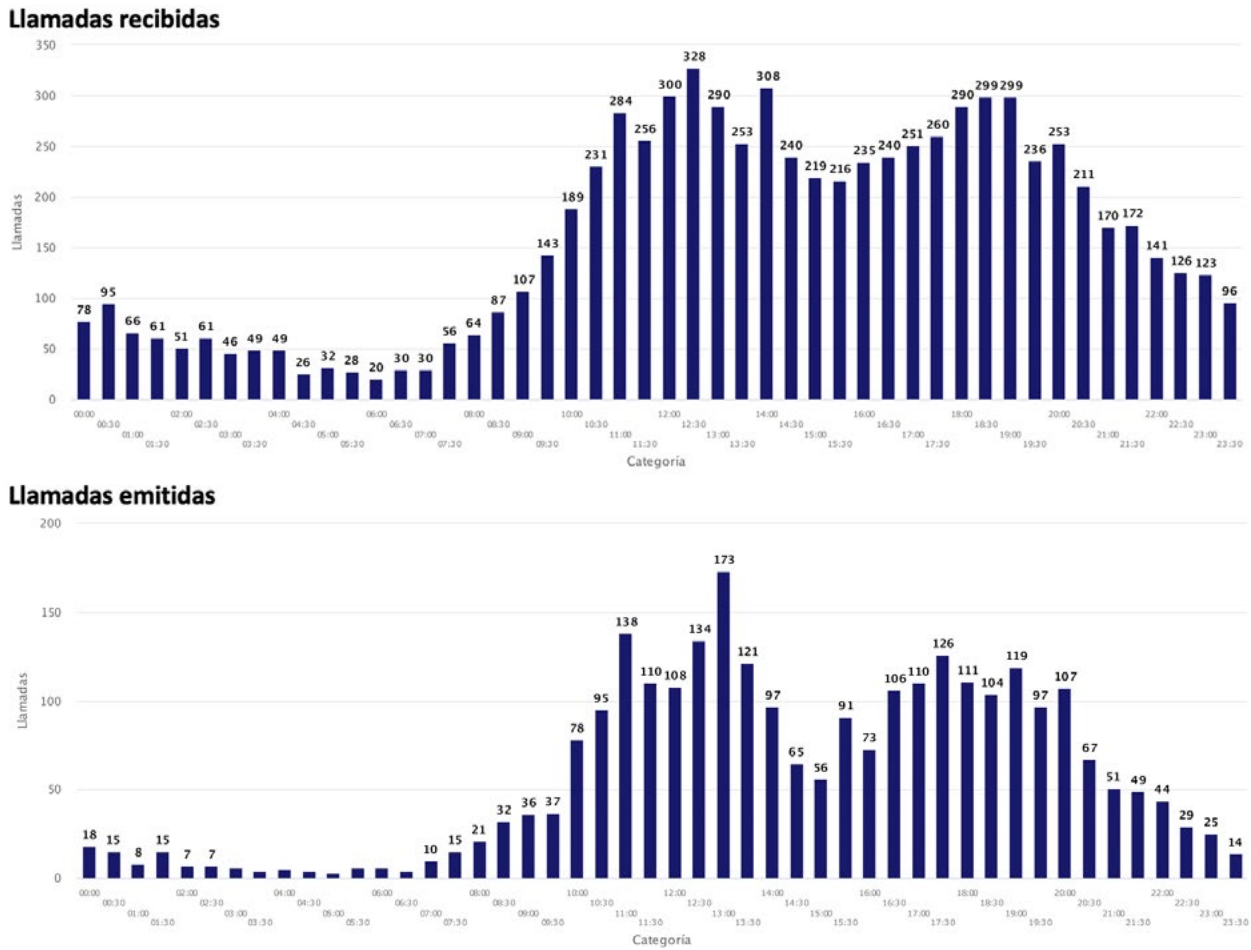
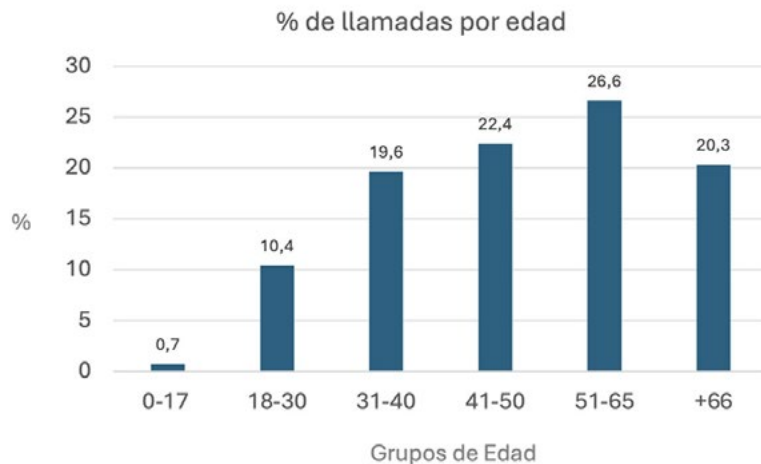


Figura 2. Porcentaje de llamadas realizadas al servicio por grupos de edad.



Así, respecto a la variable sexo, 2.957 (67.87%) llamadas fueron de mujeres y 1.394 (32.99%) de hombres. En seis casos (0.14%) no se obtuvo esta información o se registraron erróneamente.

La distribución de las llamadas en función de la edad se codificó en 5 niveles. De un total de 3.896 (88.03%), la mayoría de las llamadas fue realizada por personas del grupo cuyas edades estaban comprendidas entre los 51 y 65 años (26.6%), seguido de personas de entre 41 y 50 años (22.4%) y un 20,3% de mayores de 66 años. La población más joven realizó un porcentaje de llamadas relativamente más bajo. No obstante, conviene indicar que este servicio no estaba destinado a población menor de edad (Figura 2).

Acerca de si la llamada atendida era la primera o habían existido llamadas previas al servicio, de un total de 4.230 intervenciones registradas, 1.413 (33.4%) habían utilizado el servicio en ocasiones anteriores, y 2.817 (66.6%) fueron llamadas realizadas por primera vez.

Con respecto a la situación en la que se encontraban las personas que utilizaron el servicio, el porcentaje más elevado (11.7%) se obtuvo en personas que vivían en soledad, seguido de personas que tenían un familiar fallecido por COVID-19 (10.3%) y enfermos de COVID-19 (8.3%). También resulta destacable el número de personas con discapacidad (8.2%), y un 11.5% de los casos como segunda situación en la que se encontraba la persona llamante. La situación de familiar de fallecido por COVID-19 también alcanzó un alto porcentaje como segunda situación en la que se encontraba la persona que llamó al servicio telefónico (11.0%). (Tabla 2).

