

Servicio de Atención Psicológica Telefónica del Colegio de la Psicología de Madrid y la Comunidad de Madrid durante el período de cuarentena por COVID-19 en España. Un estudio empírico

Telephone Psychological Attention Service of the Madrid College of Psychology and the Comunidad de Madrid during the COVID-19 quarantine period in Spain. An empirical study

Sotelo-Martín, J. A.

Universidad Internacional de la Rioja. Equipo de Coordinación del Servicio de Atención Psicológica Telefónica del Colegio Oficial de la Psicología de Madrid y la Comunidad de Madrid.

jose.sotelo@unir.net

<https://orcid.org/0000-0002-5400-6788>

Linares-Martín, J.

Universidad Europea de Madrid. Equipo de Coordinación del Servicio de Atención Psicológica Telefónica del Colegio Oficial de la Psicología de Madrid y la Comunidad de Madrid.

jesus.linares@universidadeuropea.es

<https://orcid.org/0000-0002-4425-6484>

Fernández-Cahill, M.

Universidad Antonio de Nebrija.

mfernandezcah@nebrija.es

<https://orcid.org/0000-0001-6315-5075>

Recibido: 6 de julio de 2021

Aceptado: 01 de abril de 2022

Para citar este artículo: Sotelo-Martín, J. A., Linares-Martín, J., y Fernández-Cahill, M. (2022). Servicio de Atención Psicológica Telefónica del Colegio de la Psicología de Madrid y la Comunidad de Madrid durante el período de cuarentena por COVID-19 en España. Un estudio empírico. *Creatividad y Sociedad*, (35), 9-26.

Recuperado de: <http://creatividadysociedad.com/wp-content/uploads/2022/07/cys-35-1.pdf>

Resumen

A partir de la situación generada por el COVID-19 en España, y de la cuarentena decretada a partir del estado de alarma, nuestro grupo de investigación se planteó determinar si la diferencia en tiempo de intervención de los profesionales de la psicología que atendieron a los usuarios afectados en la Comunidad de Madrid, era significativamente mayor en función del sexo. Para apoyar esta iniciativa, se realizó una extensa revisión de la literatura en base a los elementos conceptuales más destacados. A partir de los datos obtenidos en el servicio telefónico de atención psicológica, puesto en marcha por el Colegio Oficial de la Psicología de Madrid, y desde un enfoque cuasiexperimental con dos muestras $N_{femenina} = 50$ y $N_{masculina} = 50$, obtenidas aleatoriamente de una muestra total de 597 psicólogos intervinientes en el servicio, con formación específica y experiencia en situaciones de urgencias, emergencias y catástrofes, se realizó un contraste de hipótesis cuyo resultado fue la aceptación de la idea inicial de que las psicólogas intervinientes obtuvieron tiempos medios de atención a usuarios más amplios que sus análogos masculinos.

Palabras clave

Intervención psicológica; Pandemia; Coronavirus (COVID-19); Psicología de emergencia; Asistencia telefónica

Abstract

As a result of the situation generated by COVID-19 in Spain, and the quarantine period declared with the state of alarm, our research group set out to determine whether the difference in intervention time of the psychology professionals who attended affected individuals in the Community of Madrid, was significantly higher according to gender. To support this initiative, a comprehensive literature review was carried out based on the most prominent conceptual elements. The data was obtained from the psychological helpline telephone service, set up by the Official College of Psychology of Madrid. Following a quasi-experimental approach with two samples $N_{female} = 50$ and $N_{male} = 50$, obtained randomly from a total sample of 597 psychologists intervening in the service, with specific training and experience in emergency situations and disasters, a hypothesis contrast was carried out, the result of which was the acceptance of the initial idea that the female intervening psychologists obtained longer mean intervention times than their male colleagues.

Keywords

Psychological intervention; Pandemic; Coronavirus (COVID-19); Emergency psychology, Telephone assistance

1. Introducción

La situación española producida por los efectos del COVID-19 ha sido enormemente impactante en determinados momentos y, aunque la modulación de los efectos víricos sigue siendo un problema a nivel mundial, cada país recorre las diferentes fases de impacto social de forma asíncrona, acumulando grandes cifras de muertes y contagios. Este hecho forzó a las autoridades sanitarias y de salud pública hacia una previsión tan lógica como necesaria acerca de los posibles efectos devastadores de futuras pandemias (Soto-Baño y Clemente-Suárez, 2020), que ya no son solo consideradas de interés sanitario, sino que suponen un problema de interés social, económico, político y de alcance global, de manera similar a otras afectaciones víricas de amplio espectro producidas por virus como el Ébola (Castillo-Chávez et al., 2015; Curtiss et al., 2020, Dobson et al., 2020). El minucioso estudio de la aparición, propagación y efectos del COVID-19, se hace imprescindible para comprender directamente las particularidades psicológicas ocasionadas por esta extensa afectación, que ha dejado al descubierto importantes debilidades a la hora de plantearse una intervención efectiva y optimizada, requiriendo una revisión de las políticas desde las que se aborden unas medidas preventivas adecuadas (Ornell, et al., 2020). Agravando el problema, la mentalidad y el bienestar interno de la población queda siempre en último lugar en los planes de intervención, orientando los recursos hacia la problemática biológica más que a la mental, contrariamente a los casos de desastres generados por otras causas, como por ejemplo atentados terroristas, accidentes con gran número de víctimas y catástrofes de importante magnitud, donde el despliegue en lo psicológico adquiere mayor calado social. La situación de sorpresa y una tardía respuesta a esta invasión vírica muestra la escasa capacidad global para proponer medidas eficaces al respecto, aun cuando entidades especializadas en atender situaciones de crisis han conseguido poner en marcha los dispositivos de ayuda necesarios, estos han sido insuficientes (Jewell et al., 2020; Rajkumar, 2020). La duración del servicio activo en sus dos primeras fases comenzó el 14 de marzo y terminó el 3 de mayo de 2020. La tercera fase de investigación se extiende desde el 24 de mayo de 2020 hasta la actualidad.

2. Justificación

Hemos podido comprobar que la situación de confinamiento ha producido cambios importantes a todos los niveles: económicos, sociales, de relación, familiares, laborales, psicológicos, etc. Nunca nos habíamos enfrentado a un momento como el actual, forzando la adaptación de personas, centros escolares, empresas y otras entidades, además de una disminución drástica de la actividad económica. Esto ocasiona que muchas de las conductas de la población sean disfuncionales. El confinamiento ha puesto a prueba la salud mental de toda la ciudadanía sirviendo de campo de abono a diferentes trastornos clínicos y subclínicos, reaccionando ante diversas situaciones de estrés (García-Murcia et al., 2020). La desaparición de rutinas y hábitos de vida, aportantes de seguridad y estabilidad psicológica, rompe con la realización personal a través del trabajo. El cese de la actividad creativa y de servicios, produce patrones anormales de sueño, higiene, cambios drásticos en la dieta, etc., al generar rápidamente un detrimento de la percepción de la calidad de vida y aumentando la percepción

de soledad (Luchetti et al., 2020). Se hace necesario, por tanto, una reflexión acerca de nuestra capacidad de adaptación y de respuesta a estas situaciones extraordinarias, especialmente analizando los posibles efectos psicológicos inmediatos (Odriozola-González et al., 2020).

