

COLABORACIÓN ESPECIAL

Recibido: 22 de septiembre de 2020

Aceptado: 8 de octubre de 2020

Publicado: 14 de octubre de 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^(*)**Silvia Berdullas Saunders (1), Clara Gesteira Santos (2), Noelia Morán Rodríguez (2), José Ramón Fernández Hermida (3), Francisco Santolaya (1), Jesús Sanz Fernández (2) y María Paz García-Vera (2)**

(1) Consejo General de la Psicología de España.

(2) Departamento de Personalidad, Evaluación y Psicología Clínica. Universidad Complutense de Madrid. Madrid. España.

(3) Departamento de Psicología. Universidad de Oviedo. Oviedo. España.

Los autores declaran que no existe ningún conflicto de interés.

(*) Este trabajo ha sido posible gracias al apoyo del Ministerio de Sanidad, del Consejo General de la Psicología de España y, en parte, de una ayuda del Ministerio de Ciencia e Innovación y Universidades (PGC2018-098387-B-I00).

RESUMEN

Entre marzo y mayo de 2020, el Ministerio de Sanidad y el Consejo General de la Psicología de España, pusieron en marcha el Servicio de Primera Ayuda Psicológica (SPAP), un servicio telefónico para toda España, diseñado para proveer atención psicológica temprana a las personas afectadas por la COVID-19. En el tiempo en que el servicio estuvo disponible, se gestionaron 15.170 llamadas, que condujeron a realizar 11.417 intervenciones psicológicas con personal sanitario y otros intervinientes, con enfermos y familiares de enfermos o fallecidos, y población general. Los resultados muestran que la mayoría de llamadas (45,7%) provenían de la Comunidad Autónoma de Madrid, que hubo significativamente más mujeres que utilizaron el servicio (73,5%) y que el rango de edad más común entre los usuarios era el de 40-59 años. El 75,9% de las consultas tuvo que ver con problemas psicológicos relacionados con sintomatología ansiosa y depresiva, aunque también destacaba la sintomatología de duelo entre los enfermos o familiares de enfermos y fallecidos y, en menor medida, la sintomatología de estrés en el grupo de intervinientes. Estos datos muestran la necesidad de este servicio de atención psicológica temprana y sugieren que recursos como este deberían implementarse de manera integrada en el Sistema Nacional de Salud.

Palabras clave: COVID-19, Pandemia, Epidemia, Salud Mental, Intervención psicológica, Intervención en crisis, Atención psicológica temprana, Telepsicoterapia, Intervención telefónica, Línea de atención.

Correspondencia:

María Paz García-Vera

Departamento de Personalidad, Evaluación y Psicología Clínica

Facultad de Psicología

Universidad Complutense de Madrid

Campus de Somosaguas, s/n

28223 Pozuelo de Alarcón, Madrid, España

mpgvera@psi.ucm.es

ABSTRACT**The COVID-19 psychological helpline of the Spanish Ministry of Health and Spanish Psychological Association: characteristics and demand**

Between March and May 2020, the Spanish Ministry of Health and the Spanish Psychological Association created the Psychological First Care Service (Servicio de Primera Ayuda Psicológica-SPAP), a national helpline designed to provide early psychological intervention to those people affected by COVID-19. This service attended more than 15,000 calls and carried out more than 11,000 interventions and 9,500 follow-ups with the general population, healthcare and other essential professionals and the patients and relatives of the sick or deceased. Results show that the majority of calls (45.7%) came from the Autonomous Community of Madrid, that women significantly used this service in a higher proportion than men (73.5%) and that the commonest age range among users was 40-59. 75.9% of consultations were related to psychological problems linked to anxiety and depressive symptoms. However, grief symptoms also stood out among the patients or relatives of the sick and deceased and, to a lesser extent, stress symptoms were prevalent in the group of professionals. These data show the usefulness of this early psychological care service and the need for similar resources to be implemented in coordination with or within the National Health System.

Key words: COVID-19, Pandemic, Epidemic, Mental Health, Psychological interventions, Crisis intervention, Early psychological intervention, Telepsychotherapy, Telephone-based intervention, Hotline.

Cita sugerida: Berdullas Saunders S, Gesteira Santos C, Morán Rodríguez C, Fernández Hermida JR, Santolaya F, Sanz Fernández J, García-Vera MP. 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. Rev Esp Salud Pública. 2020; 94: 14 de octubre e202010138.

INTRODUCCIÓN

La crisis sanitaria mundial producida por el nuevo coronavirus 2019-nCoV o SARS-CoV, está teniendo una profunda repercusión en la salud mental de la población mundial. Las medidas de confinamiento, la impredecibilidad y gravedad de la enfermedad, la falta de información inicial y desinformación, el aislamiento social y el impacto e inestabilidad económicas han sido señalados por diferentes estudios como importantes factores de riesgo para la población general^(1,2,3,4,5). Recientes estudios llevados a cabo en España durante las fases iniciales de la pandemia, muestran que entre el 18,7% y el 41% de la población general manifestaba síntomas depresivos, entre el 19,6% y el 25%, síntomas de ansiedad, y entre el 15,8% y el 19,7%, síntomas de estrés postraumático^(6,7,8).

Sin embargo, es importante señalar que no toda la población está igualmente afectada. Hay grupos especialmente vulnerables, que suelen ser aquellos que han experimentado un mayor grado de sufrimiento y han vivido más de cerca los efectos de la pandemia. Por ejemplo, los profesionales sanitarios y los pacientes enfermos por COVID, así como sus familiares, que constituyen un grupo de personas psicológicamente más vulnerables durante esta crisis sanitaria⁽⁹⁾. Por un lado, los sanitarios han estado sometidos a una alta exposición al virus, sobrecarga laboral, falta de medios adecuados de protección y han contado con una gran incidencia de contagios y fallecidos entre el propio colectivo^(10,11,12,13). De hecho, estudios preliminares a nivel internacional señalan la presencia de estrés, ansiedad, depresión, insomnio y estrés postraumático entre estos intervinientes^(10,11,14,15), algo que parece estar replicándose también en la población española^(16,17). Por otro lado, los propios enfermos y sus familiares han estado, lógicamente, expuestos a eventos potencialmente traumáticos al ver sus propias vidas o las de sus seres queridos en peligro.