Tabla 2. *Tabla de frecuencias y porcentajes para la variable situación actual.*

| Situación Actual | Situación Actual 1 | | Situación Actual 2 | |
|------------------------------|--------------------|-------------|--------------------|-------------|
| | Frecuencias | % del Total | Frecuencias | % del Total |
| Enfermo COVID-19 | 349 | 8,3% | - | - |
| Convivencia enfermo COVID-19 | 189 | 4.5% | 30 | 5.7% |
| Familiar fallecido COVID-19 | 433 | 10.3% | 58 | 11.0 % |
| Soledad | 490 | 11.7% | 47 | 8.9% |
| Familia persona discapacidad | 192 | 4.6% | 41 | 7.8% |
| Persona con discapacidad | 344 | 8.2% | 61 | 11.5% |
| Trabajo con enfermos | 63 | 1.5% | 20 | 3.8% |
| Cree estar enfermo | 231 | 5.5% | 37 | 7.0% |
| Tratamiento salud mental | 19 | 0.5% | 7 | 1.3%) |
| Otros | 1879 | 44.9% | 228 | 43.1% |

En la tabla 3 se muestran las frecuencias y porcentajes para la variable motivo de intervención que se codificó en función de la relevancia del motivo por el que llamaba la persona demandante del servicio. De este modo, destaca la sintomatología de ansiedad (44.2%) y sintomatología depresiva (23%) claramente sobre el resto de las opciones como principal motivo de intervención. El segundo motivo de intervención que se codificó en primer lugar fue la sintomatología de ansiedad (23.4%) seguido del miedo al COVID-19 (12.2%), dificultades adaptativas (11.4%), alteraciones del sueño (10.6%). Por último, y como tercer motivo de intervención, un 19.7% de los casos se codificaron como dificultad adaptativa por parte de la persona atendida, el 14.3% con-taba con sintomatología de miedo, un 9.8% con psicopatología previa y un 8.6% con alteraciones del sueño.

Tabla 3. *Tabla de frecuencias y porcentajes para la variable motivo de intervención.*

| Motivo de intervención | Motivo de intervención 1 | | Motivo de intervención 2 | | Motivo de intervención 3 | |
|-------------------------------|--------------------------|-------------|--------------------------|-------------|--------------------------|-------------|
| | Frecuencias | % del Total | Frecuencias | % del Total | Frecuencias | % del Total |
| Sintomatología depresiva | 1017 | 23.0 % | 64 | 2.2% | 12 | 1.0% |
| Sintomatología de ansiedad | 1956 | 44.2 % | 696 | 23.4% | 62 | 5.2% |
| Hipocondría | 100 | 2.3% | 265 | 8.9% | 93 | 7.9% |
| Intentos autolíticos | 76 | 1.7% | 88 | 3.0% | 72 | 6.1% |
| Alteración sueño | 105 | 2.4% | 314 | 10.6% | 102 | 8.6% |
| Miedo COVID-19 | 171 | 3.9% | 362 | 12.2% | 169 | 14.3% |
| Dificultad adaptativa | 116 | 2.6% | 339 | 11.4% | 233 | 19.7% |
| Psicopatología previa | 109 | 2.5% | 272 | 9.1% | 116 | 9.8% |
| Incremento consumo sustancias | 34 | 0.8% | 52 | 1.7% | 32 | 2.7% |
| Preocupación futuro | 28 | 0.6% | 90 | 3.0% | 102 | 8.6% |
| Manejo duelo | 224 | 5.1% | 97 | 3.3% | 45 | 3.8% |
| Sentimiento culpabilidad | 28 | 0.6% | 22 | 0.7% | 19 | 1.6% |
| Conflictividad familiar | 172 | 3.9% | 168 | 5.6% | 70 | 5.9% |
| Violencia género | 26 | 0.6% | 21 | 0.7% | 6 | 0.5% |
| Otros | 261 | 5.9% | 126 | 4.2% | 51 | 4.3% |

Con respecto al tipo de intervención que realizaron los profesionales de la psicología en cada llamada atendida, destacó como primera estrategia de intervención la facilitación de la expresión emocional (34.7%), seguida de la legitimación de sintomatología (24.0%) y las técnicas de relajación (11%). La psicoeducación fue aplicada en un 9.5% de las llamadas y la conexión con redes de apoyo fue necesaria en un 5.7% de las llamadas. Destaca también las técnicas de intervención realizadas para la gestión de pensamientos intrusivos llevadas a cabo como principal estrategia de intervención en 110 casos (2.5%), las estrategias de ayuda al inicio de un proceso de duelo adaptativo en 90 de las personas atendidas (2.1%) y el reforzamiento de estrategias adaptativas en 83 llamadas (1.9%). Como segunda estrategia de intervención utilizada destacan las técnicas de relajación (18.1%) y la facilitación de la expresión emocional (17.7%), la psicoeducación con un 10.9%, la conexión con las redes de apoyo (10.6%), la gestión de pensamientos intrusivos (8.5%), legitimación de sintomatología (7.3%) y técnicas que contribuyeran a la promoción del autocuidado (5.7%) fueron las estrategias de intervención más utilizadas en segundo lugar. Respecto a las estrategias llevadas a cabo como tercera opción, destacan la conexión con redes de apoyo (19.5%), técnicas de relajación (16.9%), psicoeducación (15.4%) y la gestión de pensamientos intrusivos con un 10.1%. En la tabla 4 se indican los diferentes resultados obtenidos para cada una de las técnicas empleadas.