El presente estudio supone un comienzo de análisis de algunas de las variables puestas en juego, en uno de los servicios de atención ciudadana de más rápida respuesta y de muy buena aceptación entre los afectados, que han sido atendidos a lo largo de todo el confinamiento por el Servicio de Atención Psicológica Telefónica (SAPT) puesto en marcha por el Colegio Oficial de la Psicología de Madrid, en la Comunidad de Madrid.

3. Objetivo

Con la intención de iniciar una nueva línea de investigación se pretendió determinar si existían diferencias entre hombres y mujeres en la práctica psicoterapéutica con el objetivo a largo plazo, más allá de esta investigación, de optimizar dichas intervenciones. Nos hemos centrado exclusivamente en buscar diferencias en los tiempos de intervención en función del sexo como base empírica a partir de los datos obtenidos en el SAPT.

3.1. Objetivo

Determinar si existen diferencias estadísticamente significativas en los tiempos de intervención en función del sexo por parte de los profesionales de la psicología del equipo del SAPT durante la cuarentena.

4. Marco teórico

4.1. Descripción del servicio

El SAPT se activó con el fin de cubrir las necesidades de la ciudadanía ante las consecuencias psicológicas derivadas del brote de COVID-19. Constaba de tres fases diferenciadas: una inicial de diseño del servicio (del 14 al 24 de marzo de 2020), la puesta en marcha propiamente dicha (del 27 marzo al 3 de mayo de 2020) y, finalmente, una de análisis y valoración de los resultados (desde el 25 de mayo de 2020 hasta la actualidad).

En la primera fase, de diez días de duración, se realizaron diferentes acciones para diseñar y la organizar el dispositivo. Mediante la coordinación con las instituciones implicadas, se decidió que sería un servicio de atención telefónica ininterrumpida 24 horas los siete días de la semana, dirigido a la población general de la Comunidad de Madrid. También se realizó la selección de profesionales, solicitando un perfil de Psicólogo Especialista en Psicología Clínica o Psicólogo Sanitario, ambos perfiles con formación y experiencia en crisis y emergencias. Del conjunto de profesionales inscritos, finalmente, participaron 597, que se organizaron en varios turnos se-

manuales de cuatro horas de duración, en función de su disponibilidad y las necesidades del servicio. Además, en esta primera fase, se elaboraron los protocolos de intervención en emergencias, en los que se definían las tareas de los psicólogos del servicio. Para ello, se consultó bibliografía actualizada y pertinente creada *ad hoc* para utilizarse en condiciones de pandemia y redactada por un equipo de la Universidad Complutense de Madrid (Larroy et al., 2020).

La segunda fase, que comenzó el 27 de marzo de 2020, consistió en la implementación del servicio. Para poder recibir asistencia psicológica, los ciudadanos debían contactar con un teléfono gratuito. Las llamadas eran recibidas en una plataforma online en la que se conectaban los 597 psicólogos intervinientes y los seis supervisores. Inicialmente se recibieron llamadas de personas afectadas por el confinamiento, que demandaban estrategias para gestionar el estrés y la rutina diaria. Sin embargo, con el paso de las semanas, aumentaron las llamadas de grupos más vulnerables: personas con psicopatología previa, sin recursos socioeconómicos, con discapacidad, mayores solos, niños o adultos conviviendo en hogares conflictivos, etc. Tal y como señalan en un estudio (Brooks et al., 2020), son estos grupos los que afrontan peor las consecuencias de la crisis. Otros grupos de riesgo fueron la población afectada por la enfermedad: enfermos y familiares de enfermos y fallecidos (Wang et al., 2020), y el personal sanitario. Debido a las necesidades de estos colectivos, también aumentó la duración de las llamadas, lo que nos llevó a implementar un sistema de seguimientos hasta que pudieran ser derivados a otros servicios de salud mental.

Finalmente, tras el cese del servicio el día 3 de mayo de 2020, se inició la fase de análisis de datos y valoración de los resultados, con el fin de poder evaluar el trabajo realizado y desarrollar posibles mejoras que pudieran ser de utilidad en el futuro.

4.2. Elementos descriptivos

Existen numerosas variables intervinientes en el escenario de pandemia que configuran los efectos psicológicos detectados por el SAPT, como por ejemplo el entusiasmo, el derrotismo, la desesperación, etc., todas ellas de difícil localización, de aún más difícil definición y evaluación, y que pueden fluctuar de forma indefinida en cualquier momento, estar o no estar con la intensidad suficiente e incluso escapar a la observación clínica. Sabemos que la división de todas las afectaciones psicológicas en dos grandes grupos abarca casi todas las situaciones detectadas: 1º Las derivadas directamente del escenario COVID-19 en todas sus fases. 2º Las derivadas o exacerbadas por variables inespecíficas que no pueden relacionarse, a priori, con variables derivadas del contexto COVID-19 (Balluerka-Lasa et al., 2020). Por simplificación práctica, solo mencionaremos directamente las más frecuentes.

4.2.1. EFECTOS PSICOLÓGICOS DE LA PANDEMIA

Retomando la comentada división de afecciones psicológicas producidas por la crisis, estas no pueden tomarse de forma estricta ni excluyente, debido a la permeabilidad que produce el propio relato del usuario, haciendo imposible determinar con exactitud los criterios diferenciales de forma exhaustiva. Esto supone una carga arbitraria importante desde la que el psicoterapeuta debe decidir. Las alteraciones de la conducta, que frecuentemente se acompañan de cambios emocionales importantes producidos en entornos de

convivencia confinada, con problemas añadidos de estrés por economía de supervivencia, por enfermedad o problemas sociales derivados directamente por contagios, pérdida de familiares y allegados, encierros en habitaciones por casos graves y estancias largas en Unidades de Cuidados Intensivos y otras urgencias hospitalarias por la cepa, podrían definir el primer tipo. Un segundo tipo, más complejo de catalogar, al no poder establecerse una identificación certera, ni los antecedentes conductuales, tales como preocupaciones reales o excesivas, miedos inespecíficos y a la posibilidad de contagio, depresión, indefensión, vulnerabilidad, malestar general, incertidumbre, etc. (Balluerka-Lasa et al., 2020). El conjunto de atenciones derivadas de estos problemas han sido las demandas más frecuentes en las que los terapeutas del SAPT han empleado su tiempo de intervención. En España, como en los demás países del mundo, la vulnerabilidad va unida a las consecuencias económicas producidas por la pandemia y la obligación de confinarse. La intervención nos ha permitido detectar las alteraciones más frecuentes vivenciadas por los usuarios en situación de confinamiento, el impacto psicológico observable por el profesional que asiste en las llamadas al teléfono habilitado y el comunicado por el usuario, directa e indirectamente.

