

**DATOS ESTADÍSTICOS DE ATENCIÓN
PSICOLÓGICA TELEFÓNICA
(ESTADO DE ALARMA POR COVID-19)**



Dña. Dolores Cañossantos Escalante Ojeda¹

D. Antonio Cabrera Rada²

¹ Decana de Colegio Oficial de la Psicología de Ceuta (COPCE).

² Miembro del GIPEC-Ceuta (Grupo de Intervención Psicológica en Emergencias y Catástrofes).

Agradecimientos

•
Nuestro agradecimiento a la Consejería de Sanidad de la Ciudad Autónoma de Ceuta que ha compartido la importancia de la atención psicológica en estos momentos tan difíciles financiando el servicio.

Para hacerlo posible han contribuido los Colegios Oficiales de Psicología de Alava, Aragón, Andalucía Oriental, Andalucía Occidental, Baleares, Bizcaia, Castilla-La Mancha, Cantabria, Cataluña, Extermadura, Galicia, Gran Canarias, La Rioja, Madrid, Melilla, Murcia, Navarra, Tenerife y Valencia.

A todos ellos queremos agradecerles su colaboración.

Resumen

INTRODUCCIÓN: la actual pandemia por coronavirus (COVID-19) causa dolor por las muertes y temor al contagio en la población, pero también confina a las personas privándoles de libertades individuales, modificando su *modus vivendi* y dibujándoles un panorama coyuntural muy adverso a corto y medio plazo. Los estudios analizados coinciden en advertir de la aparición de sintomatología psicopatológica, que puede

dilatarse en el tiempo, ante el fuerte impacto emocional causado por este tipo de situaciones. Así como resaltan la conveniencia de proporcionar atención psicológica temprana a la población para minimizar los efectos adversos de la pandemia, prevenir futuros trastornos y mejorar la calidad de vida de las personas afectadas o necesitadas.

OBJETIVO: explorar la demanda de los servicios psicológicos de atención telefónica en España durante el estado de alarma por COVID-19, e identificar posibles factores explicativos de las diferencias en la demanda halladas entre las diferentes regiones.

MÉTODO: muestreo intencional por conveniencia con 21 Colegios Oficiales de la Psicología participantes, que registraron las llamadas de atención telefónica durante el servicio activado. Diseño cuantitativo, transversal y cuasi-experimental. Metodología analítica y participativa de encuesta durante el período comprendido entre el 14 de marzo (inicio del estado de alarma) y el 30 de abril (previa a la fase 1 de la desescalada). Se realizan análisis descriptivos y comparativos de las variables medidas.

RESULTADOS: los territorios más demandados de atención psicológica telefónica fueron Melilla, Lanzarote, Gran Canaria, Tenerife y Navarra. En puestos intermedios, Madrid, Ceuta, Castilla La Mancha, Valencia y Murcia. Y en puestos inferiores Baleares, Cantabria, Fuerteventura, Galicia y Andalucía. No existen diferencias en la demanda debidas al carácter geográfico ni económico de las comunidades analizadas.

CONCLUSIONES: aunque la demanda de atención psicológica no depende de la geografía ni economía de los territorios, los primeros puestos fueron ocupados casi exclusivamente por comunidades extra peninsulares

PALABRAS CLAVE: coronavirus, pandemia, efectos psicológicos, atención telefónica, demanda social.

Abstract

INTRODUCTION: the current coronavirus pandemic (COVID-19) causes pain for deaths and fear of contagion in the population, but also confines people depriving them of individual liberties, modifying their modus vivendi and drawing a very adverse conjunctural panorama in the short and medium term. The studies analyzed coincide

in warning of the appearance of psychopathological symptoms, which can last over time, given the strong emotional impact caused by this type of situation. As well as highlighting the convenience of providing early psychological care to the population to minimize the adverse effects of the pandemic, prevent future disorders and improve the quality of life of people affected or in need.

OBJECTIVE: to explore the demand for psychological telephone attention services in Spain during the COVID-19 alarm state, and to identify possible explanatory factors for the differences in demand found between the different regions.

METHOD: Intentional convenience sampling with 21 Official colleges of psychology participating, who recorded telephone attention calls during activated service. Quantitative, transversal and quasi-experimental design. Analytical and participatory survey methodology during the period between March 14 (start of the alarm state) and April 30 (prior to phase 1 of the de-escalation). Descriptive and comparative analyzes of the measured variables are performed.