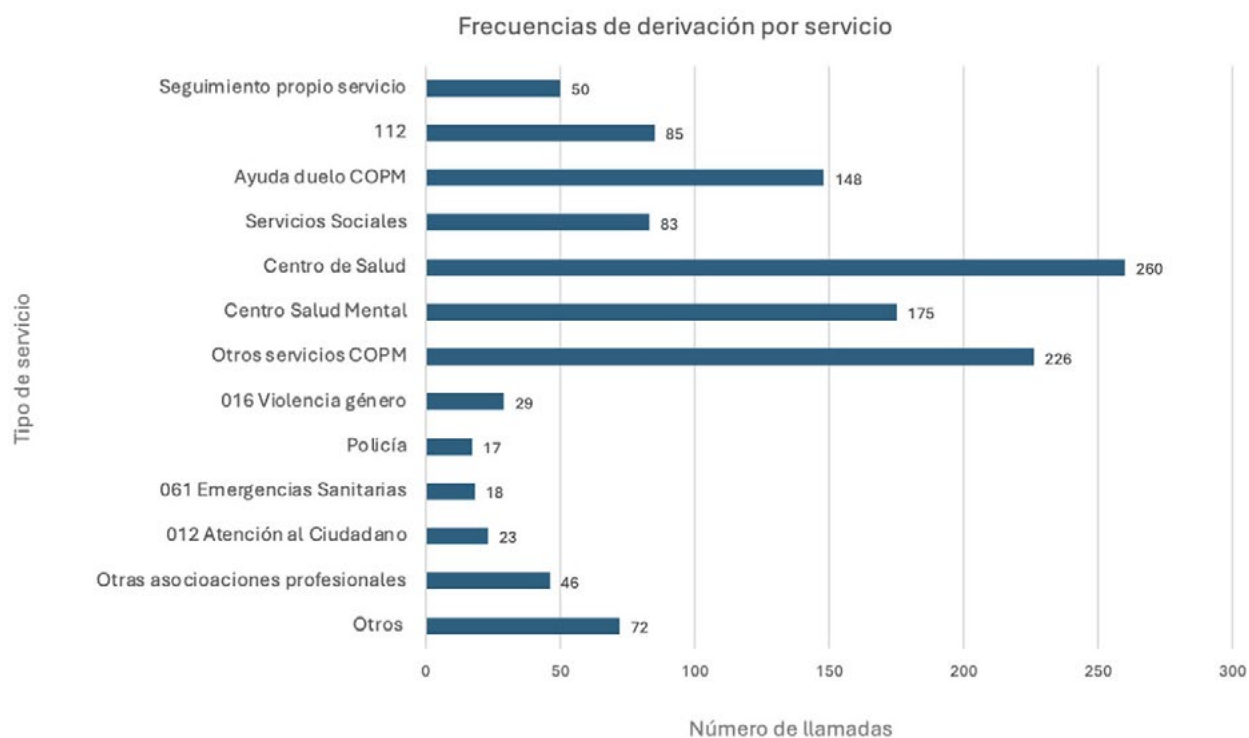
Tabla 4. *Tabla de frecuencias y porcentajes para la variable intervención realizada.*

| Intervención realizada | Intervención realizada 1 | | Intervención realizada 2 | | Intervención realizada 3 | |
|---------------------------------------|--------------------------|-------------|--------------------------|-------------|--------------------------|-------------|
| | Frecuencias | % del Total | Frecuencias | % del Total | Frecuencias | % del Total |
| Legitimación sintomatología | 1040 | 24.0% | 223 | 7.3% | 28 | 2.0% |
| Facilitación expresión emocional | 1503 | 34.7% | 538 | 17.7% | 15 | 1.1% |
| Identificación refuerzo recursos | 26 | 0.6% | 106 | 3.5% | 34 | 2.4% |
| Reforzamiento estrategias adaptativas | 83 | 1.9% | 118 | 3.9% | 42 | 3.0% |
| Técnicas de relajación | 475 | 11.0% | 551 | 18.1% | 238 | 16.9% |
| Gestión pensamientos intrusivos | 110 | 2.5% | 259 | 8.5% | 143 | 10.1% |
| Facilitación toma decisiones | 13 | 0.3% | 29 | 1.0% | 15 | 1.1% |
| Proyección realista futuro | 5 | 0.1% | 14 | 0.5% | 17 | 1.2% |
| Facilitación integración suceso | 6 | 0.1% | 11 | 0.4% | 4 | 0.3% |
| Técnicas solución problemas | 37 | 0.9% | 57 | 1.9% | 22 | 1.6% |
| Programación actividades vida diaria | 52 | 1.2% | 149 | 4.9% | 98 | 6.9% |

Tabla 4. *Tabla de frecuencias y porcentajes para la variable intervención realizada. (Continuación)*

| Intervención realizada | Intervención realizada 1 | | Intervención realizada 2 | | Intervención realizada 3 | |
|-----------------------------|--------------------------|-------------|--------------------------|-------------|--------------------------|-------------|
| | Frecuencias | % del Total | Frecuencias | % del Total | Frecuencias | % del Total |
| Promoción autocuidado | 78 | 1.8% | 172 | 5.7% | 124 | 8.8% |
| Conexión redes apoyo | 246 | 5.7% | 323 | 10.6% | 275 | 19.5% |
| Iniciación duelo adaptativo | 90 | 2.1% | 83 | 2.7% | 49 | 3.5% |
| Psicoeducación | 412 | 9.5% | 332 | 10.9% | 218 | 15.4% |
| Refuerzo de logros | 5 | 0.1% | 12 | 0.4% | 35 | 2.5% |
| Otras técnicas | 145 | 3.4% | 61 | 2.0% | 55 | 3.9% |

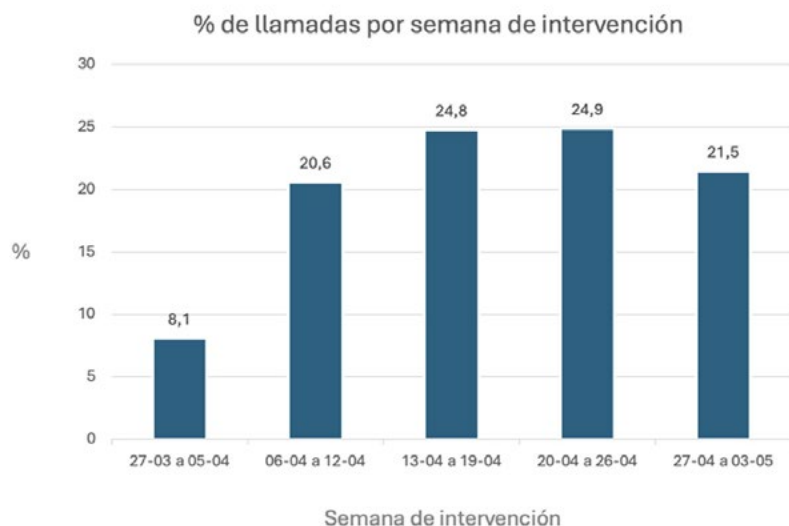
Respecto a las llamadas derivadas a otros servicios asistenciales, encontramos que un 30% requirió derivación a otros recursos. Las derivaciones al centro de salud constituyeron la mayoría (21.1%), un total de 226 llamadas (18.3%) fueron derivadas a los servicios puestos en marcha por el Colegio Oficial de la Psicología de

Figura 3. *Número de llamadas derivadas a cada servicio.*

Madrid como los dispositivos de atención a sanitarios y profesionales de Residencias de Mayores, servicio de atención psicológica a distancia para familias y población vulnerable, etc. y un 14.2% se derivaron a diversos centros de salud mental. En la figura 3 se muestra el número de llamadas que fueron derivadas a los distintos servicios.