4.2.2. SINTOMATOLOGÍA DETECTADA

A pesar de la importancia de la salud mental en nuestra sociedad, tras el reto en asistencia a los efectos del COVID-19, y dado que la mayoría de los países habían olvidado cómo hacer frente a una pandemia y especialmente a los efectos psicológicos producidos por la misma, no se ha podido ver una asistencia psicológica adecuada y rápida por las características propias del sorprendente contexto de infección (Serrano-Cumplido et al., 2020). Desde la aparición del fenómeno producido por el COVID-19, en China, a pesar de ser oficialmente el foco del problema, se han abierto plataformas de ayuda psicológica desde varias entidades gubernamentales, sin que hayan tenido un aprovechamiento adecuado, sobre todo por la falta de profesionales formados específicamente, afirmando que las intervenciones psicológicas no se han podido equiparar de forma equilibrada con las intervenciones de corte biológico (Duan et al., 2020). Siempre hemos reconocido que, en situaciones de urgencias, emergencias y catástrofes, las intervenciones más eficaces a nivel psicológico son las que se centran en los momentos vivenciados del usuario, facilitando la descarga y ventilación emocional, favoreciendo y normalizando así su estatus psicológico, buscando minimizar la posibilidad de cronificarse (Soto-Baño et al., 2020).

A nivel psicológico, el padecimiento sintomático ha resultado ser de amplio espectro. En algunos casos, los síntomas se agrupan para formar un conjunto de impacto común. La aparición de uno o más síntomas no excluye del padecimiento de otros ni se ve sujeto a rigideces descriptivas, encontrándonos ante una expresividad sintomática muy dinámica y de cambio constante. En la tabla 1 pueden verse algunas de las quejas más frecuentes que han sido abordables desde los tiempos empleados en cada intervención.

Tabla 1. Quejas y síntomas más frecuentes detectados en el SAPT

| Listado de quejas más frecuentes de usuarios de la línea telefónica |
|--|
| <ul style="list-style-type: none">• Cambios en hábitos de vida y conductas rutinarias• Malestar psicológico general• Dificultades de concentración• Dificultad para desconectar de las preocupaciones• Incertidumbre• Ataques de ansiedad• Preocupaciones excesivas y miedo al contagio• Evitación directa de los problemas• Depresión, indefensión y desesperanza• Sentimiento de culpa• Ideación autolítica• Miedo a la pérdida y al duelo• Sentimientos de soledad y aislamiento• Ira• Ansiedad sostenida• Ciclotimia a nivel subclínico• Delirios de persecución• Desrealización• Problemas sexuales• Menor capacidad para tomar decisiones y resolver problemas• Baja autoestima• Problemas físicos de salud• Policonsumo. Consumo y abuso de sustancias psicoactivas |

Fuente: Adaptado de Guía de Casos (Herráez-Collado et al., 2020).

4.2.3. EL SEXO COMO VARIABLE PSICOLÓGICA

Vivimos adheridos a una trama social en la que no tenemos ni principio ni final, y que es muy difícil de describir en términos psicológicos, donde todas las interacciones entre personas se influyen mutuamente generando cambios en los demás. Cuando comienza una interacción, en un primer momento, lo que destaca a simple vista y de forma segura y rápida es el sexo del otro. Casi inmediatamente entran en juego los estereotipos, esquemas cognitivos preestablecidos y otros filtros automáticos que modulan y dirigen la interacción. Se marca aquí una gran diferencia entre hombres y mujeres en tanto a convicciones sociales que facilitan o dificultan la interacción a partir de las expectativas y de la información recibida en el proceso de socialización, aglutinando información estereotipada y enmarcando roles en una esquematización de conocimiento en función del género. Se produce un efecto diferencial que se liga al contexto concreto de interacción y que proviene, en su esencia, de la trama social, es decir, se espera una cosa u otra en función del sexo y del contexto donde se va a desarrollar la interacción. En estas construcciones subjetivas compartidas incluimos la percepción de ayuda psicológica en un contexto de necesidad como, por ejemplo, en situaciones de terapia en consulta, en un servicio de urgencias o de apoyo psicológico como pueda ser un servicio telefónico de las

características descritas. En este caso, la primera percepción que inicia los procesos automáticos no sería visual sino auditiva pero igualmente rápida y clasificatoria (García-Calvente et al., 2010). Hemos de añadir, y se sobreentiende que el efecto biológico natural es sublimado en parte, que son los elementos culturales quienes definen los argumentos diferenciales y de funcionamiento social, también a través de la línea telefónica. Se forja así un entorno compartido profesional-usuario donde pueden generarse cambios perceptivos y de expectativas en la recepción de ayuda, en función de si el profesional es mujer u hombre, especialmente por la percepción social extendida, de que las mujeres muestran una mayor sensibilidad a problemáticas intensas. Estas afirmaciones pueden verse apoyadas por un estudio realizado por Galasso et al. (2020) desde el que, a partir de los datos recogidos en ocho países de la OCDE y una muestra de más de 21.000 personas, se detecta una mayor sensibilidad en la muestra de mujeres frente a los hombres, apoyando medidas contra lo que ellas consideran un grave problema de salud pública, concluyéndose en este estudio grandes diferencias en función del sexo. En un estudio realizado en varios países europeos con una muestra de 338 sujetos, de los que casi el 80% eran mujeres, las psicoterapeutas trataron a más pacientes por teléfono en demandas sobre el miedo al contagio que sus homólogos masculinos (Humer et al., 2020). Por otro lado, Rodríguez-Rey et al. (2020) concluyen en su estudio que la edad y el sexo soportan una mayor carga psicológica negativa mostrando una mayor vulnerabilidad de estos colectivos. En otro estudio sobre la prevalencia en depresión, las mujeres mostraron un mayor nivel de refuerzo obtenido desde el entorno ambiental, dedicando más tiempo a actividades relacionadas con la higiene y la salud que los hombres, lo cual disminuía los síntomas depresivos, apoyando los modelos de depresión con base conductual, mostrando en definitiva mayor sensibilidad al refuerzo (Ryba et al., 2012).