RESULTS: the most demanded territories of psychological telephone attention were Melilla, Lanzarote, Gran Canaria, Tenerife and Navarra. In intermediate positions, Madrid, Ceuta, Castilla La Mancha, Valencia and Murcia. And in lower positions in the Balearic Islands, Cantabria, Fuerteventura, Galicia and Andalusia. There are no differences in demand due to the geographic or economic nature of the analyzed communities.

CONCLUSIONS: although the demand for psychological care does not depend on the geography or economy of the territories, the top positions were occupied almost exclusively by extra-peninsular communities.

KEYWORDS: coronavirus, pandemic, psychological effects, telephone attention, social demand.

1. Introducción

Desde la más remota antigüedad abundan los casos de grandes pandemias que, por su alta mortalidad, obligaron a millones de personas al aislamiento (a veces extremo y letal), así como a pueblos, ciudades y naciones al acordonamiento. Basten recordar las recopiladas por Lázaro (2020): la peste del siglo III; la plaga justiniana (542 d.C.);

la peste negra (1347 a 1350); la viruela, lepra, sífilis o fiebres exportadas a América por los conquistadores europeos (s. XVI al XVIII), el cólera en España (1843 y 1854), la poliomielitis (1887), la gripe española (1918 a 1920) o las recientes epidemias de SIDA (años 80-90 del s. XX) y de neumonía asiática (2003). Así pues, por experiencia asficial, existe una marcada conciencia colectiva sobre el riesgo individual y la capacidad de merma poblacional que poseen estas enfermedades de transmisión. La actual pandemia por coronavirus (COVID-19) no iba a ser menos: además de causar gran temor por su facilidad de contagio y un profundo dolor a los familiares y allegados de los numerosos fallecidos, ha recluso obligatoriamente a las personas en sus casas bajo el cordón sanitario, privándoles así de la libertad de movimiento, despojándoles de su habitual *modus vivendi* y proyectándoles la sombra de una nueva y profunda crisis económica a corto y medio plazo.

Ante tal panorama, como constatan diversos estudios, son multitud quienes se ven afectados/as psicológicamente por la situación de confinamiento, bien por inactividad física, limitaciones de espacio, problemas de convivencia, desacondicionamientos de comidas y descansos; bien por dificultades económicas derivadas del aislamiento social y la imposibilidad de trabajar (Mera, Tabares, Montoya, Muñoz y Monsalve, 2020; Vall, 2020) o bien por sus propios temores, preocupaciones y vulnerabilidades (Arcas, 2020, citado en Mancebo y Fernández, 2020). Pero además, como se refleja en un reciente estudio de la Universidad Complutense, los síntomas de las afecciones mentales "podrían perdurar meses o años" ante el impacto socioemocional provocado por la pandemia. Entre ellos destacan: insomnio, ansiedad, depresión y estrés postraumático, con un riesgo medio o alto de padecerlos del 69,8%, 57,6%, 37,7% y 44,5% respectivamente; como también pueden aparecer síntomas intrusivos de alerta y angustia fisiológica (Rodríguez, Antino, Ruiz-Zorrilla y Sanz-Vergel, 2020). De otro lado, según un metanálisis publicado recientemente por The Lancet (citado en Vall, 2020), realizado durante los estados de confinamiento de las pandemias de 2008 y 2010, se añaden a los antedichos síntomas estados de confusión e irritabilidad (más probable entre el personal sanitario, con significativa disminución de su rendimiento laboral), estrés postraumático en niños (con un riesgo cuatro veces mayor de padecerlo que los menores no confinados) y se insiste en la mayor probabilidad de padecer estrés, ansiedad y/o depresión en personas más vulnerables, con menores recursos y más aisladas socialmente.