En España, los enfermos hospitalizados han estado completamente aislados⁽¹³⁾. Además, muchas personas mayores permanecieron también aisladas en residencias de ancianos, donde la tasa de mortalidad estimada ha representado el 70% del total de las muertes por COVID-19 en nuestro país⁽¹⁷⁾. Por último, las circunstancias que han rodeado los fallecimientos por COVID-19, por ejemplo, no poder acompañar ni despedirse de los seres queridos, las restricciones en los ritos funerarios, la rapidez e imprevisibilidad de las muertes, el escaso contacto con los profesionales sanitarios, la percepción de aleatoriedad en la infección, la culpa, así como el escaso apoyo social, se han propuesto como factores de riesgo para el desarrollo de duelo complicado en estos casos^(18,19,20).

En vista de esta situación a nivel mundial, la promoción de la salud mental se ha convertido en una prioridad a la hora de dar una respuesta integral a la COVID-19⁽²¹⁾. Además, la tradicional intervención cara a cara ha tenido que sustituirse por nuevas formas de terapia a distancia, tanto *online*^(22,23), como a través del teléfono⁽²⁴⁾. Dentro de la atención telefónica, las líneas de atención en crisis o *helplines* han jugado tradicionalmente un papel crucial en situaciones de crisis^(25,26,27,28,29) y, por supuesto, en la actual situación de pandemia⁽²⁴⁾. Tanto es así, que ya existen guías de intervención específicas para la correcta administración de estos servicios telefónicos durante la pandemia⁽³⁰⁾ y esta forma de proceder ha sido difundida a otros países durante estos meses^(24,31,32).

Un último aspecto a tener en cuenta, como circunstancia que podría agravar las repercusiones psicológicas de esta pandemia en España, es la insuficiencia de recursos psicológicos en el Sistema Nacional de Salud (SNS). España nunca ha tenido un Sistema Nacional de Salud con suficientes recursos psicológicos, y es un dato constatado que en España hay un insuficiente número de psicólogos en el Sistema

Nacional de Salud. De hecho, según el informe de 2020 del Defensor del Pueblo del Gobierno de España, basado en los datos del 2018, la media de psicólogos en nuestro Sistema Nacional de Salud es de 6 psicólogos por cada 100.000 habitantes (Defensor del Pueblo, 2020)⁽³³⁾. Esta media, está muy por debajo de la de la Unión Europea, que es de 18 psicólogos de media por cada 100.000 habitantes y resulta absolutamente irrisoria si la comparamos con la media de psicólogos en los países de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE), en donde hay 26 psicólogos por cada 100.000 habitantes⁽³⁴⁾.

Así pues, las características de la pandemia, sus previsible efectos psicológicos en la población y, en especial, en los grupos más vulnerables, hacía prever una gran demanda de asistencia psicológica, difícilmente abordable por el Sistema Nacional de Salud, y por ello surgió esta iniciativa entre el Ministerio de Sanidad y el Consejo General de la Psicología de España. De hecho, la psicología española se movilizó para generar también otros recursos extraordinarios que pudieran cubrir esta necesidad^(35,36,13).

En el presente trabajo se describirán las particularidades del Servicio telefónico de Primera Atención Psicológica (SPAP) creado por el Ministerio de Sanidad y el Consejo General de la Psicología de España, un servicio a nivel nacional creado para atender psicológicamente durante los momentos más álgidos de la pandemia, tanto a la población general como a los grupos de personas más vulnerables.

DESCRIPCIÓN DEL RECURSO

Entre los días 27 de marzo y 26 de mayo de 2020, y como respuesta a la situación de crisis generada por la pandemia de COVID-19, el Ministerio de Sanidad y el Consejo General de la Psicología de España pusieron en marcha un servicio telefónico de primera atención

psicológica (Servicio de Primera Ayuda Psicológica – SPAP). El SPAP se puso en marcha a través de tres teléfonos diferenciados que fueron difundidos entre la población, uno para profesionales sanitarios y otros intervinientes, otro para enfermos y familiares de personas fallecidas y/o enfermas por COVID-19 y un tercer teléfono para la población general. Cada uno de estos teléfonos contaba con 5 líneas de atención. En total había, pues, 15 líneas de atención telefónica simultáneamente para atender a los usuarios. El servicio permaneció abierto de lunes a domingo, en horario continuado de 09:00 a 20:00h, y se organizó en dos turnos de 6 horas cada uno.

Para la realización de las intervenciones se estableció un protocolo específico: 1) Atención telefónica inicial, detección de necesidades y apoyo psicológico; 2) Intervención psicológica breve y seguimiento de la persona en caso de ser necesario; 3) Intervención en crisis para situaciones de riesgo de suicidio y violencia; y 4) Derivación acompañada y colaboración con otros recursos.

La atención psicológica se llevó a cabo por un equipo profesional de psicólogos y psicólogas expertos en la intervención y el tratamiento psicológicos de situaciones de crisis y emergencias y duelo que fueron seleccionados y contratados para trabajar en este servicio y que, además, recibieron una formación específica sobre los protocolos de atención psicológica del SPAP. El equipo del servicio estuvo compuesto por el equipo de coordinación del Consejo General de la Psicología, una coordinadora del servicio presente en la sala, el equipo de asesores, el equipo de documentación y actualización de recursos de derivación, los 4 jefes de sala, 42 psicólogos que atendían el teléfono en la sala, y un equipo de administración y técnicos informáticos.

En todo momento, durante el tiempo que duró el servicio, los psicólogos y psicólogas

contratados tuvieron el asesoramiento continuado de los jefes de sala y la coordinadora del servicio para poder atender a cualquier duda o incidencia que pudiera surgir. Todas las llamadas eran grabadas, tal y como se avisaba a los usuarios en el mensaje de bienvenida cuando llamaban, en el que también se les garantizaba la confidencialidad. Asimismo, en el caso de que el volumen de llamadas entrantes fuera superior al número de líneas disponibles, el usuario escuchaba un mensaje grabado que le indicaba que se pusiera de nuevo en contacto pasados unos minutos. Por otra parte, los psicólogos que atendían a las llamadas registraban una ficha con los datos más importantes sobre las demandas planteadas y los recursos que se activaban en cada caso.