4.2.4. LA PSICOTERAPIA Y EL TELÉFONO

La intervención telefónica no es una práctica nacida en este seno pandémico. De todos es sabida la importancia que los seguidores de Rogers y otros líderes humanistas le daban al teléfono. Más cerca de los tiempos actuales, el teléfono se ha utilizado como soporte a la terapia convencional, e incluso como medio psicoterapéutico por sí mismo cuando las situaciones no permiten otro medio de comunicación. Vázquez et al. (2015) realizan un metaanálisis con el objetivo de determinar la eficiencia de las intervenciones telefónicas en trastornos del estado de ánimo, concluyendo que la utilidad de las intervenciones telefónicas supone una buena herramienta de trabajo. El desarrollo de nuevas formas tecnológicas de contacto verbal ha instaurado la teleasistencia como un medio más de trabajo entre profesionales. Videollamadas, llamadas desde el teléfono, etc., son utilizadas como forma de asistencia e intervención. Esto es lo que ha ocurrido en el periodo de confinamiento; determinadas entidades han puesto en marcha plataformas de comunicación de intervención regular muy eficaces las 24 horas. Estas disposiciones permiten la escucha activa sin necesidad de desplazamientos ni contactos directos, cuestión que ha facilitado la orientación y el autocuidado en la población confinada, además de cuidar los aspectos éticos, la calidez del encuentro, etc. (Moreno et al., 2020).

La intervención psicológica se formula bajo el supuesto de que el usuario que llama tiene la necesidad de ser atendido buscando su reequilibrio psicológico, permitiendo el trabajo directo del profesional sobre el problema específico implícito en la demanda. La intervención es eficaz, tanto en casos de gravedad, como en casos menos urgentes a los que se les aplican elementos preventivos y de control de cronificación.

En cuanto a la duración de las intervenciones, en un amplio abanico de estudios la investigación consultada por más de 37 artículos arroja resultados de extensión variable, y que no sigue un patrón concreto. Por ejemplo, siguiendo a Tobón et al., (2003), en la delimitación que hacen en su estudio, indican que han de ser unas 40 sesiones distribuidas en varias fases en atención a sujetos infectados por el VIH, pero no especifican el tiempo total de intervención en horas y minutos. Por otro lado, Bernaldo-de-Quirós-Aragón et al. (2013) revisan las intervenciones de corta, media y larga duración de una amplia muestra de 349 sujetos, indicando que las intervenciones cortas se apoyaban en un mínimo de cinco, las de duración media entre 11 y 18 y que las largas no tenían límite de sesiones, pero tampoco aportan datos precisos en horas y minutos.

Las intervenciones descritas en la literatura no reflejan medidas de tiempo en horas y minutos. En nuestro caso se trata de una medida fundamental, ya que existen intervenciones en crisis de muy corta duración medidas, necesariamente, en minutos.

En las intervenciones de ayuda psicológica a distancia a través de elementos tecnológicos, siempre se ha considerado el teléfono como un medio adicional, casi siempre orientado a la gestión de consultas, descripción de la demanda y consejo psicológico clásico, y aunque se ha utilizado para realizar la intervención propiamente dicha en el pasado de forma casi imperceptible, nunca hasta la irrupción del COVID-19 ha cobrado tanto protagonismo. El uso del teléfono desde el comienzo de la pandemia y, especialmente en situación de confinamiento, ha producido una explosión de uso como primera línea de trabajo y comunicación entre los afectados y los profesionales involucrados. El SAPT surge en este contexto global de infecciones, muertes y medidas extremas por coronavirus.

En la actualidad, el funcionamiento telemático está marcando hitos y acelerando pautas sobre para qué y cómo deben usarse las nuevas tecnologías en formatos asumibles como intervención o ayuda, proponiendo dilemas éticos y legales con mayor velocidad de lo esperado (Kotsopoulou et al., 2012). Si avanzamos un poco más allá, orientados a intereses que desbordan lo humanitario, o como en este caso, cuando los recursos de supervivencia se ven sobrepasados, la aceleración supone la creación y puesta en marcha de servicios enfocados hacia la atención de casos que demandan ayuda y orientación psicológica inmediata. Tales son los servicios telefónicos, que en todo el mundo han funcionado en asistencia pública en general. Siguiendo a Courtet et al. (2020) que investigan los efectos de una intervención inmediata, afirman que, a partir del retraso de la ayuda estándar directa a personas afectadas por el impacto psicológico de la pandemia, es preciso aportar el mayor apoyo posible a intervenciones en tiempo real a través de medios telemáticos y telefónicos, observándose efectos positivos paliando de forma significativa los efectos psíquicos perjudiciales. En otro estudio metaanalítico se destacan los efectos positivos en la ayuda telefónica a sanitarios implicados y afectados por el impacto de la pandemia y se concluye que existe un gran aumento de sintomatología subsindrómica exacerbada por la crisis vírica actual (Rajkumar, 2020). Por otro lado, al igual que muchos países afectados han asegurado el esfuerzo económico necesario para garantizar la asistencia telefónica o por videollamada, nuestro servicio se ha desarrollado produciendo los resultados positivos esperados. La investigación abarca situaciones tan dispares como las preocupaciones excesivas, brotes delirantes con tendencias persecutorias, soledad extrema de usuarios, etc. (Herráez-Collado et al., 2020). Se han observado efectos en importantes lacras sociales como en violencia de género en las que, dada su exacerbación por efectos del confinamiento, la intervención telefónica ha jugado un papel fundamental en la mejora psicológica de las mujeres afectadas

(Mazza et al., 2020). Un grupo de investigación de la Universidad de Salamanca se apoyó en una población de 9.038 sujetos y en las entrevistas telefónicas conseguidas; llegaron a la conclusión de que la utilización de la teleasistencia es prometedora en cualquier tipo de sintomatología psiquiátrica (Roncero et al., 2020). Un estudio iraní concluye que más de la mitad del país no tiene una formación básica en salud y cuando se trata de problemas psicológicos el problema es realmente grave. Estos investigadores llegan a la conclusión que las estrategias de ayuda telefónica y a distancia ayudarían a paliar este efecto adverso, especialmente en lo relativo a la pandemia (Shojaei et al., 2020). Por otro lado, un grupo de investigadores colombianos y suizos concluyen la necesidad de ampliar los servicios de intervención a distancia como el teléfono o internet a poblaciones vulnerables a los efectos psicológicos derivados de la pandemia y a los afectados previamente con cuadros complicados (Mesa-Vieira et al., 2020).

5. Intervenciones específicas en situaciones de crisis

A través de una revisión de los últimos estudios sobre intervención psicológica en crisis, situaciones de emergencia y catástrofes hemos podido constatar la importancia de este tipo de intervención, principalmente para la prevención y detección temprana de psicopatología.