En cuanto a la semana de intervención, encontramos que la quinta semana (del 20 al 26 de abril) experimentó el mayor volumen con 1.076 llamadas, equivalente al 24.9% del total de las llamadas atendidas que fueron re-gistradas. La última semana en la que el servicio estuvo operativo (27 de abril al 3 de mayo) también se alcanzó un alto número de llamadas (926) equivalente al 21.5% de las mismas. En la figura 4 se muestra la evolución de las llamadas que tuvo el servicio durante todo el periodo que estuvo activo.

Figura 4. Porcentaje de llamadas realizadas al servicio por cada semana en la que estuvo activo.



Para facilitar la comprensión de los objetivos del estudio, se analizó la relación entre varias variables mediante tablas de contingencia con el objeto de determinar si las intervenciones fueron más complejas al emplearse un mayor número de técnicas de intervención en las asistencias en función de la principal situación en la que se encontraba la persona atendida (variable “situación actual 1”) y el motivo por el que llamaba al servicio (variable “motivo de intervención”). Así, las tres categorías de la variable “intervención realizada” se consolidaron en una única categoría denominada “Total intervención”. Considerando un límite de tres técnicas de intervención realizadas en este estudio. La media fue de 1,98 con una desviación típica de 0,836 y una mediana y una moda de 2,00, respectivamente. Esto sugiere que, en la mayoría de los casos, se emplearon dos técnicas de intervención por llamada. Dado que la prueba de Shapiro-Wilk resultó significativa, se emplearon pruebas no paramétricas para las comparaciones dos a dos de los niveles de la variable situación actual.

Al analizar la variable “Total intervención” con “situación actual 1”, encontramos diferencias significativas en el número de estrategias de intervención con la variable “situación actual 1” ($\chi^2(9) = 30.6, p < 0.001$). En este caso, las diferencias entre pares que resultaron significativas fueron “Crear estar enfermo” vs. otras categorías como “Convivencia enfermo COVID-19” ($W = 4.519, p = 0.045$), “Familiar fallecido por COVID-19” ($W = 5.077, p = 0.012$) o “Persona con discapacidad” ($W = 6.501, p < 0.001$). Del mismo modo, la frecuencia de intervenciones realizadas (2.22) fue muy elevada en esta categoría “Cree estar enfermo”, como se observa en la tabla 5.

Tabla 5. Estadísticos descriptivos de la variable Situación actual 1 en función del total de intervenciones realizadas.

| Situación Actual 1 | M (DT) | Md (RIC) | Mo |
|------------------------------|-------------|-------------|------|
| Enfermo COVID-19 | 2.09 (0.86) | 2.00 (2.00) | 3.00 |
| Convivencia enfermo COVID-19 | 1.98 (0.80) | 2.00 (2.00) | 2.00 |
| Familiar fallecido COVID-19 | 1.99 (0.82) | 2.00 (2.00) | 2.00 |
| Soledad | 2.01 (0.82) | 2.00 (2.00) | 2.00 |
| Familia persona discapacidad | 1.92 (0.82) | 2.00 (2.00) | 1.00 |
| Persona con discapacidad | 1.91 (0.81) | 2.00 (2.00) | 2.00 |
| Trabajo con enfermos | 2.00 (0.84) | 2.00 (2.00) | 2.00 |
| Creer estar enfermo | 2.22 (0.81) | 2.00 (2.00) | 3.00 |
| Tratamiento salud mental | 1.89 (0.81) | 2.00 (0.50) | 2.00 |
| Otros | 1.96 (0.85) | 2.00 (2.00) | 2.00 |

Nota: *M* = Media, *DT* = Desviación típica, *Md* = Mediana, *RIC* = Rango intercuartil, *Mo* = Moda

También se encontraron diferencias significativas en el número de estrategias empleadas en función del primer motivo de intervención ($\chi^2(14) = 285, p < 0.001$) (tabla 6). Encontramos que fue en los casos de personas con sintomatología depresiva y ansiosa en las que se requirió el empleo de mayores técnicas de intervención (media de 2.12 y 2.09 respectivamente) seguido de las personas que presentaban miedo al COVID-19 (2,02), sintomatología hipocondríaca (1,96) y sentimientos de culpabilidad (1.93). En este caso, las diferencias que han resultado significativas se han obtenido entre las categorías de “Sintomatología depresiva” vs diferentes categorías como “Dificultad adaptativa” ($W = -7.19, p < 0.001$), “psicopatología previa” ($W = -7.91, p < 0.001$), “Manejo de Duelo” ($W = -7.29, p < 0.001$) y “Conflictividad familiar” ($W = -7.33, p < 0.001$). Y la categoría “Sintomatología de ansiedad” vs otras categorías como “Dificultad adaptativa” ($W = -6.83, p < 0.001$), “Psicopatología previa” ($W = -7.58, p < 0.001$), “Manejo de duelo” ($W = -6,80$) y “Conflictividad familiar” ($W = -6.88, p < 0.001$).

No se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre el número de intervenciones realizadas en función del sexo ($\chi^2(1) = 4.30, p > 0.117$), ni para variable grupos de edad ($\chi^2(5) = 7.54, p > 0.183$).

Con respecto al número de intervenciones realizadas en función de la semana de intervención en la que llamaban las personas para ser atendidas, se encontraron diferencias significativas ($\chi^2(4) = 271, p < 0.001$) y el número de intervenciones varió entre una media de 1,85 en la tercera y cuarta semana a 2.37 en la quinta y última, lo que indica que fue en esta última semana cuándo más número intervenciones por llamada y persona se realizaron.