El SPAP colaboró activamente con los servicios de emergencia 112 de todas las comunidades autónomas, con los cuerpos y fuerzas de seguridad del estado y policías locales, con el Ejército, con centros de atención primaria, con hospitales, con Protección Civil, con diferentes servicios sociales, así como con fundaciones y ONGs, además de con el largo

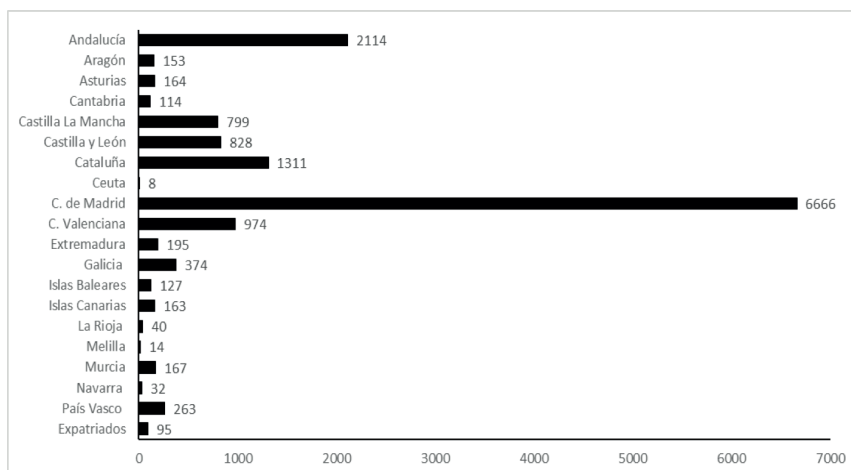
listado de recursos de atención psicológica que generaron los colegios profesionales y las universidades de toda España.

RESULTADOS

Personas atendidas por el servicio SPAP.

Durante los dos meses que estuvo activa la línea de atención SPAP, se registraron un total de 15.170 llamadas al servicio. De estas, 11.417 (75,3%) fueron llamadas en las que se realizó algún tipo de intervención (p. ej., intervención psicológica breve, proporcionar información, derivación acompañada a otros recursos o seguimiento del caso), mientras que, en el resto, no se realizó ninguna intervención por diferentes razones que tuvieron que ver, por ejemplo, con la imposibilidad para establecer contacto con el usuario (56,2%), con las derivaciones a otros profesionales del servicio (11,8%) o con otras razones, dentro de las cuales se encontraba la interrupción de la comunicación telefónica por diversos motivos (16,5%). La mayoría de las llamadas (45,7%) se realizaron desde la Comunidad Autónoma de Madrid (figura 1).

Figura 1
Distribución geográfica de las llamadas al SPAP (n=14.601).



A continuación, se muestran los resultados al analizar las características de los usuarios y sus motivos de consulta del total de 15.170 llamadas recibidas en el servicio, aunque, para algunos análisis, el número de llamadas analizadas oscilaba entre 11.417 y 15.170 debido a la presencia de datos perdidos en algunas variables. En cada tabla o gráfico de resultados que se presentará a continuación, se indica el tamaño de la muestra a partir del cual se han calculado los estadísticos correspondientes.

Perfil de los usuarios. Como aparece recogido en la **tabla 1**, algo más del 22% (3.362 llamadas) fueron de enfermos, familiares de enfermos y familiares de fallecidos, casi un 6% (876 llamadas) provenían del personal interviniente

durante la pandemia y un 72% eran personas de la población general. Dentro del grupo de profesionales intervinientes, el 13% eran médicos, el 26,8%, enfermeros, el 25,1%, auxiliares/celedores, el 12,7%, miembros de los cuerpos y fuerzas de seguridad del Estado, el 10,1%, personal que trabajaba en residencias de mayores, el 1,5%, psicólogos y el 10,8%, otros trabajadores esenciales (farmacéuticos, trabajadores sociales, administrativos, personal de limpieza, personal de supermercados, transportistas y otros). En el caso del grupo de enfermos y familiares el 64,5% eran familiares de fallecidos y el 20,8%, de enfermos graves, mientras que el 9,1% eran enfermos, el 3,3% eran allegados no familiares y en el 2,3% se daban múltiples condiciones de las previamente descritas.

Tabla 1						
Perfil de los usuarios.						
Variables		Total (n=15.170)	Intervinientes (n=876)	Enfermos y familiares (n=3.362)	Población general (n=10.932)	χ^2 / F
Sexo [n (%)]	Varones	3.974 (26,5)	138 (15,9)	721 (21,4)	3.115 (29)	126,96 ^(*)
	Mujeres	11.012 (73,5) (n=14.986)	728 (84,1) (n=866)	2.641 (78,6) (n=3.362)	7.643 (71) (n=10.758)	
Edad (años) [M (DT)]		48,97 (16,46) (n=14.148)	43,65 (11,31) (n=822)	52,00 (15,02) (n=3.224)	48,44 (17,07) (n=10.102)	104,28 ^(*)
Rangos de edad [n (%)]	0-10	-	0	0	37 (0,4) ^(†)	362,37 ^(*)
	10-19	-	0	9 (0,3)	251 (2,5) ^(†)	
	20-39	-	299 (36,4) ^(†)	636 (19,7)	2.860 (28,3) ^(†)	
	40-59	-	451 (54,9) ^(†)	1.676 (51,9) ^(†)	4.324 (42,8)	
	60-79	-	72 (8,8)	753 (23,4) ^(†)	2.265 (22,4) ^(†)	
	>80	-	0	150 (4,7) ^(†)	365 (3,6)	
(*) p<0,001. Los valores porcentuales se indican entre paréntesis; (†) Indica que grupo/s, dentro de cada rango de edad, tienen significativamente más participantes en esa categoría						