Un artículo sobre intervención en crisis en pacientes hospitalizados destaca que este tipo de intervención puede ser fundamental para restituir la función de soporte y contención ante las experiencias desagradables asociadas al propio cuerpo. Además, también muestran su valor de modo preventivo cuando un paciente debe enfrentarse a una situación potencialmente traumática, de manera que la intervención en crisis permitiría que el paciente pueda explorar el significado emocional de la experiencia y estar mejor preparado para su impacto, sintiéndose más acompañado (Zalaquett et al., 2017).

Desde que se desencadenó la epidemia por el brote de coronavirus, se empezó a investigar sobre el impacto psicológico de la misma en personas afectadas tanto directa como indirectamente. En un estudio de Urzúa et al. (2020) se hace referencia a las indicaciones desde China incluyendo la intervención en crisis como una de las estrategias generales de prevención y control de epidemias, con el fin de reducir el daño psicológico asociado y promover la estabilidad social. A su vez ponen de manifiesto la necesidad de adaptación al uso de medios telemáticos para la asistencia psicológica, debido a las dificultades inherentes a la propia COVID-19 y las consecuentes medidas de seguridad.

Este tipo de situaciones, tal como refieren Soto-Baño et al. (2020), requieren de la actuación específica de psicólogos especializados en Psicología de Urgencias, Emergencias y Catástrofes, ante una amplia diversidad de síntomas (Herráez-Collado et al., 2020).

6. Marco metodológico

6.1. Introducción

En el marco de la intervención psicológica no presencial, entendida como ayuda a la población general afectada por el brote del COVID-19, nuestro equipo de investigadores ha abierto una línea de trabajo, cuyo sentido es el estudio de las variables más destacadas durante el proceso de atención telefónica a usuarios. En este caso, se comienza con el estudio de las variables tiempo de intervención y sexo de los profesionales de la psicología que intervienen en el SAPT de marzo a mayo de 2020. Entendemos que solo se utilizará el tiempo en minutos y la variable sexo como mujer/hombre. Esta investigación se circunscribe en el paradigma positivista con metodología hipotético-deductiva cuasiexperimental.

6.2. Problema

6.2.1. PROBLEMA

Dentro del set de variables que determinan la efectividad de la relación diádica, el sexo del profesional de la psicología puede ser una variable de interés en investigación. Igualmente, el tiempo de intervención es otra de las variables de estudio. Una gran parte de los profesionales en la intervención de este servicio fueron del sexo femenino, pero no sabemos si el tiempo de atención empleado es un factor diferencial mujer-hombre. Tampoco sabemos su incidencia sobre otras variables importantes como, por ejemplo, la adherencia al tratamiento, la efectividad, etc., cuestiones estas no debatidas en este estudio. Como comienzo se analizará el tiempo de intervención en función del sexo. Responder a la pregunta de investigación puede ser el principio de un estudio futuro más exhaustivo desde el que desgranar variables específicas diferenciales.

6.2.2. PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

¿Existen diferencias estadísticamente significativas en el tiempo de intervención dependiendo del sexo de los profesionales de la psicología intervinientes en el SAPT?

6.2.3. HIPÓTESIS

Existen diferencias estadísticamente significativas en los tiempos medios de intervención en función del sexo de los psicoterapeutas.

6.3. Diseño

6.3.1. TIPO, ENFOQUE Y FUENTES DE OBTENCIÓN DE DATOS

Se trata de un diseño simple de contraste de hipótesis a partir de las medias de tiempo, considerando el sexo de los profesionales de la psicología del SAPT.

Tenemos, por tanto, un diseño transversal cuantitativo fundamentado a partir de fuentes primarias con dos grupos. Observando la tabla 2, pueden apreciarse los detalles del diseño de investigación. Se trata de un diseño cuasiexperimental con solo post-test.

Tabla 2. Elementos básicos del diseño

| GRUPOS | ASIGNACIÓN | PRETEST | TRATAMIENTO | POSTEST |
|---------|------------|---------|-------------|---------|
| MUJERES | AZAR | NO | NO | TIEMPO |
| HOMBRES | AZAR | NO | NO | TIEMPO |

Fuente: Elaboración propia

Se toman dos grupos, mujeres/hombres, a partir de un muestreo aleatorio sobre el total de psicólogos intervinientes en el servicio, y se mide el tiempo de intervención medio de cada grupo.

6.3.2. POBLACIÓN Y MUESTRA

De los 597 profesionales de la psicología, con experiencia y formación específicas en intervenciones en situaciones de urgencias, emergencias y catástrofes, que han intervenido en el SAPT, se toman dos grupos al azar de 50 sujetos en cada uno, considerando la dicotomía mujer/hombre, con un total de 100 sujetos.

$N_{mujeres} = 50$ psicoterapeutas

$N_{hombres} = 50$ psicoterapeutas

6.3.3. VARIABLES E INSTRUMENTOS APLICADOS

En este estudio, se consideran dos variables:

V_1 : Sexo del profesional interviniente. Variable independiente organísmica o de estado. Variable dicotómica.

V_2 : Tiempo de intervención de los intervinientes. Variable dependiente. Variable interválica a partir de las medidas obtenidas automáticamente desde la plataforma del SAPT, del tiempo empleado por cada agente en las intervenciones.

6.3.4. PROCEDIMIENTO

Con el cese del servicio al terminar el estado de alarma en España, se recabaron los datos necesarios para comenzar el presente estudio de investigación. Se aplicaron los criterios de selección de muestras y las medidas de tiempo.

Los datos se recopilaban desde la plataforma del SAPT obteniéndose las muestras y, tras tabularse se realizaron los cálculos. Se aplicó la prueba de Kolmogorov-Smirnov para determinar si se cumplían los criterios de normalidad en las muestras. Tras esta comprobación, se realizó el contraste de hipótesis, siendo el estadístico adecuado para ello, dadas las condiciones del análisis, la prueba Razón Crítica. Posteriormente, se realizó el contraste a partir de la t de Student para asegurar el éxito estadístico del diseño.

6.3.5. ANÁLISIS DE DATOS

Para el análisis de los datos, utilizamos la aplicación Excel y el paquete estadístico SPSS versión 22. Se calculan los datos básicos y los estadísticos de comprobación y contraste.

6.3.6. RESULTADOS

A continuación, se muestran los elementos más relevantes del análisis de los datos. En la tabla 3, pueden apreciarse los datos más básicos necesarios para el contraste de hipótesis

6.2.8. ANÁLISIS DE DATOS

Para el análisis de los datos, utilizamos la aplicación Excel y el paquete estadístico SPSS versión 22. Se calculan los datos básicos y los estadísticos de comprobación y contraste.