Tabla 6. Estadísticos descriptivos de la variable motivo de intervención en función del total de intervenciones realizadas.

| Motivo de intervención | M (DT) | Md (RIC) | Mo |
|----------------------------------|-------------|-------------|------|
| Depresión | 2.12 (0,82) | 2.00 (1.00) | 3.00 |
| Ansiedad | 2.09 (0.80) | 2.00 (2.00) | 2.00 |
| Hipocondría | 1.96 (0.75) | 2.00 (1.25) | 2.00 |
| Intentos autolíticos | 1.88 (0.88) | 2.00 (2.00) | 2.00 |
| Alteración del sueño | 1.82 (0,88) | 2.00 (2.00) | 1.00 |
| Miedo COVID-19 | 2.02 (0.85) | 2.00 (2.00) | 3.00 |
| Dificultad adaptativa | 1.71 (0.83) | 2.00 (1.00) | 1.00 |
| Psicopatología previa | 1.65 (0.81) | 2.00 (1.00) | 1.00 |
| Incremento consumo de sustancias | 1.91 (0.83) | 2.00 (1.75) | 2.00 |
| Preocupación por el futuro | 1.82 (0.77) | 2.00 (1.00) | 2.00 |
| Manejo del duelo | 1.82 (0.81) | 2.00 (1.00) | 1.00 |
| Sentimiento de culpabilidad | 1.93 (0.86) | 2.00 (2.00) | 1.00 |
| Conflictividad familiar | 1.78 (0.78) | 2.00 (1.00) | 1.00 |
| Violencia de género | 1.92 (0.69) | 2.00 (0.75) | 2.00 |
| Otros | 1.30 (0.73) | 2.00 (1.00) | 1.00 |

Nota: *M* = Media, *DT* = Desviación típica, *Md* = Mediana, *RIC* = Rango intercuartil, *Mo* = Moda

Discusión

Los resultados obtenidos en este estudio ponen de manifiesto que el servicio de atención psicológica puesto en marcha fue muy utilizado (11.282 llamadas) por las personas afectadas por la crisis de la COVID-19 durante el tiempo que estuvo operativo, y, por lo tanto, demostró ser necesario y esencial para la atención a las necesidades de índole psicológica de la población.

La utilidad de este tipo de líneas asistenciales, así como la idea de integrar mecanismos planificados de respuesta ante situaciones de crisis también ha quedado reflejada en estudios realizados en España (Berdullas Sauders et al., 2020; Chacón-Fuertes, Fernández-Hermida y García Vera, 2020; García-Vera et al., 2022) y en otros países (Geoffroy et al., 2020; Liu et al., 2020; Wang, Wei y Zhou, 2020).

El alto número de llamadas recibidas en la última semana que el servicio estuvo operativo (926), así como el elevado número de estrategias de intervención (2.37) realizadas por los psicólogos en cada llamada, nos indica que la asistencia psicológica en crisis continuaba siendo necesaria más allá de la fecha de su finalización. Estos datos concuerdan con los obtenidos en el estudio de Monreal-Bartolomé et al., (2022) con respecto a la línea de ayuda puesta en marcha por el Colegio de la Psicología de Aragón, donde refleja que durante todo el tiempo que estuvo operativo el servicio hubo un alto número de llamadas.

En este mismo sentido, podemos decir que el elevado volumen de llamadas emitidas (2.757) entre las que se encontraban las que realizaban los psicólogos como seguimiento de algunos casos críticos, indica que la asistencia psicológica en emergencias no debe ser concebida de un modo pasivo o reactivo en el que se entienda que únicamente debe prestarse cuando las personas afectadas soliciten la ayuda del profesional de la psicología, sino que debe tener un carácter proactivo en el que se contemple el seguimiento de estas asistencias por parte de los profesionales de la psicología de emergencias más allá de una primera y única intervención. Esta necesidad de continuidad de la asistencia se ve reflejada en el 33.4% de usuarios que recurrieron al servicio en múltiples ocasiones, por lo que tal y como señalan Soto-Baño y Clemente-Suárez (2021b), la asistencia psicológica en situaciones de emergencia es necesario que se prolongue más allá de las primeras hora o días desde el inicio de la situación crítica, resultando imprescindible la existencia de un sistema asistencial perfectamente coordinado que facilite las oportunas derivaciones entre los distintos recursos de asistencia psicológica disponibles. Esto queda patente en el significativo número de llamadas que fueron derivadas a otros servicios (30%), siendo la mayoría de ellas derivaciones a recursos de asistencia psicológica más especializados (18.3) como los de acompañamiento al duelo, atención a sanitarios, a profesionales de residencias de mayores o a población vulnerable, así como a centros de salud mental (14.2%).

Por otra parte, el hecho de que el 21.1% de las llamadas fuesen derivadas al centro de salud y que otro importante número se realizase a los servicios sociales (6.7%), servicios de emergencias sanitarias (1.5%), policía (1.4%) o el teléfono para la violencia de género 016 (2.4%), pone de manifiesto la necesidad e importancia de que el profesional de la psicología de emergencias se encuentre integrado en los equipos de respuesta ante estas situaciones conforme a las recomendaciones de Soto-Baño y Clemente-Suárez, (2021a). Estas cifras sugieren que la prestación de la asistencia psicológica en situaciones de crisis, emergencias y/o catástrofes por parte de los profesionales de la psicología de emergencias no debe ser ofrecida ni proporcionada de forma aislada, puntual y fuera de los recursos asistenciales ordinarios, pues sólo un profesional integrado en el sistema, y conocedor de los distintos recursos disponibles, cuenta con la capacidad de facilitar y proporcionar la conexión necesaria entre los diferentes agentes implicados, garantizando una adecuada respuesta a la población.

Esta idea se ve reforzada por el informe de Naciones Unidas “COVID-19 y la necesidad de actuar en materia de salud mental” (United Nations, 2020) que, entre sus recomendaciones principales para minimizar los efectos de la pandemia en la salud mental, indica la necesidad de garantizar la disponibilidad de forma generalizada de apoyo psicológico y de salud mental de emergencia, así como apoyar la recuperación tras la pandemia mediante la creación de servicios de salud mental para el futuro.

Respecto al análisis sociodemográfico de los datos, las mujeres fueron las que realizaron un mayor número de llamadas (67,9%), resultados coherentes con otros estudios en los que muestran que las mujeres solían presentar una mayor afectación psicológica a consecuencia de esta pandemia (Almeida et al., 2020; Li et al., 2020; Thibaut y van Wijngaarden-Cremers, 2020). Esto pudo ser debido a la presión que supuso la conciliación de la vida laboral y familiar, al igual que el papel de “cuidadoras” de las mujeres durante la pandemia, tal y como indica un estudio solicitado por la Comisión de Derechos de la Mujer e Igualdad de Género (FEMM) del Parlamento Europeo (European Parliamentary Research Service, 2021) donde las mujeres informaron de una mayor preocupación por su familia, su bienestar y sus finanzas. Otros estudios también indican que esta mayor afectación en la salud mental de las mujeres podría deberse a que el confinamiento generó ciertas dificultades

familiares en las cuales las mujeres se sintieron sobrecargadas de responsabilidades (Berdullas Sauders et al., 2020; Farré et al., 2020).