En la **tabla 1** también se puede observar que, del total de usuarios, la gran mayoría (73,5%) fueron mujeres, especialmente, en intervinientes (84,1%), con una tasa de participación significativamente mayor a la de los hombres ($\chi^2_{(2,14,986)}=126,96$; $p<0,001$). La media de edad de los usuarios era de 49 años aproximadamente, aunque había diferencias significativas en esta variable dependiendo del grupo ($F_{(2,14,148)}=104,28$, $p<0,001$). Análisis post-hoc mediante el estadístico de Bonferroni mostraron que los intervinientes que llamaban eran significativamente más jóvenes que los enfermos y familiares (-8,34; $p<0,001$) y que los usuarios de la población general (-4,78; $p<0,001$). Asimismo, los usuarios de la población general tenían significativamente menos edad que las personas enfermas y sus familiares y/o los familiares de fallecidos/as (-3,56; $p<0,001$). El análisis comparativo de los rangos de edad en cada uno de los grupos de usuarios mostró diferencias estadísticamente significativas ($\chi^2_{(6, 14,148)}=362,37$; $p<0,001$). El rango de edad comprendido entre los 40 y 59 años era el más prevalente en los tres grupos de participantes, si bien, se encontraron diferencias estadísticamente significativas que indicaban una mayor frecuencia de estas edades en los grupos de intervinientes y enfermos y familiares. El segundo rango de edad más prevalente fue el de 20 a 39 años en los intervinientes y en la población general, encontrando diferencias significativas respecto a los enfermos y familiares. También se encontraron diferencias significativas en el rango de 60 a 79 años, de tal manera que había más participantes con estas edades en el grupo población general y de personas enfermas y familiares, que en los intervinientes. La población por encima de 80 años representaba entre el 3,6 y 4,7 % de los usuarios, encontrando significativamente más prevalencia de participantes con esta edad en el grupo de personas enfermas y familiares. Finalmente, la prevalencia de atención a niños y/o adolescentes fue del 2,9%.

Motivo de las llamadas. Según la **tabla 2**, y en lo referente a los motivos de consulta (uno o varios por cada participante), un 75,9% del total de llamadas se relacionó con la existencia de dificultades psicológicas, sobre todo, en el caso de las personas enfermas y sus familiares y/o familiares de fallecidos, para los que este tipo de consultas representaron un 82,8%. Dentro de estas dificultades psicológicas, las relacionadas con sintomatología de ansiedad (53,6%) y, depresiva (27,9%), fueron las más frecuentes en todos los grupos analizados. Los motivos de asistencia relacionados con el fallecimiento de seres queridos fueron sustancialmente más elevados en el caso del grupo de enfermos y familiares de enfermos y/o fallecidos (58,4%), y las reacciones de estrés fueron más prevalentes entre los intervinientes, aunque con un porcentaje mucho menor (4,9%). Los porcentajes de sintomatología obsesiva, ideación autolítica y otros síntomas fueron más elevados para la población general (5,1%, 3,3% y 8%, respectivamente), donde también se encontró un porcentaje mayor de personas que habían sufrido un agravamiento de síntomas psicológicos previos a la pandemia (8,8%).

Casi el 21% de las personas que llamaban decía tener miedo de que ellos mismos o los suyos pudieran infectarse o tener complicaciones. Asimismo, un 19,6% del total consultaron por dificultades de convivencia y conflictos en las interacciones familiares y un 14,7% solicitó pautas o información para que se les ayudase a relacionarse con terceros, siendo este último motivo especialmente prevalente en el caso de los enfermos y familiares y en el grupo de la población general (18,5% y 14,1% respectivamente). Las dificultades relativas al contexto laboral, caracterizadas por el miedo a no estar preparado/a para afrontar la situación, sentir que sus habilidades profesionales se veían desbordadas, el agotamiento físico, el miedo a acudir al trabajo y la búsqueda de pautas psicológicas a aplicar, concretamente, en el ámbito

Tabla 2
Motivos de las llamadas.

Motivo de la llamada [n (%)]	Total (n=11.417)	Intervinientes (n=634)	Enfermos y familiares (n=2.595)	Población general (n=8.188)
Algún tipo de sintomatología psicológica	8.667 (75,9)	486 (76,7)	2.149 (82,8)	6.032 (73,7)
- Sintomatología depresiva	3.182 (27,9)	208 (32,8)	374 (14,4)	2.600 (31,8)
- Sintomatología de ansiedad	6.121 (53,6)	404 (63,7)	813 (31,3)	4.904 (59,9)
- Sintomatología de duelo	1.859 (16,3)	43 (6,8)	1.516 (58,4)	300 (3,7)
- Sintomatología de estrés	172 (1,5)	31 (4,9)	51 (2)	90 (1,1)
- Sintomatología obsesiva	477 (4,2)	10 (1,6)	49 (1,9)	418 (5,1)
- Otra	725 (6,4)	9 (1,4)	58 (2,2)	658 (8)
Ideación autolítica	305 (2,7)	3 (0,5)	34 (1,3)	268 (3,3)
Agravamiento de sintomatología previa a la crisis de la COVID-19	782 (6,8)	24 (3,8)	34 (1,3)	724 (8,8)
Miedo/preocupación a la infección, contagio y pronóstico propio y ajeno	2.334 (20,9)	158 (24,9)	723 (27,9)	1.453 (17,7)
Manejo de conflictos/situaciones familiares complicadas	2.239 (19,6)	70 (11)	278 (10,7)	1.891 (23,1)
Relación con terceros	1.677 (14,7)	40 (6,3)	479 (18,5)	1.158 (14,1)
Contexto laboral	348 (3)	222 (35)	12 (0,5)	114 (1,4)
Información sobre recursos o limitaciones restricciones	615 (5,4)	52 (8,2)	47 (1,8)	516 (6,3)
Otros	966 (8,5)	57 (9)	187 (7,2)	722 (8,8)

Los valores porcentuales se indican entre paréntesis.

laboral sanitario, representaron el 3% de las llamadas, con el porcentaje más alto para el grupo de intervinientes (35%). Un 5,4% de las llamadas se realizaron para pedir información sobre recursos, sobre todo, por parte de profesionales intervinientes (8,2%).

Llamadas de seguimiento y derivaciones. El objetivo del SPAP era llevar a cabo una atención psicológica de calidad, lo que en numerosos casos requería que los usuarios contactaran varias veces telefónicamente (llamadas de seguimiento). Se llevaron a cabo un total de 9.507

llamadas de seguimiento al SPAP cuyo objetivo era dar continuidad a las intervenciones psicológicas que se habían iniciado en una primera llamada, realizar derivaciones acompañadas a otros servicios, evaluar los resultados de las acciones que se habían acordado llevar a cabo con los usuarios para solucionar sus problemas, evaluar el progreso de su sintomatología, derivarles a otro servicio, o incluso valorar que la derivación recomendada se había llevado a cabo de forma satisfactoria, especialmente en el caso de aquellos usuarios en situaciones de especial riesgo y vulnerabilidad.