2. Justificación

El Colegio Oficial de la Psicología de Ceuta (en adelante COPCE) emprende el presente estudio ante la oportunidad de explorar la cantidad y cualidad de la demanda ciudadana sobre los servicios psicológicos de atención telefónica activados en España durante el actual estado de alarma. Gracias a la colaboración de la mayoría de los colegios oficiales del país, se han registrado las llamadas recibidas en cada comunidad autónoma, región o provincia. Las motivaciones iniciales se centraron en constatar, en base a los datos aportados, la existencia de una demanda social de estos servicios en situaciones de emergencia, así como sustentar la necesidad de su continuidad tras el estado de alarma, al menos en aquellos lugares cuyas peculiaridades (geográficas, sociales, culturales o económicas) resultan más desfavorables y, por consiguiente, su población (más vulnerable) presenta un mayor riesgo de padecer problemas psicológicos a lo largo de las sucesivas fases de la pandemia. Con ello se pretende aportar datos que puedan ayudar a dirigir acciones y optimizar recursos para la mejora de la salud mental de la ciudadanía en estos momentos, pues todos los estudios analizados apuntan hacia los beneficios de la atención psicológica temprana para la prevención de futuros trastornos psicológicos, con el ahorro en costes personales y sanitarios que ello conlleva.

3. Objetivos

3.1. Generales

- ⊕ Explorar la demanda de los servicios psicológicos de atención telefónica en España durante el estado de alarma por COVID-19.
- ⊕ Identificar posibles factores explicativos de las diferencias en la demanda halladas entre las diferentes regiones.

3.2. Específicos

- ⊕ Realizar un análisis descriptivo de las distintas variables analizadas (tamaño de población, horas de servicio y llamadas atendidas).
- ⊕ Establecer un ranking de las tasas de llamadas entre comunidades, regiones o provincias.
- ⊕ Determinar la significación de las diferencias halladas entre distintas comunidades en dicho ranking por su situación geográfica y por el estatus económico de la comunidad.

4. Procedimiento

4.1. Participantes y muestreo

Mediante un muestreo intencional por conveniencia, se ha contado con los registros de llamadas de 21 Colegios Oficiales de la Psicología³ de España (en adelante COPs), repartidos por toda España, los cuales participaron voluntariamente en el estudio. La población inicial de referencia estaba compuesta por todos los COPs del país y el criterio de inclusión, disponer actualizadamente de los datos que se precisaban desde el comienzo hasta el final del servicio de atención telefónica (tablas 1 y 2).

4.2. Variables

- Comunidad con servicio de atención telefónica (cualitativa nominal): sus categorías están formadas por los 21 COPs. En algunos casos de comunidades autónomas enteras, pero en otros de regiones o provincias a las que atienden.
- Tipo de comunidad por su situación geográfica (cualitativa nominal): hablamos de territorios peninsulares y extrapeninsulares o insulares (tabla 6).

³ En adelante COPs. Inicialmente eran 23 COP, pero finalmente se descolgaron del estudio Asturias y castilla-León.

- Tipo de comunidad por su situación económica (cualitativa ordinal): hablamos de niveles bajos, medio-bajos, medio-altos y altos, en función del porcentaje logrado de la renta per cápita media del país (figura 7).
- Tamaño de población (cuantitativa discreta): número de habitantes censados en cada territorio atendido por los COPs participantes.
- Horas totales del servicio (cuantitativa continua): se obtiene multiplicando los días del servicio por las horas diarias de cada uno de los COPs.
- Llamadas telefónicas totales (cuantitativa continua): sólo se incluyeron las recibidas y atendidas (se excluyeron los datos relativos a llamadas no atendidas, emitidas y videollamadas).
- Tasa de llamadas 1 (cuantitativa continua): número de llamadas por cada mil habitantes.
- Tasa de llamadas 2 (cuantitativa continua): número de llamadas por cada mil habitantes y quince días de servicio.
- Tasa de llamadas 3 (cuantitativa continua): número de llamadas por cada mil habitantes, quince días de servicio y 8 horas diarias de actividad.

4.3. Metodología

Se trata de un diseño cuantitativo, transversal y cuasi-experimental, donde se usó una metodología analítica y participativa de encuesta durante el período comprendido entre el 14 de marzo (inicio del estado de alarma) y el 30 de abril (previa a la fase 1 de la desescalada), aunque algunos COPs proporcionaron datos de los días posteriores a esta última fecha. Para unificar las diferencias en el tamaño de población, número de días y horas diarias de cada COP, se estandarizó la unidad de medida hasta lograr la tasa 3, que resultó ser la principal variable del estudio descriptivo y la variable dependiente o criterio en los análisis inferenciales comparativos.

4.4. Análisis de datos

4.4.1. Descriptivo

Mediante el programa estadístico SPSS, versión 22.0, se obtuvieron los principales índices de tendencia central y variabilidad de los factores analizados (tabla 3). Por otro lado, se tabularon, ordenaron y graficaron los datos de las llamadas para facilitar su posterior lectura e interpretación.