6.2.9. RESULTADOS

A continuación, se muestran los elementos más relevantes del análisis de los datos. En la tabla 3, pueden apreciarse los datos más básicos necesarios para el contraste de hipótesis

Tabla 3. Estadísticos básicos

| | Media | Desviación típica | Varianza | Muestra |
|------------------|-------|-------------------|----------------------|---------|
| Femenina | 12,29 | 4,57 | 20,88 | 50 |
| Masculina | 5,56 | 4,58 | 20,97 | 50 |
| | | | Muestra total | 597 |

Fuente: Elaboración propia

En la prueba de normalidad aplicada de Kolmogorov-Smirnov, se rechaza la hipótesis alternativa y se acepta la hipótesis nula que afirma normalidad de las muestras ($p=0,05$).

Las varianzas empíricas son prácticamente iguales, por lo que actuamos bajo el supuesto de que las varianzas poblacionales también son iguales.

El estadístico de contraste adecuado es la Razón Crítica (RC), que arroja un valor empírico muy por encima del valor crítico correspondiente al nivel de significación de 0,005 a un nivel de confianza del 99,995%, por lo que la $RC_{crítica} < RC_{empírica}$, y por tanto, se rechaza la hipótesis nula aceptándose la alternativa.

Desde la prueba t de Student, se obtiene un resultado empírico muy por encima del valor crítico obtenido a partir de un nivel de significación del 0,005 y un nivel de confianza del 99,995% por lo que el $V_{crítico} < V_{empírico}$ resultado que obliga al rechazo de la hipótesis nula, aceptándose la hipótesis alternativa. Llegamos a la misma conclusión desde dos planteamientos estadísticos afines de gran potencia.

Finalmente, al rechazar la hipótesis nula que afirma la no diferencia entre las medias de las dos muestras, se acepta la hipótesis alternativa que supone que sí existen diferencias estadísticamente significativas entre el

tiempo medio de atención empleado por la muestra de psicoterapeutas femeninas, frente al tiempo medio de atención empleado por la muestra de psicoterapeutas masculinos.

7. Discusión

Como introducción a esta discusión, y considerando la situación española respecto a los efectos del COVID-19, nos preguntábamos si la capacidad de respuesta de la sociedad civil sería adecuada desde el punto de vista preventivo y si estaba en consonancia con otras pandemias debidas a virus muy agresivos. Observamos cómo existen ya consideraciones al respecto, aunque la novedad de un nuevo virus siempre suponga una sorpresa para los sistemas de salud. Esta cuestión es avalada por Castillo-Chávez et al. (2020) quienes, en su estudio, abordan el problema desde el peligroso contexto de propagación del virus Ébola. Esta es la razón por la que, tal como afirman Jewell et al. (2020), es necesaria una adecuada respuesta a nivel político, económico y social, y desde la que destacamos nuestra perspectiva de los efectos psicológicos negativos implicados. Por otro lado, tal como afirman García-Murcia et al. (2020), coincidimos con la importancia adaptativa que han supuesto, a todos los niveles, tanto el estado de alarma como la cuarentena, poniéndose a prueba la salud mental de muchos colectivos de profesionales, especialmente sanitarios, y de la población general, situación apoyada desde otros grupos de investigación que se destacan un aumento de la percepción de soledad y una disminución de la percepción de la calidad de vida (Luchetti et al., 2020), además de otros efectos psicológicos negativos igualmente importantes (Odriozola-González et al., 2020).

El SAPT fue una creación institucional de cara a satisfacer las necesidades ciudadanas respecto a los efectos del COVID-19 y de la cuarentena en la Comunidad de Madrid, adaptando los protocolos creados expresamente para su utilización en circunstancias de pandemia por autores relevantes españoles (Larroy et al., 2020), buscando con su aplicación el efecto positivo en una población de riesgo directo, de padecer algún tipo de alteración psicológica (Wang et al., 2020), siendo sobrepasados los límites de afectación poblacional atendiendo también en el SAPT casos con sintomatología previa exacerbada y grupos vulnerables (Brooks et al., 2020), en tanto que, las aportaciones de Balluerka-Lasa et al. (2020) apoyan nuestros hallazgos respecto de la sintomatología detectada durante el funcionamiento del servicio (Herráez-Collado et al., 2020).

En tanto a la intervención psicoterapéutica a través del teléfono, hemos encontrado una gran efectividad, siendo en nuestras manos un instrumento de alto impacto en el estado de ánimo de los usuarios, al igual que los resultados encontrados en el metaanálisis de Vázquez et al. (2015). La teleasistencia en esta pandemia ha tenido un gran desarrollo en general, creando espacios de trabajo y atención óptimos las 24 horas del día, telefónicamente en nuestro caso, pero a través de videollamadas en otras plataformas, pero en ambos casos sin necesidad de generar movimiento de usuarios hacia centros de consulta presencial (Moreno et al., 2020), debatiendo elementos legales y éticos (Kotsopoulou et al., 2012), especialmente centrados en la intervención temprana y su importancia, telefónica en el caso de esta pandemia (Courtet et al., 2020). Rajkumar (2020) destaca los efectos positivos de la intervención telefónica a sanitarios afectados, casos de violencia de género en situación de confinamiento (Mazza et al., 2020) y en general, la asistencia positiva a través del teléfono (Roncero et al., 2020; Shojaei et al., 2020; Mesa-Vieira et al., 2020; Herráez-Collado et al., 2020).

Respecto a la duración de las llamadas, no hemos encontrado bibliografía que plantee las intervenciones en horas y minutos, ni tampoco que realizaran una comparación entre psicoterapeutas hombres y mujeres respecto a los tiempos medios de intervención. Algunos autores delimitan la temporalidad en sesiones con duraciones estandarizadas, pero no acorde a nuestros intereses de medida (Tobón et al., 2003; Bernaldo-de-Quirós-Aragón et al., 2013).

Las intervenciones de primera ayuda psicológica inmediata han de ser atendidas por profesionales con formación y experiencia en psicología de emergencias (Soto-Baño et al., 2020), que delimitan, al igual que en nuestro caso, situaciones y sintomatología de amplio espectro (Herráiz-Collado et al., 2020; Urzúa et al., 2020) en consonancia con Zalaquett et al. (2017) que añaden la sensación de los afectados de verse atendidos, valorando de forma positiva la intervención a distancia a través de medios tecnológicos.

Respecto a la creencia específica de nuestro grupo de investigación de que las profesionales femeninas de la psicología que intervinieron en el SAPT fueron más eficaces, no es una cuestión a considerarse en esta investigación, por tanto, la tendencia a iniciar una nueva línea de investigación en este sentido comienza con la hipótesis de que las psicoterapeutas femeninas tienen un mayor tiempo medio de intervención. Esta hipótesis tiene como base una mayor sensibilidad, una mayor implicación en la ayuda a personas necesitadas y la puesta en marcha de estereotipos femeninos en este sentido por los usuarios del servicio telefónico, quienes las percibirían con mayor capacidad de ayudarles y más orientadas y dedicadas a actividades de higiene y salud, cuestiones avaladas por Ryba et al. (2012), García-Calvente et al. (2010), Galasso et al. (2020), nosotros, y siguiendo a Humer et al. (2020), mayor sensibilidad orientada muy especialmente con personas de complejidad social alta y dificultades añadidas, así como usuarios que informaron de miedo al contagio. La hipótesis alternativa, al ser aceptada, supone una nueva tendencia de trabajo para grupos de investigación dedicados, en parte o totalmente, a matizar las diferencias entre profesionales de la psicología mujeres y hombres, en un intento de optimizar las intervenciones y poniendo en juego el principio de discriminación positiva.