En total, se llevaron a cabo 1.488 derivaciones a otros recursos de atención psicológica y social. Un equipo de 5 psicólogos se encargaba de actualizar continuamente el listado de más de 150 recursos que se entregaba a los psicólogos del servicio para que pudieran utilizarlo. Todos los recursos a los que se hicieron las derivaciones fueron previamente contactados y se verificó uno por uno su gratuidad y su disponibilidad en ese momento. Teniendo en cuenta que a los usuarios se les podía derivar a uno o más recursos, los más utilizados fueron, en primer, lugar las fundaciones y ONG, como la Fundación ANAR (Ayuda a Niños y Adolescentes en Riesgo), la Fundación Metta Hospice, Psicólogos sin Fronteras, Cruz Roja, la Fundación la Caixa, Médicos sin Fronteras, Médicos del Mundo, Cáritas, y otras, que supusieron el 35% de las derivaciones. Destaca también la derivación llevada a cabo a los recursos extraordinarios de atención psicológica creados por los colegios profesionales de psicólogos de toda España (16,3%)^(13,36). Y, por supuesto, fueron frecuentes las derivaciones a los servicios sociales, a los teléfonos y servicios nacionales o autonómicos de atención a las víctimas de violencia de género y a diferentes servicios psicosociales de ayuntamientos de toda España (21,1%). Además, en el caso de personas que, con anterioridad a la pandemia, estaban siendo medicadas por trastornos mentales o presentaban síntomas físicos de enfermedades médicas, fueron derivados a los recursos del Sistema Nacional de Salud (SNS) (23,6%). La mayor parte de estas derivaciones fueron a los centros de atención primaria (64,8%), para revisión de pautas farmacológicas, evaluación y control de síntomas físicos pero, también, en aquellos casos en que los usuarios ya eran pacientes de salud mental, se les pidió que, al margen de que se les pudiera ayudar con las intervenciones del servicio, contactaran con sus centros de salud mental habituales (17,1%). También se realizaron derivaciones a otros recursos de

manera más minoritaria (por ejemplo, cuerpos y fuerzas de seguridad del Estado, servicios de emergencia 112, teléfono 016, etc.).

En las últimas semanas de funcionamiento del SPAP, cuando la información se diseminó en el Sistema Nacional de Salud, comenzaron a llegar sus derivaciones, hasta un total de 189, la mayoría desde los centros de atención primaria de la Comunidad de Madrid (64,5%). Las derivaciones del SNS provenían en su mayoría de los Centros de Atención Primaria (CAP) (84,1%).

DISCUSIÓN

Los resultados de este trabajo ponen de manifiesto el uso intensivo que se hizo del SPAP dirigido por el Ministerio de Sanidad y el Consejo General de la Psicología de España durante los meses más duros de la crisis por COVID-19 en España. En el tiempo en que el servicio estuvo disponible, se gestionaron 15.170 llamadas, que condujeron a realizar 11.417 intervenciones psicológicas. Estas cifras junto a las de otros países⁽²⁴⁾, reflejan la utilidad que las *helplines* tienen en tiempos de pandemia. Si se tiene en cuenta, además, que las intervenciones psicológicas realizadas por teléfono han demostrado tener una efectividad similar a aquellas realizadas cara a cara^(37,38,39,40,41), estos datos cobran especial importancia.

El análisis sociodemográfico de los datos mostró que la mayoría de llamadas (un 45,7%) provenían de la Comunidad de Madrid, hecho acorde con la magnitud de la pandemia en esta comunidad autónoma⁽⁴²⁾.

Las mujeres hicieron un uso casi tres veces mayor que los hombres del servicio, en especial, en el subgrupo de intervinientes y otros trabajadores esenciales. Estos resultados son coherentes con diferentes estudios que muestran que las mujeres presentan una mayor afectación psicológica a consecuencia

de la pandemia^(7,43,44,45,46,47), especialmente en mujeres sanitarias^(31,48). Esto podría deberse a que el confinamiento ha generado situaciones familiares en las cuales las mujeres se han sobrecargado de responsabilidades^(49,50). Además, diferentes autores apuntan a un empeoramiento de la salud mental de las mujeres embarazadas durante la pandemia^(51,52,53). Asimismo, las mujeres parecen estar viviendo en esta crisis más situaciones de violencia de género⁽⁵⁴⁾.

Respecto a la edad, los estudios preliminares que se han realizado en España sobre el impacto psicológico inmediato de la pandemia parecen mostrar que son los jóvenes quienes se han visto más afectados hasta la fecha^(6,8). De hecho, un estudio específico sobre intervención telefónica realizado en Portugal muestra que son ellos los que más han utilizado este tipo de ayudas⁽³²⁾. Sin embargo, en el presente estudio, a pesar de que el grupo de intervinientes y el de la población general eran significativamente más jóvenes que los enfermos y familiares, con un porcentaje importante de participantes entre los 20-39 años, lo cierto es que el rango de edad más prevalente en todos los grupos fue, con diferencia, el de 40-59 años (media de edad de 49 años). Además, en el grupo de enfermos y familiares de enfermos y fallecidos, y en la población general, hubo un número muy significativo de personas de entre 60-79 años. Esta discrepancia entre el presente estudio y estudios anteriores podría explicarse por varios motivos. En primer lugar, porque la mayor participación de los jóvenes en el estudio internacional de intervención telefónica anteriormente mencionado podría deberse a que reflejaban los datos de servicios dirigidos fundamentalmente a población universitaria⁽³²⁾. Respecto a los estudios de prevalencia realizados en España, es importante no perder de vista que se trata de investigaciones orientadas fundamentalmente a la recogida masiva de datos, para lo cual se han utilizado plataformas de encuestas *online*,