4.4.2. Comparativo

Usando el mismo programa, se procedió a comprobar las hipótesis de que los COP insulares presentarían una mayor tasa media de llamadas que los peninsulares y que ésta diferiría en función del estatus económico de la comunidad a la que se atiende. Para ello, se aplican, respectivamente, sendos contrastes de medias a través de las pruebas paramétricas t de Student y ANOVA para grupos independientes, en el caso de cumplimiento de los requisitos de normalidad (prueba de Shapiro-Wilks para $n < 50$) y de homogeneidad de varianzas (estadístico F de Levene). O bien, en caso de incumplimiento, se aplican sus versiones no paramétricas U de Mann-Whitney y H de Kuskal-Wallis. Para todos los contrastes realizados, se fijó un nivel de significación del 5% ($\alpha = 0,05$).

5. Resultados

5.1. Matriz de datos

Tabla 1. *Datos peninsulares actualizados (por defecto) hasta el 30/04/2020.*

COP (Datos por comunidades o provincias)	Población total	Fecha de inicio del servicio	Días del servicio	Horas diarias	Horas totales (días x horas)	Llamadas totales atendidas	Llamadas/mil habitantes (tasa 1)	Llamadas/ mil hab/ 15días (tasa 2)	Llamadas/ mil hab/ 15días/ 8h (tasa 3)
Andalucía ⁴	8.427.000	02/04	38	11,50	437	415	0,05	0,02	0,01
Aragón ⁵	968.000	23/03	40	12	480	1.073	1,11	0,42	0,28
Asturias	1.022.000	06/04	26	-----	-----	-----	-----	-----	-----
Cantabria	600.000	24/03	39	12	468	108	0,18	0,07	0,05
Castilla-León.	2.402.877	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----
Castilla La Mancha	2.035.000	17/03	46	8	368	900	0,44	0,14	0,14
Cataluña	7.566.000	20/03	41	12	492	2520	0,33	0,12	0,08
Comunidad de Madrid ⁴	6.642.000	27/03	38	24	912	7.655 ⁶	1,15	0,45	0,15
Com. Foral de Navarra	649.000	23/03	40	12	480	760	1,17	0,44	0,29
Comunidad Valenciana	2.541.000	20/03	43	11	473	1040	0,41	0,14	0,11
Euskadi (Bizcaia)	1.137.000	20/03	30 ⁷	8	240	458	0,40	0,20	0,20
Euskadi (Álava) ⁸	327.682	26/03	42	12	504	302	0,92	0,33	0,22
Extremadura	1.065.000	17/03	51	12	612	485	0,46	0,14	0,09
Galicia ⁹	2.700.000	06/04	31	24	744	556	0,21	0,10	0,03
La Rioja	315.675	18/03	45	12	540	319	1,01	0,34	0,23
Región de Murcia	1.488.000	28/03	34	13	442	550	0,37	0,16	0,10

⁴ Datos actualizados hasta el 10/05/2020. Las horas diarias es una media entre las 16 horas destinadas a intervinientes y las 7 horas dedicadas a las familias.

⁵ Datos actualizados hasta el 05/05/2020.

⁶ Sólo se incluyen las llamadas recibidas, no las emitidas (éstas son 2797).

⁷ Servicio activo sólo de lunes a viernes.

⁸ Datos actualizados hasta el 06/05/2020.

⁹ Datos actualizados hasta el 06/05/2020.

Tabla 2. Datos insulares actualizados (por defecto) hasta el 30/04/2020.

COP (datos por comunidades o provincias)	Población total	Fecha de inicio del servicio	Días del servicio	Horas diarias	Horas totales (días X horas)	Llamadas totales atendidas	Llamadas/mil habitantes (tasa 1)	Llamadas/ mil hab/ 15días (tasa 2)	Llamadas/ mil hab/ 15días/ 8h (tasa 3)
Baleares	1.188.000	30/03	33	24	792	502	0,42	0,19	0,06
Fuerteventura	122.629	19/03	43	12	516	28	0,23	0,08	0,05
Gran Canaria	865.756	18/03	44	11	484	2000 ¹⁰	2,31	0,78	0,57
Lanzarote ¹¹	150.998	19/03	46	12	552	424	2,80	0,91	0,61
Tenerife	949.471	19/03	29	12	348	827	0,87	0,45	0,30
Ceuta	84.820	06/04	25	8	200	20	0,24	0,14	0,14
Melilla (llamadas) ¹²	84.689	27/03	36	12	432	255	3,01	1,25	0,83
Melilla (videoconferencias)	84.689	27/03	36	12	432	160	-----	-----	-----

¹⁰ Dato aproximado (aportado por el COP de Gran Canaria).