En cuanto a la edad, se observa que la mayoría de las llamadas se realizaron en la población con edades superiores a 41 años, siendo el porcentaje mayor el correspondiente a las personas cuyas edades estaban comprendidas entre los 51 y 65 años. Datos que parecen coincidir con estudios similares realizados en España (Berdullas Sauders et al., 2020; Monreal-Bartolomé et al., 2022).

En relación a la situación en la que se encontraban las personas que llamaron al servicio y el motivo por el cual lo demandaban, el mayor número de llamadas lo realizaron las personas que vivían en soledad (11.7%), seguido de aquellas que tenían un familiar fallecido por COVID-19 (10.3%) y de los que se encontraban en-fermos por COVID-19, siendo los motivos de intervención más frecuentes la sintomatología ansiosa (44.2%) y depresiva (23%). Estos datos son congruentes con un estudio de 2020 realizado a población estadounidense (Horigian, Schmidt y Feaster, 2021) en el que encontraron síntomas depresivos significativos en el 80% de los participantes y el 61% de los encuestados informaron ansiedad de moderada (45%) a grave (17%) junto con niveles “alarmantes” de soledad asociados con importantes problemas de salud mental.

En este mismo sentido, un estudio realizado para valorar el impacto psicológico del virus en Wuhan indica que más del 50% de la población presentó síntomas relacionados con la ansiedad y depresión en diferentes grados, y más del 70% de la población presentó síntomas asociados al miedo, ansiedad anticipatoria y preo-cupación (Lozano-Vargas, 2020).

En España, un estudio que exploró el impacto psicológico de la pandemia en la población española adulta ge-neral durante las primeras etapas del brote concluyó que alrededor del 36% de los participantes reportaron un impacto psicológico de moderado a severo, el 25% mostró niveles de ansiedad de leves a severos, el 41% re-portó síntomas depresivos y el 41% se sintió estresado (Rodríguez-Rey, Garrido-Hernansaiz y Collado, 2020).

El análisis de estos datos con los resultados obtenidos en el cruce de la variable “Total intervención” con la variable “situación actual 1”, donde los resultados muestran diferencias significativas entre la categoría vinculada a “Crear estar enfermo” vs el resto de categorías con una alta frecuencia de intervenciones en esta categoría (2.22), junto con el cruce de la variable “Total intervención” con el principal motivo de intervención donde encontramos que las personas con sintomatología depresiva (2.12) y ansiosa (2.09) son las que requirieron el empleo de un mayor número de técnicas, parece indicar, que el manejo de este tipo de sintomatología requiere del conocimiento de un variado número de estrategias y puede resultar más complejo de lo que “a priori” se suele asociar con la primera intervención en crisis, más relacionada con la aplicación de los denomi-nados “primeros auxilios psicológicos”, que suelen ir orientados hacia una intervención muy puntual tras las primeras horas de la ocurrencia de la situación crítica y con los objetivos generales de promover la seguridad de las personas afectadas, conectarlos con sus redes de apoyo y realizar una evaluación rápida de sus necesi-dades inmediatas.

En este contexto, las estrategias para la facilitación de la expresión emocional (34.7%), la legitimación de sintomatología (24%), la aplicación de técnicas de relajación (11%) o la gestión de pensamientos intrusivos (2.5%) y las estrategias de ayuda al inicio del proceso de duelo adaptativo (2.1%) fueron las más utilizadas por los profesionales de la psicología que atendían este servicio, estrategias que es recomendable que los profesio-nales que las lleven a cabo cuenten con la especialización necesaria para ello.

Limitaciones y fortalezas del estudio

Entre las limitaciones que presenta este estudio está que no se cumplimentó la hoja de registro de todas las llamadas atendidas, ya que era algo que debían hacer los psicólogos y por razones diversas o desconocidas no lo hicieron. Además, no todas las llamadas recibidas fueron atendidas, por lo que existe una casuística de datos desconocida.

Además, el estudio no permite deducir grandes inferencias ya que se trata de un diseño puramente descrip-tivo y, por tanto, no cuenta con técnicas ni medios de control sobre posibles factores de confusión ni permite plantear conclusiones con suficiente fundamento metodológico.

Sin embargo, algunos de los puntos fuertes que presenta es que ofrece un análisis descriptivo del trabajo que se realizó en este servicio, permitiendo conocer las características fundamentales de la población de la Comunidad de Madrid que hicieron uso del servicio: el sexo y edad de la población que lo utilizó, las razones que motivaron las llamadas, la sintomatología principal manifestada, las principales técnicas de intervención utilizadas por los psicólogos, la distribución temporal de las llamadas atendidas, etc. Todo ello, junto con el perfil de profesionales de la psicología seleccionados para formar parte del dispositivo, la respuesta dada y el análisis de las diferentes variables estudiadas, facilita la comprensión de la situación vivida durante el periodo de pandemia estudiado y ayuda delimitar las necesidades de índole psicológica que deben tenerse en consideración en futuras respuestas ante estas situaciones.

Conclusiones

Debido a las particularidades de las medidas adoptadas por los gobiernos para el control de la pandemia, así como a las especiales características de la misma era previsible se crease un contexto altamente estresante y crítico en el que se produjese un aumento de las demandas psicológicas de la población. Estas especiales características hicieron que la asistencia psicológica proporcionada a la población se desarrollase desde dispositivos de líneas de ayuda telefónicas.

Los resultados de este estudio destacan la utilidad y necesidad del servicio de atención psicológica telefónica implementado durante la primera ola de la pandemia de COVID-19. La alta demanda del servicio, con más de 10.000 llamadas atendidas, subraya la importante necesidad de la asistencia psicológica en situaciones de crisis. La sintomatología ansiosa y depresiva fueron las más habituales y entre las técnicas más utilizadas por los psicólogos de emergencias se encuentran la facilitación de la expresión emocional, la legitimación de la sintomatología, las técnicas de relajación, la gestión de los pensamientos intrusivos, la conexión con las redes de apoyo y la psicoeducación.

La complejidad de sintomatología presentada por las personas que utilizaron el servicio, la diversidad de situaciones en las que se encontraban al hacer la demanda, la especificidad y multiplicidad de técnicas de intervención psicológica que debieron de implementarse para dar respuesta a las distintas llamadas, entre otros múltiples factores, ponen de manifiesto la necesidad de contar con profesionales de la psicología específicamente formados en situaciones de crisis y emergencias que den respuesta a las necesidades de índole psicológica que presenta la población ante estas situaciones.