difundidas a través de las redes sociales, más accesibles y conocidas por los más jóvenes. De hecho, en alguno de los trabajos mencionados⁽⁶⁾ la población de 18 a 34 años constituía un 65,3% de la muestra, lo que supone una clara sobrerrepresentación respecto a la población española general. De acuerdo con un cálculo propio realizado a partir de los datos del último censo demográfico organizado por grupos de edades del Instituto Nacional de Estadística (INE), el segmento de la población comprendida entre los 20 y 39 años supone un 23,2% de la población española⁽⁵⁵⁾, un dato mucho más similar al porcentaje encontrado sobre el total de usuarios del SPAP (26,5%). Además, lejos de ser un problema, podría considerarse que uno de los principales logros del recurso de atención telefónica SPAP es la gran participación que han tenido las personas mayores de 60 años, un grupo poblacional especialmente castigado por la pandemia. Nuevamente según cálculo propio en función de datos del INE, este rango de edad supone un 25,7% de la población española⁽⁵⁵⁾, porcentaje casi idéntico al obtenido en este estudio (26% en la población general). Asimismo, aunque el grupo específico de personas mayores de 80 años fue el menos prevalente en nuestro trabajo, el uso que estos mayores hicieron del recurso fue también muy destacable (3,6% en este proyecto vs. 6% según los datos del INE)⁽⁵⁵⁾. Esto puede ser coherente con estudios que muestran que las personas mayores prefieren de forma habitual recursos telefónicos frente a otro tipo de recursos como la videoconferencia⁽⁵⁶⁾.

En relación con los motivos de consulta, es importante señalar que el SPAP fue utilizado para aquello para lo que estaba diseñado, para atender a las necesidades psicológicas de la población, pues este fue el motivo de consulta más frecuente. De manera coherente con lo encontrado en la literatura previa⁽⁹⁾, la presencia de sintomatología ansiosa y depresiva fue la principal preocupación de las personas que

llamaron, siendo grupos de riesgo los intervinientes y enfermos y familiares, con más estrés los primeros y síntomas de duelo los segundos.

En definitiva, los datos proporcionados en este estudio confirmarían la necesidad de que se pongan en marcha recursos específicos de atención psicológica como el SPAP para cubrir las necesidades psicológicas de la población en tiempos de crisis, como durante esta pandemia, y, muy especialmente, la salud psicológica de los grupos más vulnerables.

AGRADECIMIENTOS

Deseamos agradecer al Ministerio de Sanidad, a la Directora General de Salud Pública y a su equipo, al Consejo General de la Psicología, a los Colegios de Psicólogos autonómicos, al equipo de psicólogos y psicólogas que han sido parte del servicio de atención telefónica, a los que desde distintos ámbitos nos han asesorado, apoyado y acompañado, a los intervinientes del ámbito de las emergencias, los cuerpos y fuerzas de seguridad del Estado, al Ejército, con especial mención a la UME, que desde el principio nos ayudó para disponer adecuadamente de las instalaciones y de los procedimientos sanitarios que debíamos seguir, a las policías locales, a los servicios sociales, a los servicios sanitarios, a Protección Civil, a las ONGs y fundaciones, -gracias a las cuales hemos podido responder con eficacia a muchas de las demandas que nos hemos encontrado- y, por supuesto, a las miles de personas que han confiado en nosotros en el peor momento de esta pandemia y, en muchos casos, de sus vidas. A todos, también los que no están aquí nombrados, infinitas gracias.

BIBLIOGRAFÍA

1. Brooks SK, Webster RK, Smith LE, Woodland L, Wessely S, Greenberg N *et al*. The psychological impact of quarantine and how to reduce it: rapid review of the

evidence. *Lancet*. 2020; 395(10227):912-20. doi: 10.1016/S0140-6736(20)30460-8

2. Kwok KO, Li KK, Chan HH, Yi YY, Tang A, Wei WI, Wong, SYS Community responses during the early phase of the COVID-19 epidemic in Hong Kong: risk perception, information exposure and preventive measures. *MedRxiv*. 2020 ahead-of-print(ahead-of-print). doi: 10.1101/2020.02.26.20028217.th

3. McBride O, Murphy J, Shevlin M, Miller JG, Hartman T, Hyland P *et al*. Monitoring the psychological impact of the COVID-19 pandemic in the general population: an overview of the context, design and conduct of the COVID-19 Psychological Research Consortium (C19PRC) Study. 2020 ahead-of-print(ahead-of-print). doi: 10.31234/osf.io/wxe2n

4. Shigemura J, Ursano RJ, Morganstein JC, Kurosawa M, Benedek DM. Public responses to the novel 2019 coronavirus (2019-nCoV) in Japan: Mental health consequences and target populations. *Psychiatry Clin Neurosci* 2020; 74(4):281-282. doi: 10.1111/pcn.12988

5. Zandifar A, Badrfam R. Iranian mental health during the COVID-19 epidemic. *Asian J Psychiatr* 2020; 51:101990. doi: 10.1016/j.ajp.2020.101990

6. Rodríguez-Rey R, Garrido-Hernansaiz H, Collado S. Psychological Impact and Associated Factors During the Initial Stage of the Coronavirus (COVID-19) Pandemic Among the General Population in Spain. *Front Psychol* 2020; 11:154. doi: 10.3389/fpsyg.2020.01540

7. González-Sanguino C, Ausin B, Castellanos MÁ, Saiz J, López-Gómez A, Ugidos C, Muñoz, M. Mental health consequences during the initial stage of the 2020 Coronavirus pandemic (COVID-19) in Spain. *Brain Behav Immun* 2020; 87:172-176. doi: 10.1016/j.bbi.2020.05.040

8. Valiente C, Vázquez C, Peinado V, Contreras A, Trucharte A, Bentall R, Martínez A. Estudio nacional representativo de las respuestas de los ciudadanos de España ante la crisis de Covid-19: respuestas psicológicas: prevalencia y predictores.