¹¹ Datos actualizados hasta el 03/05/2020.

¹² Sólo se incluyen en los gráficos los datos relativos a las llamadas telefónicas (se excluyen las videoconferencias).

5.2. Análisis descriptivo (tablas)

5.2.1. Índices estadísticos

Tabla 3. Índices de tendencia central y variabilidad.

		Población	Número de llamadas	Días de servicio	Horas diarias	Horas totales	Llamadas Tasa 1	Llamadas Tasa 2	Llamadas Tasa 3
N	Válido	23	21	22	21	21	21	21	21
	Perdidos	0	2	1	2	2	2	2	2
Media		1884025,956	1006,0952	37,7727	13,2857	502,0476	0,8610	0,3276	0,2167
Mediana		1022000,000	502,0000	39,5000	12,0000	480,0000	0,4400	0,1900	0,1400
Moda		-----	20,00 ^a	29,00 ^a	12,00	480,00	0,04 ^a	0,14	0,05 ^a
Desviación estándar		2384822,140 5	1641,2809	7,2304	4,8181	164,59966	0,8532	0,3131	0,2124
Mínimo		84689,00	20,00	25,00	8,00	200,00	0,05	0,02	0,01
Máximo		8427000,00	7655,00	51,00	24,00	912,00	3,01	1,25	0,83
Percentiles	25	327682,0000	310,5000	30,7500	11,5000	437,0000	0,2850	0,1300	0,0700
	50	1022000,000	502,0000	39,5000	12,0000	480,0000	0,4400	0,1900	0,1400
	75	2402877,000	970,0000	43,2500	12,5000	546,0000	1,1300	0,4450	0,2850

a. Existen múltiples modas. Se muestra el valor más pequeño.

5.2.2. Ordenación de los datos por tasas de llamadas

Tabla 4. Rankin o posición relativa.

Puesto	COP	Tasa 1	COP	Tasa 2	COP	Tasa 3
1º	Melilla	3,01	Melilla	0,83	Melilla	0,83
2º	Lanzarote	2,80	Lanzarote	0,61	Lanzarote	0,61
3º	Gran Canaria	2,31	Gran Canaria	0,57	Gran Canaria	0,57
4º	C. Foral de Navarra	1,17	C. de Madrid	0,45	Tenerife	0,30
5º	C. de Madrid	1,15	C. Foral de Navarra	0,44	C.Foral de Navarra	0,29
6º	Aragón	1,11	Aragón	0,42	Aragón	0,28
7º	La Rioja	1,01	La Rioja	0,34	La Rioja	0,23
8º	Álava	0,92	Álava	0,33	Álava	0,22
9º	Tenerife	0,87	Tenerife	0,30	Bizcaia	0,20
10º	Extremadura	0,46	Bizcaia	0,20	C. de Madrid	0,15
11º	Castilla L.M.	0,44	Región de Murcia	0,16	Castilla L.M.	0,14
12º	Baleares	0,42	Ceuta	0,14	Ceuta	0,14
13º	C. Valenciana	0,41	Castilla La Mancha	0,14	C. Valenciana	0,11
14º	Bizcaia	0,40	C. Valenciana	0,14	Región de Murcia	0,10
15º	Región de Murcia	0,37	Extremadura	0,14	Extremadura	0,09
16º	Cataluña	0,33	Cataluña	0,12	Calaluña	0,08
17º	Ceuta	0,24	Galicia	0,10	Baleares	0,06
18º	Fuerteventura	0,23	Cantabria	0,07	Cantabria	0,05
19º	Galicia	0,21	Baleares	0,06	Fuerteventura	0,05
20º	Cantabria	0,18	Fuerteventura	0,05	Galicia	0,03
21º	Andalucía	0,05	Andalucía	0,02	Andalucía	0,01