El análisis revela que el servicio no solo fue crucial para proporcionar una intervención psicológica inmediata, sino que la derivación a otros servicios asistenciales, necesaria en un 30% de los casos, evidencia la necesidad de contar con una red coordinada de asistencia que garantice una respuesta efectiva y continua.

Conflicto de intereses

No existen conflictos de intereses.

Referencias

- Almeida, M., Shrestha, A. D., Stojanac, D. y Miller, L. J. (2020). The impact of the COVID-19 pandemic on women's mental health. *Archives of Women's Mental Health*, 23(6), 741-748. <https://doi.org/10.1007/s00737-020-01092-2>
- Berdullas Saunders, S., Gesteira Santos, C., Morán Rodríguez, C., Fernández Hermida, J. R., Santolaya, F., Sanz Fernández, J. y García-Vera, M. P. (2020). El teléfono de asistencia psicológica por la COVID-19 del Ministerio de Sanidad y del Consejo General de la Psicología de España: Características y demanda. *Revista Española de Salud Pública*, 94. <https://ojs.sanidad.gob.es/index.php/resp/article/view/697>

- 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. *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)
- Centro de Coordinación de Alertas y Emergencias Sanitarias. (2020). *Actualización nº88. Enfermedad por el coronavirus (COVID-19)*. Ministerio de Sanidad. https://www.sanidad.gob.es/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/nCov/documentos/Actualizacion_88_COVID-19.pdf
- Chacón-Fuertes, F., Fernández-Hermida, J. R. y García-Vera, M. P. (2020). La Psicología ante la Pandemia de la COVID-19 en España. La Respuesta de la Organización Colegial. *Clínica y Salud*, 31(2), 119-123. <https://doi.org/10.5093/clysa2020a18>
- Clemente-Suárez, V. J., Dalamitros, A. A., Beltran-Velasco, A. I., Mielgo-Ayuso, J. y Tornero-Aguilera, J. F. (2020). Social and psychophysiological consequences of the COVID-19 pandemic: An extensive literature review. *Frontiers in Psychology*, 11, Artículo 3077. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2020.580225>
- Clemente-Suárez, V. J., Navarro-Jiménez, E., Moreno-Luna, L., Saavedra-Serrano, M. C., Jiménez, M., Simón, J. A. y Tornero-Aguilera, J. F. (2021). The impact of the COVID-19 pandemic on social, health, and economy. *Sustainability*, 13(11), Artículo 6314. <https://doi.org/10.3390/su13116314>
- Colegio Oficial de la Psicología de Madrid (2020). *El Colegio Oficial de la Psicología de Madrid anuncia la finalización del Servicio de asistencia psicológica telefónica en la Comunidad de Madrid el 3 de mayo*. Comunicados del Colegio. <https://historiadecolegio.copmadrid.org/documento/el-colegio-oficial-de-la-psicolog%C3%ADa-de-madrid-anuncia-la-finalizaci%C3%B3n-del-servicio-de>
- Departamento de Seguridad Nacional. (2023). *Coronavirus (COVID-19)-05 de mayo 2023*. Gabinete de la Presidencia del Gobierno. Gobierno de España. <https://www.dsn.gob.es/es/actualidad/sala-prensa/coronavirus-covid-19-05-mayo-2023>
- Farré, L., Fawaz, Y., González, L. y Graves, J. (2020). *How the COVID-19 lockdown affected gender inequality in paid and unpaid work in Spain*. [Discussion Paper N° 13434]. Iza, Institute of Labor Economics. <http://doi.org/10.2139/ssrn.3643198>
- Fegert, J. M., Vitiello, B., Plener, P. L. y Clemens, V. (2020). 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, 1-11. <https://doi.org/10.1186/s13034-020-00329-3>
- García-Vera, M. P., Marqueses, J. M. S., García de Marina, A., Morán, N. y Sanz, J. (2022). La Investigación Psicológica de la Pandemia de la COVID-19 en España: Una Revisión Sistemática del Impacto de la Pandemia sobre la Salud Emocional en la Población General Adulta. *Anuario Internacional de Revisiones en Psicología*, 2, 95-130.
- Geoffroy, P. A., Le Goanvic, V., Sabbagh, O., Richoux, C., Weinstein, A., Dufayet, G. y Lejoyeux, M. (2020). Psychological Support System for Hospital Workers during the Covid-19 Outbreak: Rapid Design and Implementation of the Covid-Psy Hotline. *Frontiers in Psychiatry*, 11, Artículo 511. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2020.00511>
- Horigian, V., Schmidt, R. y Feaster, D. (2021). Loneliness, Mental Health, and Substance Use among US Young Adults during COVID-19. *Journal of Psychoactive Drugs*, 53(1), 1-9. <https://doi.org/10.1080/02791072.2020.1836435>
- Li, S., Wang, Y., Xue, J., Zhao, N. y Zhu, T. (2020). The impact of COVID-19 epidemic declaration on psychological consequences: A study on active Weibo users. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(6), Artículo 2032. <https://doi.org/10.3390/ijerph17062032>
- Liu, S., Yang, L., Zhang, C., Xiang, Y. T., Liu, Z., Hu, S. y Zhang, B. (2020). Online mental health services in China during the COVID-19 outbreak. *The Lancet Psychiatry*, 7(4), 17-18. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(20\)30077-8](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(20)30077-8)
- Lozano-Vargas, A. (2020). Impacto de la epidemia del Coronavirus (COVID-19) en la salud mental del personal de salud y en la población general de China. *Revista de Neuro-Psiquiatría*, 83(1), 51-56. <https://doi.org/10.20453/rnp.v83i1.3687>