- Facultad de Psicología, Universidad Complutense de Madrid (Informe Técnico), 2020. Disponible en: <https://www.ucm.es/inventap/file/vida-covid19--informe-ejecutivomalestar3520-final-1>
9. Inchausti F, MacBeth A, Hasson-Ohayon I, Dimaggio G. Psychological Intervention and COVID-19: what we know so far and what we can do. *J Contemp Psychother*. 2020; 1-8. doi: 10.1007/s10879-020-09460-w
 10. Al-Rabiaah A, Tamsah MH, Al-Eyadhy AA, Hasan GM, Al-Zamil F, Al-Subaie S *et al*. Middle East Respiratory Syndrome-Corona Virus (MERS-CoV) associated stress among medical students at a university teaching hospital in Saudi Arabia. *J Infect Public Health*. 2020; 13(5):687-91. doi: 10.1016/j.jiph.2020.01.005
 11. Kang L, Li Y, Hu S, Chen M, Yang C, Yang BX *et al*. The mental health of medical workers in Wuhan, China dealing with the 2019 novel coronavirus. *Lancet Psychiatry*. 2020; 7(3):e14. doi: 10.1016/S2215-0366(20)30047-X
 12. Pfefferbaum B, North CS. Mental Health and the Covid-19 Pandemic. *N Engl J Med* 2020; 383(6):510-512. doi: 10.1056/NEJMp2008017
 13. Sánchez-Marqueses JM, García de Marina Martín-Mateos A, Sanz J, Morán N, Berdullas S, Hernández-Hermida, JR y García-Vera MP. Respuesta de la psicología española ante la COVID-19. En: Perioni L, Editor *Nuovo coronavirus e resiliencia. Strategie contro un nemico invisibile*, Torino. *Anthropos (Health, Culture & Psychology)* 2020. p. 349-366.
 14. Preti E, Di Mattei V, Perego G, Ferrari F, Mazzetti M, Taranto P *et al*. The Psychological Impact of Epidemic and Pandemic Outbreaks on Healthcare Workers: Rapid Review of the Evidence. *Curr Psychiatry Rep* 2020; 22(8):43. doi:10.1007/s11920-020-01166-z
 15. Spoorthy MS, Pratapa SK, Mahant S. Mental health problems faced by healthcare workers due to the COVID-19 pandemic—A review. *Asian J Psychiatr* 2020; 51:102119. doi: 10.1016/j.ajp.2020.102119
 16. Mas Esquerdo J. Secuelas psicológicas de la crisis del coronavirus en el personal sanitario e interviniente. Instituto Español de Estudios Estratégicos-IEEE, 2020. Disponible en: http://www.ieee.es/publicaciones-new/documentos-de-opinion/2020/DIEEEO118_2020JAIMAS_secuelas.html
 17. Zalakaín J, Davey V. The COVID-19 on users of Long-Term Care services in Spain. LTCcovid, International Long-Term Care Policy Network, CPEC-LSE, 2020. Disponible en: <https://lccovid.org/wp-content/uploads/2020/05/LTCcovid-Spain-country-report-28-May-1.pdf>
 18. Bertuccio RF, Runion MC. Considering grief in mental health outcomes of COVID-19. *Psychological trauma* 2020; 12(S1): S87-S89. doi: 10.1037/tra0000723
 19. Goveas JS, Shear MK. Grief and the COVID-19 Pandemic in Older Adults. *Am J Geriatr Psychiatry* 2020; 28(10):1119-1125. doi: 10.1016/j.jagp.2020.06.021
 20. Wallace CL, Wladkowski SP, Gibson A, White P. Grief during the COVID-19 pandemic: considerations for palliative care providers. *J Pain Symptom Manage* 2020; 60(1):e70-e76. doi: 10.1016/j.jpainsymman.2020.04.012
 21. Xiang YT, Yang Y, Li W, Zhang L, Zhang Q, Cheung T, Ng CH. Timely mental health care for the 2019 novel coronavirus outbreak is urgently needed. *Lancet Psychiatry*. 2020; 7(3):228-9. doi: 10.1016/S2215-0366(20)30046-8
 22. Liu S, Yang L, Zhang C, Xiang YT, Liu Z, Hu S, Zhang B. Online mental health services in China during the COVID-19 outbreak. *Lancet Psychiatry*. 2020; 7(4):e17-8. doi: 10.1016/S2215-0366(20)30077-8
 23. Zhou X, Snoswell CL, Harding LE, Bambling M, Edirippulige S, Bai X, Smith AC. The role of telehealth in reducing the mental health burden from COVID-19. *Telemed J E Health*. 2020; 26(4):377-9. doi: 10.1089/tmj.2020.0068
 24. Wang J, Wei H, Zhou L. Hotline services in China during COVID-19 pandemic. *J Affect Disord*. 2020; 275:125-6. doi: 10.1016/j.jad.2020.06.030

25. Combs DC. Mental health interventions by telephone with Katrina survivors. *J Health Care Poor Underserved*. 2007; 18(2):271-6. doi: 10.1353/hpu.2007.0027
26. Leung T, Wong H. Community reactions to the SARS crisis in Hong Kong: analysis of a time-limited counseling hotline. *J. Hum. Behav. Soc. Environ.* 2005; 12(1):1-22. doi: 10.1300/J137v12n01_01
27. Reifels L, Bassilios B, Pirkis J. National telemental health responses to a major bushfire disaster. *J Telemed Telecare*. 2012; 18(4):226-30. doi: 10.1258/jtt.2012.110902
28. Ussery W, Waters, J. COP2COP hotlines: Programs to address the needs of first responders and their families. *Brief Treat Crisis Interv* 2020; 6(1):66-78. doi: 10.1093/brief-treatment/mhj004
29. Wunsch-Hitzig R, Plapinger J, Draper J, del Campo E. Calls for help after September 11: a community mental health hot line. *J Urban Health* 2002; 79:417–28. doi: 10.1093/jurban/79.3.417
30. National Health Commission of China. Guidelines for psychological assistance hotlines during 2019-nCoV pneumonia epidemic. [Internet]. [Consultado 16 Sept 2020]. Disponible en: <http://www.nhc.gov.cn/jkj/s3577/202002/f389f20cc1174b21b981ea2919beb8b0.shtml>
31. Geoffroy PA, Le Goanvic V, Sabbagh O, Richoux C, Weinstein A, Dufayet G *et al*. Psychological Support System for Hospital Workers During the Covid-19 Outbreak: Rapid Design and Implementation of the Covid-Psy Hotline. *Front Psychiatry* 2020; 11:511. doi: 10.3389/fpsy.2020.00511
32. Ribeiro E, Sampaio A, Gonçalves M, Taveira M, Cunha J, Maia A *et al*. Telephone-based psychological crisis intervention: the Portuguese experience with COVID-19. *Couns Psychol Q*. 2020; 1-15. doi: 10.1080/09515070.2020.1772200
33. Defensor del Pueblo. El defensor del pueblo recomienda al gobierno y las CCAA incrementar la asistencia psicológica en el sistema nacional de salud, 2020. Disponible en: <https://www.defensordelpueblo.es/noticias/salud-mental/>
34. OECD iLibrary. Psychologists per 100 000 population, 2000 and 2011 (or nearest year available). 2014. Disponible en: https://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/making-mental-health-count/psychologists-per-100-000-population-2000-and-2011-or-nearest-year-avaiable_9789264208445-graph36-en
35. García-Vera MP, Sánchez-Marqueses JM, García de Marina A, Gesteira C, Morán N, Berdullas S *et al*. Movilización de recursos psicológicos ante una catástrofe sanitaria: análisis de la respuesta de la psicología española ante la pandemia de la covid-19. Manuscrito bajo revisión editorial. 2020.
36. Chacón-Fuertes F, Fernández-Hermida JR, García-Vera MP. La Psicología ante la Pandemia de la COVID-19 en España. La Respuesta de la Organización Colegial. *Clin Salud* 2020; 31(2):119-123. doi: 10.5093/clysa2020a18
37. Aziz MA, Kenford S. Comparability of telephone and face-to-face interviews in assessing patients with posttraumatic stress disorder. *J Psychiatr Pract*. 2004;10(5):307-313. doi: 10.1097/00131746-200409000-00004
38. Bains H, Bonell E, Speight P. Carer satisfaction with telephone consultations in a community intellectual disability unit. *Journal of Intellectual Disabilities: JOID*. 2010; 14(4):259-265. doi: 10.1177/1744629510390450
39. Hajebi A, Motevalian A, Amin-Esmaeili M *et al*. Telephone versus face-to-face administration of the Structured Clinical Interview for Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition, for diagnosis of psychotic disorders. *Compr Psychiatry*. 2012; 53(5):579-583. doi: 10.1016/j.comppsy.2011.06.001
40. Irvine A, Drew P, Bower P, Brooks H, Gellatly J, Armitage CJ, Barkham M, McMillan D, Bee P. Are there interactional differences between telephone and face-to-face psychological therapy? A systematic review of comparative studies. *J Affect Disord*. 2020; 265:120-131. doi: 10.1016/j.jad.2020.01.057