5.3. Análisis descriptivo (gráficas)

5.3.1. Ordenación de los datos por tamaños de población

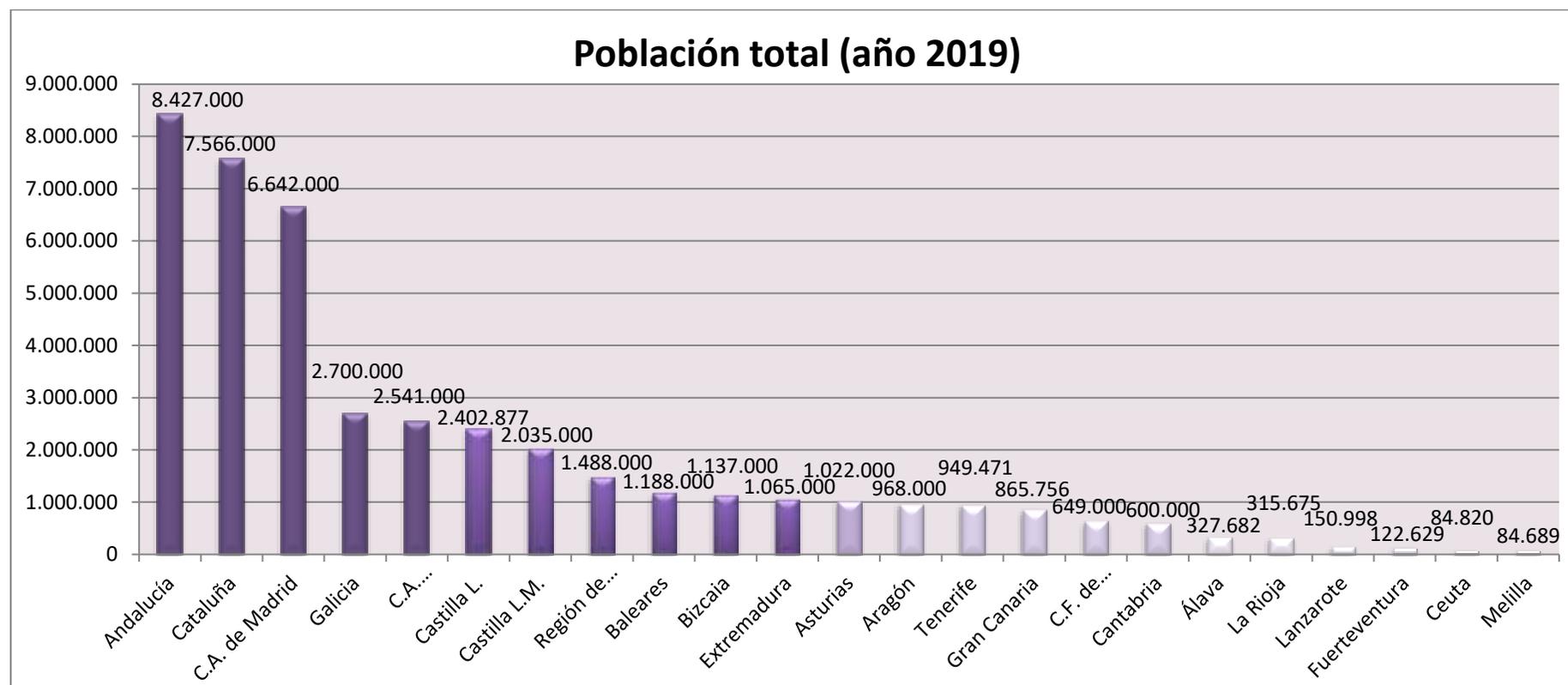


Figura 1. Viene de las tablas 1 y 2. Ranking del tamaño de población total de cada comunidad, región o provincia donde se implantó el servicio de atención psicológica telefónica. Tomando como referencia los tres cuartiles o percentiles calculados (tabla 3), el color muy oscuro representa grandes poblaciones (> P₇₅). El oscuro, tamaño poblacional medio-alto (P₅₁-P₇₅). Color intermedio, tamaño medio (P₅₀ = mediana = 1.022.000 habitantes). Colores claros, tamaños medio-bajos (P₂₅-P₄₉). Y muy claros, tamaños pequeños (< P₂₅).