8. Conclusiones

Con base en el objetivo de la investigación, se concluye que existen diferencias estadísticamente significativas entre el tiempo de intervención de los profesionales de la psicología que asistieron en el servicio telefónico SAPT en función del sexo, siendo significativamente mayor en mujeres que en hombres.

9. Limitaciones

La principal limitación fue encontrar apoyo teórico y de investigación internacional con marcada especificidad, relacionado con la comparación de medias en las variables tiempo de intervención y sexo de los profesionales de la psicología intervinientes en nuestro servicio. Tras una exhaustiva búsqueda en las bases de datos más relevantes del momento, no se encontraron publicaciones sobre las diferencias entre los tiempos medios de

intervención en función del sexo de los profesionales de la psicología, medido en minutos, en servicios telefónicos de atención a afectados en la pandemia durante el confinamiento. Este trabajo tiene un carácter innovador *per se*.

10. Recomendaciones para posteriores investigaciones

Tras abrir una nueva línea de investigación acerca de las diferencias entre psicoterapeutas mujeres/hombres a través del estudio de las variables tiempo de intervención y sexo, podemos recomendar nuevas investigaciones con referencia: a. registrar datos fiables sobre la calidad general de las intervenciones, b. introducir la variable adherencia al tratamiento, c. introducir la variable técnicas más adecuadas en función de la demanda, d. considerar los elementos legales y éticos, e. describir diferentes contextos de aplicación de la intervención, f. establecer relaciones significativas entre las variables tiempo, sexo y las demás variables mencionadas.

11. Referencias

- Balluerka-Lasa, N., Gómez-Benito, J., Hidalgo-Montesinos, M. D., Gorostiaga-Manterola, A., Espada-Sánchez, P., Padilla-García, J. L. y Santed-Germán, M. A. (2020). *Las consecuencias psicológicas de la COVID-19 y el confinamiento*. Servicio de Publicaciones de la Universidad del País Vasco, Euskal Herriko Unibertsitateko Argitalpen Zerbitzua. <http://www.ehu.eus/argitalpenak>
- Bernaldo-de-Quirós-Aragón, M., Labrador-Encinas, F. J., Estupiñá-Puig, F. J. y Fernández-Arias, I. (2013). La duración de los tratamientos psicológicos: diferencias entre casos de corta, media y larga duración. *Universitas Psychologica*, 12(1), 21-30. <https://doi.org/10.11144/Javeriana.upsy12-1.dtpd>
- Brooks, S. K., Webster, R. K., Smith, L. E., Woodland, L., Wessely, S., Greenberg, N. & Rubin, G.J. (2020). The psychological impact of quarantine and how to reduce it: rapid review of the evidence. *The Lancet*, 395(10227) 912–920. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30460-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30460-8)
- Castillo-Chávez, C., Curtiss, R., Daszak, P., Levin, S., Patterson-Lomba, O., Perrings, C., Poste, G. and Towers, S. (2015). Beyond Ebola: Lessons to mitigate future pandemics. *The Lancet Global Health*, 3(7), e354-e355. [https://doi.org/10.1016/S2214-109X\(15\)00068-6](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(15)00068-6)
- Courtet, P., Olié, E., Debien, C. & Vaiva, G. (2020). Keep socially (but not physically) connected and carry on: preventing suicide in the age of COVID-19. *The journal of clinical psychiatry*, 81(3), 0-0. <https://doi.org/10.4088/JCP.20com13370>
- Dobson, A., Pimm, S., Hannah, L., Kaufman, L., Ahumada, J., Ando, A., Bernstein, A., Busch, J., Daszak, P., Engelmann, J., Kinnaird, M., Li, B., Loch-Temzelides, T., Lovejoy, T., Nowak, K., Roehrdanz, P. & Vale, M. (2020). Ecology and economics for pandemic prevention. *Science*, 369(6502), 379-381. <https://doi.org/10.1126/science.abc3189>
- Duan, L. & Zhu, G. (2020). Psychological interventions for people affected by the COVID-19 epidemic. *The Lancet Psychiatry*,

7(4), 300-302. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(20\)30073-0](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(20)30073-0)