- Ministerio de la Presidencia, Relaciones con las Cortes y Memoria Democrática. (2020). *Real Decreto 463/2020, de 14 de marzo, por el que se declara el estado de alarma para la gestión de la situación de crisis sanitaria ocasionada por el COVID-19*. Boletín Oficial del Estado, 67, 25390-25400.
- Ministerio de Sanidad. (2020). *Orden SND/387/2020, de 3 de mayo, por la que se regula el proceso de co-gobernanza con las comunidades autónomas y ciudades de Ceuta y Melilla para la transición a una nueva normalidad*. Boletín Oficial del Estado, 123, 31113-31117.
- Monreal-Bartolomé, A., López-Del-Hoyo, Y., Cabrera-Gil, I., Aguilar-Latorre, A., Puebla-Guedea, M., Boira, S. y Lanero, J. (2022). Analysis of the calls received during the COVID-19 Lockdown by the Mental Health Crisis Helpline Operated by the Professional College of Psychology of Aragon. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(5), Artículo 2901. <https://doi.org/10.3390/ijerph19052901>
- Organización Mundial de la Salud. (2020). *Alocución de apertura del Director General de la OMS en la rueda de prensa sobre la COVID-19 celebrada el 11 de marzo de 2020*. Ginebra. OMS. <https://www.who.int/es/director-general/speeches/detail/who-director-general-s-opening-remarks-at-the-media-briefing-on-covid-19---11-march-2020>
- Organización Panamericana de la Salud. (2023). *La COVID-19 es ahora un problema de salud establecido y persistente*. Washington. OPS. <https://www.paho.org/es/noticias/8-5-2023-covid-19-es-ahora-problema-salud-establecido-persistente>
- Rodríguez-Rey, R., Garrido-Hernansaiz, H. y Collado, S. (2020). Psychological Impact and associated factors during the initial stage of the Coronavirus (COVID-19) Pandemic among the general population in Spain. *Frontiers in Psychology*, 23(11), 1540. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2020.01540>
- Stefana, A., Youngstrom, E. A., Hopwood, C. J. y Dakanalis, A. (2020). The COVID-19 pandemic brings a second wave of social isolation and disrupted services. *European Archives of Psychiatry Clinical Neuroscience*, 270(6), 785-786. <https://doi.org/10.1007/s00406-020-01137-8>
- Soto-Baño, M. A. y Clemente-Suárez, V. J. (2021a). Psicología de emergencias en España: Análisis actual, normativa y proposición reguladora. *Papeles del Psicólogo*, 42(1), 46-55. <https://doi.org/10.23923/pap.psicol2020.2938>
- Soto-Baño, M. A. y Clemente-Suárez, V. J. (2021b). Psicología de emergencias en España: Delimitación conceptual, ámbitos de actuación y propuesta de un sistema asistencial. *Papeles del Psicólogo*, 42(1), 56-66. <https://doi.org/10.23923/pap.psicol2020.2939>
- Taylor, S. (2019). Contemporary methods for managing pandemics. En S. Taylor (Ed.), *The psychology of pandemics. Preparing for the next global outbreak of infectious disease* (pp. 15-23). Cambridge Scholars Publishing.
- Thibaut, F. y van Wijngaarden-Cremers P. J. M. (2020). Women's Mental Health in the Time of Covid-19 Pandemic. *Frontiers in Global Women's Health*, 8(1), Artículo 588372. <https://doi.org/10.3389/fgwh.2020.588372>
- United Nations (2020). *Policy Brief: COVID-19 and the need for action on mental health*. United Nations. https://www.un.org/sites/un2.un.org/files/un_policy_brief-covid_and_mental_health_final.pdf
- Venkatesh, V., Samyuktha, V. N., Wilson, B. P., Kattula, D. y Ravan, J. R. (2021). Psychological impact of infection with SARS-CoV-2 on health care providers: A qualitative study. *Journal of Family Medicine Primary Care*, 10, 1666-1672. https://doi.org/10.4103/jfmpe.jfmpe_2055_20
- Wang, C., Pan, R., Wan, X., Tan, Y., Xu, L., Ho, C. S. y Ho, R. C. (2020). Immediate psychological responses and associated factors during the initial stage of the 2019 Coronavirus Disease (COVID-19) Epidemic among the General Population in China. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17 (5) Artículo 1729. <https://doi.org/10.3390/ijerph17051729>
- Wang, J., Wei, H. y Zhou, L. (2020). Hotline services in China during COVID-19 pandemic. *Journal of Affective Disorders*, 275, 125-126. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.06.030>

Artículo recibido: 19/02/2024

Artículo aceptado: 03/11/2024

Anexo 1

Ficha recogida de datos de intervención psicológica en crisis

- 1) Número de Colegiado/a: _____
- 2) ¿Ha realizado la intervención con la persona que se le asignó? Sí__ No __
- 3) Día de intervención: _____
- 4) Hora de la intervención: _____
- 5) Edad del usuario: _____
- 6) Sexo (Mujer/Hombre/Otro): _____
- 7) Lugar de residencia: _____
- 8) Situación actual del usuario:
 - Enfermo por COVID-19
 - Cree que puede estar enfermo/a
 - Convivencia con personas enfermas de COVID
 - Ha fallecido un familiar a causa del virus
 - Trabajando en contacto con enfermos
 - Otra: _____
- 9) Profesión: _____
- 10) Llamadas anteriores: Sí __ No __
- 11) Llamadas anteriores ¿cuándo? _____
- 12) Motivo de la intervención
- 13) (El listado que a continuación se detalla recoge la sintomatología propia de las alteraciones que se producen en las situaciones de emergencias, por favor indique todos aquellos que se presenten para tener en cuenta en un futuro estudio)
 - Sintomatología depresiva.
 - Sintomatología de ansiedad.
 - Hipocondrías y somatizaciones.
 - Ideación autolítica.
 - Intentos autolíticos a causa de la situación actual.
 - Alteraciones del sueño.
 - Miedo e incertidumbre ante COVID-19.
 - Dificultad adaptativa a la nueva situación.
 - Existencia de psicopatología previa.
 - Inicio o incremento en el consumo de sustancias nocivas.
 - Proyección de futuro catastrofista.
 - Sentimiento de culpabilidad o búsqueda de culpables.
 - Conflictividad familiar.
 - Otras: _____
- 14) Patología previa física y/o mental: Sí __ No __
- 15) Intervención realizada
 - Legitimación, validación y normalización de sintomatología.
 - Facilitación de la expresión emocional (ventilación emocional).
 - Psicoeducación.
 - Identificación y refuerzo de recursos personales saludables.

- Técnicas de solución de problemas.
 - Técnicas de relajación.
 - Potenciación de la capacidad de control.
 - Gestión de pensamientos intrusivos y preocupaciones.
 - Facilitación de la toma de decisiones.
 - Refuerzo de logros.
 - Reforzamiento y estimulación de conductas adaptativas de afrontamiento.
 - Iniciación al duelo adaptativo.
 - Proyección realista de futuro.
 - Otras técnicas: _____
- 16) Estimación de la gravedad (1 leve 2 3 4 5 muy grave)
- 17) Derivación a algún otro recurso: Sí ___ No ___
- 18) Si derivación, ¿dónde?
Campo abierto limitado en caracteres
- 19) Incidencias
- 20) Otros aspectos de interés a considerar