41. Rohde P, Lewinsohn PM, Seeley JR. Comparability of telephone and face-to-face interviews in assessing axis I and II disorders. *Am J Psychiatry*. 1997; 154(11):1593-1598. doi: 10.1176/ajp.154.11.1593
42. Ministerio de Sanidad. Actualización nº 210. Enfermedad por el coronavirus (COVID-19). 18.09.2020 (datos consolidados a las 14:00 horas del 18.09.2020). Disponible en: https://www.mscbs.gob.es/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/nCov/documentos/Actualizacion_210_COVID-19.pdf
43. Ausín B, González-Sanguino C, Castellanos MÁ, Muñoz M. Gender-related differences in the psychological impact of confinement as a consequence of COVID-19 in Spain. *J Gend Stud* 2020 -08-04; ahead-of-print(ahead-of-print):1-10. doi: 10.1080/09589236.2020.1799768
44. Özdin S, Özdin Ş. Levels and predictors of anxiety, depression and health anxiety during COVID-19 pandemic in Turkish society: The importance of gender. *Int J Soc Psychiatry* 2020; 66(5):504-511. doi: 10.1177/0020764020927051
45. Sun L, Sun Z, Wu L, Zhu Z, Zhang F, Shang Z *et al*. (Prevalence and risk factors of acute posttraumatic stress symptoms during the COVID-19 outbreak in Wuhan, China. *MedRxiv* 2020 [Preprint] doi: 10.1101/2020.03.06
46. Wang C, Pan R, Wan X, Tan Y, Xu L, McIntyre RS *et al*. A longitudinal study on the mental health of general population during the COVID-19 epidemic in China. *Brain Behav Immun*, 2020; 87, 40:48. doi: 10.1016/j.bbi.2020.04.028
47. Liu N, Zhang F, Wei C, Jia Y, Shang Z, Sun L *et al*. Prevalence and predictors of PTSS during COVID-19 outbreak in China hardest-hit areas: gender differences matter. *Psychiatry Res* 2020; 287:112921. doi: 10.1016/j.psychres.2020.112921
48. Li G, Miao J, Wang H, Xu S, Sun W, Fan Y *et al*. (2020). Psychological impact on women health workers involved in COVID-19 outbreak in Wuhan: a cross-sectional study. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 2020; 91(8):895-897. doi: 10.1136/jnnp-2020-323134
49. Farré L, Fawaz Y, González L, Graves J. How the covid-19 lockdown affected gender inequality in paid and unpaid work in Spain. 2020. Iza, Institute of labor economics. Disponible en: <http://ftp.iza.org/dp13434.pdf>
50. Santamaría MD, Etxebarria NO, Rodríguez IR, Albondiga-Mayor JJ, Gorrochategui MP, Impacto psicológico del COVID-19 en una muestra de profesionales sanitarios españoles. *Rev Psiquiatr Salud Ment*. 2020, doi: 10.1016/j.rpsm.2020.05.004
51. Davenport MH, Meyer S, Meah VL, Strynadka MC, Khurana R. Moms Are Not OK: COVID-19 and Maternal Mental Health. *Frontiers in Global Women's Health*. 2020;1. doi: 10.3389/fgwh.2020.00001
52. Wu Y, Zhang C, Liu H, Duan C, Li C, Fan J *et al*. Perinatal depressive and anxiety symptoms of pregnant women during the coronavirus disease 2019 outbreak in China. *Am J Obstet Gynecol*, 2020; 223(2):240-e1. doi: 10.1016/j.ajog.2020.05.009
53. Zeng LN, Chen LG, Yang CM, Zeng LP, Zhang LY, Peng TM. Mental health care for pregnant women in the COVID-19 outbreak is urgently needed *Women Birth*. 2020; S1871-5192(20)30210-9. doi: 10.1016/j.wombi.2020.03.009
54. Mahase E. Covid-19: EU states report 60% rise in emergency calls about domestic violence. *BMJ*. 2020; 369:m1872. doi: 10.1136/bmj.m1872
55. Instituto Nacional de Estadística. Cifras de población. Series detalladas desde 2002. Disponible en: <https://www.ine.es/up/zcOJnV57fF>
56. Usman M, Fahy S. Coping with the COVID-19 crisis: an overview of service adaptation and challenges encountered by a rural Psychiatry of Later Life (POLL) team. *Ir J Psychol Med* 2020; 1-5. doi: 10.1017/ipm.2020.86