- Galasso, V., Pons, V., Profeta, P., Becher, M., Brouard, S. & Foucault, M. (2020). *Gender Differences in COVID-19 Related Attitudes and Behavior: Evidence from a Panel Survey in Eight OECD Countries*. NBER Working Paper No. 27359. Issued in June (2020). NBER Program(s): Health Economics, Political Economy. <https://doi.org/10.3386/w27359>
- García-Calvente, M., Río-Lozano, M., Castaño-López, E., Mateo-Rodríguez, I., Maroto-Navarro, G. e Hidalgo-Ruzzante. (2010). *Gaceta Sanitaria*, 24(4), 293-302. <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2010.02.011>
- García-Murcia, J., Rodríguez-Cardo & Álvarez-Alonso, D. (2020). Covid-19 and Labour Law Measures in Spain: Emergency Rules to deal with a Health, Economic and Employment Crisis. *Italian Labour Law e-Journal*, 13(1), 141-160. <https://doi.org/10.6092/issn.1561-8048/11106>
- Herráez-Collado, E., (coord.), Álvarez-Aparicio, A. I., Fernández-Márquez, L., Pereira-Dávila, M., Puerta-López, P., Sánchez-Torras, P., Sotelo-Martín, J. A., Soto-Baño, M. A. y Verdugo-Martínez, A. (2020). *Guía de Casos. Intervención psicológica ante la situación derivada del brote de coronavirus COVID-19*. Colegio Oficial de la Psicología de Madrid.
- Humer, E., Pieh, C., Kuska, M., Barke, A., Doering, B.K., Gossmann, K., Trnka, R., Meier, Z., Kascakova, N., Tavel, P. & Probst, T. Provision of Psychotherapy during the COVID-19 Pandemic among Czech, German and Slovak Psychotherapists. *International Journal of Environmental Research Public Health*, 17(13), 4811. <https://doi.org/10.3390/ijerph17134811>
- Jewell, P., Lewnard, J., & Jewell, B. (2020). Caution Warranted: Using the Institute for Health Metrics and Evaluation Model for Predicting the Course of the COVID-19 Pandemic. *Anal of Internal Medicine*, 173(3), 226-227. <https://doi.org/10.7326/M20-1565>
- Kotsopoulou, A., Melis, A., Koutsompou, V. I., & Karasarlidou, C. (2015). E-therapy: The Ethics Behind the Process. *Procedia Computer Science*, 65, 492-499. <https://doi.org/10.1016/j.procs.2015.09.120>
- Larroy, C., Estupiñá, F., Fernández-Árias, I., Hervás, G., Valiente, C., Gómez, M., Crespo, M., Rojo, N., Roldán, L., Vázquez, C., Ayuela, D., Lozano, B., Martínez-Bernardo, A., Pousada, C., Gómez, A., Asenjo, M., Rodrigo, J. J., Vallejo, M., Sanz, M., Martos, L., González del Valle, S., Antón, A., Jiménez, A., de Miguel, A., Abarca, B., De la Torre, M. y Pardo, R. (2020). *Guía para el abordaje no presencial de las consecuencias psicológicas del brote epidémico*. Colegio Oficial de la Psicología de Madrid. Equipos de la Clínica Universitaria de Psicología de la Universidad Complutense de Madrid. PsiCall. Departamento de Psicología Clínica de la Universidad Complutense de Madrid. Versión 1.0. Madrid
- Luchetti, M., Lee, J. H., Aschwanden, D., Sesker, A., Strickhouser, J. E., Terracciano, A., & Sutin, A. R. (2020). The trajectory of loneliness in response to COVID-19. *American Psychologist*. <http://dx.doi.org/10.1037/amp0000690>
- Mazza, M., Marano, G., Lai, C., Janiria, L. & Sania, G. (2020). Danger in danger: Interpersonal violence during COVID-19 quarantine. *Psychiatry Research*, 289, 113046. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.113046>
- Mesa-Vieira, C., Franco, O. H., Gómez-Restrepo, C. & Abela, T. (2020). COVID-19: The forgotten priorities of the pandemic. *Maturitas*, 136, 38-41. <https://doi.org/10.1016/j.maturitas.2020.04.004>
- Moreno, G. y Porras, D. (2020). Las tecnologías de la información y comunicación en psicoterapia en COVID-19. *Hamut'ay*, 7 (2), 5863. <http://dx.doi.org/10.21503/hamu.v7i2.2133>
- Odrizola-González, P., Planchuelo-Gómez, Á., Iruñia-Muñiz, M. J. & de Luis-García, R. (2020). *Psychological symptoms of the outbreak of the COVID-19 crisis and confinement in the population of Spain*. <https://doi.org/10.31234/osf.io/mq4fg>
- Ornell, F., Schuch, J., Sordi, A. & Kessler, F. (2020). "Pandemic fear" and COVID-19: mental health burden and strategies. *Brazilian Journal of Psychiatry*, 42(3), 232-235. <http://dx.doi.org/10.1590/1516-4446-2020-0008>

- Poletti, B., Tagini, S., Brugnera, A., Parolin, L., Pievani, L., Ferrucci, R., Compare, A. & Silani, V. (2020). Telepsychotherapy: a leaflet for psychotherapists in the age of COVID-19. A review of the evidence. *Counselling Psychology Quarterly*, 1-16. <https://doi.org/10.1080/09515070.2020.1769557>
- Rajkumar, R. P. (2020). COVID-19 and mental health: A review of the existing literature. *Asian Journal of Psychiatry*, 52, 102066. <https://doi.org/10.1016/j.ajp.2020.102066>
- Rodríguez-Rey, R., Garrido-Hernansaiz, H. & Collado, S. (2020). Psychological impact of COVID-19 in Spain: Early data report. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 12(5), 550-552. <http://dx.doi.org/10.1037/tra0000943>
- Roncero, C., García-Ullán, Ll., De la Iglesia-Larrada, J. I., Martín, C., Andrés, P., Ojeda, A., González-Parra, D., Pérez, J., Fombellida, C., Álvarez-Navaresa, A., Benito, J. A., Dutil, V., Lorenzo, A. & Montejo, A. L. (2020). The response of the mental health network of the Salamanca area to the COVID-19 pandemic: The role of the telemedicine. *Psychiatry Research*, 291, 113252. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.113252>
- Ryba, M. M. & Hopko, D. R. (2012). Gender Differences in Depression: Assessing Mediation. *Depression Research and Treatment*, 2012, 1-9. <https://doi.org/10.1155/2012/865679>
- Serrano-Cumplido, A., Antón-Eguía Ortega, P. B., Ruiz García, A., Olmo-Quintana, V., A. Segura-Fragoso, A., Barquilla-García, A. y Morán-Bayón, A. (2020). COVID-19. La historia se repite y seguimos tropezando con la misma piedra. *Medicina de Familia, Semergen*, 46(1), 48-54. <https://doi.org/10.1016/j.semerg.2020.06.008>
- Shojaei, S. F. & Roya Masoumi, R. (2020). The Importance of Mental Health Training for Psychologists in COVID-19 Outbreak. *Middle East J Rehabil Health Stud*, 7(2), e102846. <https://doi.org/10.5812/mejrh.102846>
- Soto-Baño, M. A. y Clemente-Suárez, V. J. (2020). Psicología de emergencias en España: Delimitación conceptual, ámbitos de actuación y propuesta de un sistema asistencial. *Papeles del Psicólogo*, 42(1), 56. <https://doi.org/10.23923/pap.psicol2020.2939>
- Tobón, S. y Vinaccia, S. (2003). Modelo de intervención psicológica en el VIH/sida. *Psicología y Salud*, 13(2). <https://doi.org/10.25009/pys.v13i2.888>
- Urzúa, A., Vera-Villaruel, P., Caqueo-Úrizar, A. y Polanco-Carrasco, R. (2020). La Psicología en la prevención y manejo del COVID-19. Aportes desde la evidencia inicial. *Terapia psicológica*, 38(1), 103-118. <https://dx.doi.org/10.4067/S0718-48082020000100103>
- Vázquez, F., Torres, A., Blanco, V., Otero, P. y Hermida, E. (2015). Intervenciones psicológicas administradas por teléfono para la depresión: una revisión sistemática y metaanálisis. *Revista Iberoamericana de Psicología y Salud*, 6(1), 39-52. [https://doi.org/10.1016/S2171-2069\(15\)70005-0](https://doi.org/10.1016/S2171-2069(15)70005-0)
- Wang, C., Pan, R., Wan, X., Tan, Y., Xu, L., Cyrus S. Ho, C.S. & 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), 1729. <https://doi.org/10.3390/ijerph17051729>
- Zalaquett, P. y Muñoz, E. (2017). Intervención en crisis para pacientes hospitalizados. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 28(6), 835-840. <https://doi.org/10.1016/j.rmclc.2017.11.008>