5.3.2. Ordenación de los datos por número de llamadas

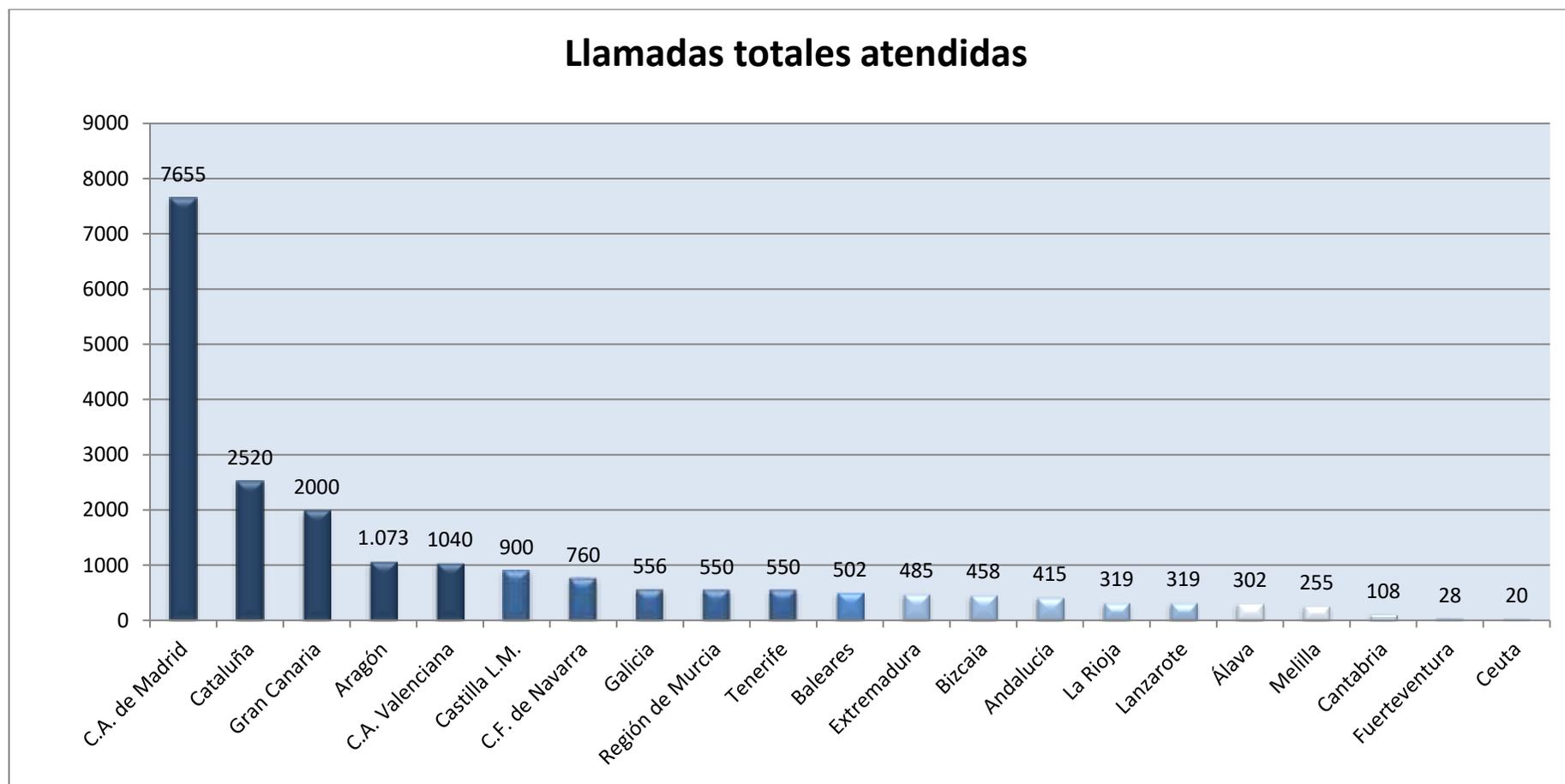


Figura 2. Viene de las tablas 1 y 2. Ranking del número de llamadas de atención psicológica (en términos absolutos). Tomando como referencia los tres cuartiles o percentiles calculados (tabla 3), el color muy oscuro representa posiciones altas (> P₇₅). Oscuro, media-altas (P₅₁-P₇₅). Color intermedio, posición media (P₅₀ = mediana = 502 llamadas). Colores claros, posiciones media-bajas (P₂₅-P₄₉). Y muy claros, bajas (< P₂₅).

5.3.3. Ordenación de los datos por horas totales del servicio

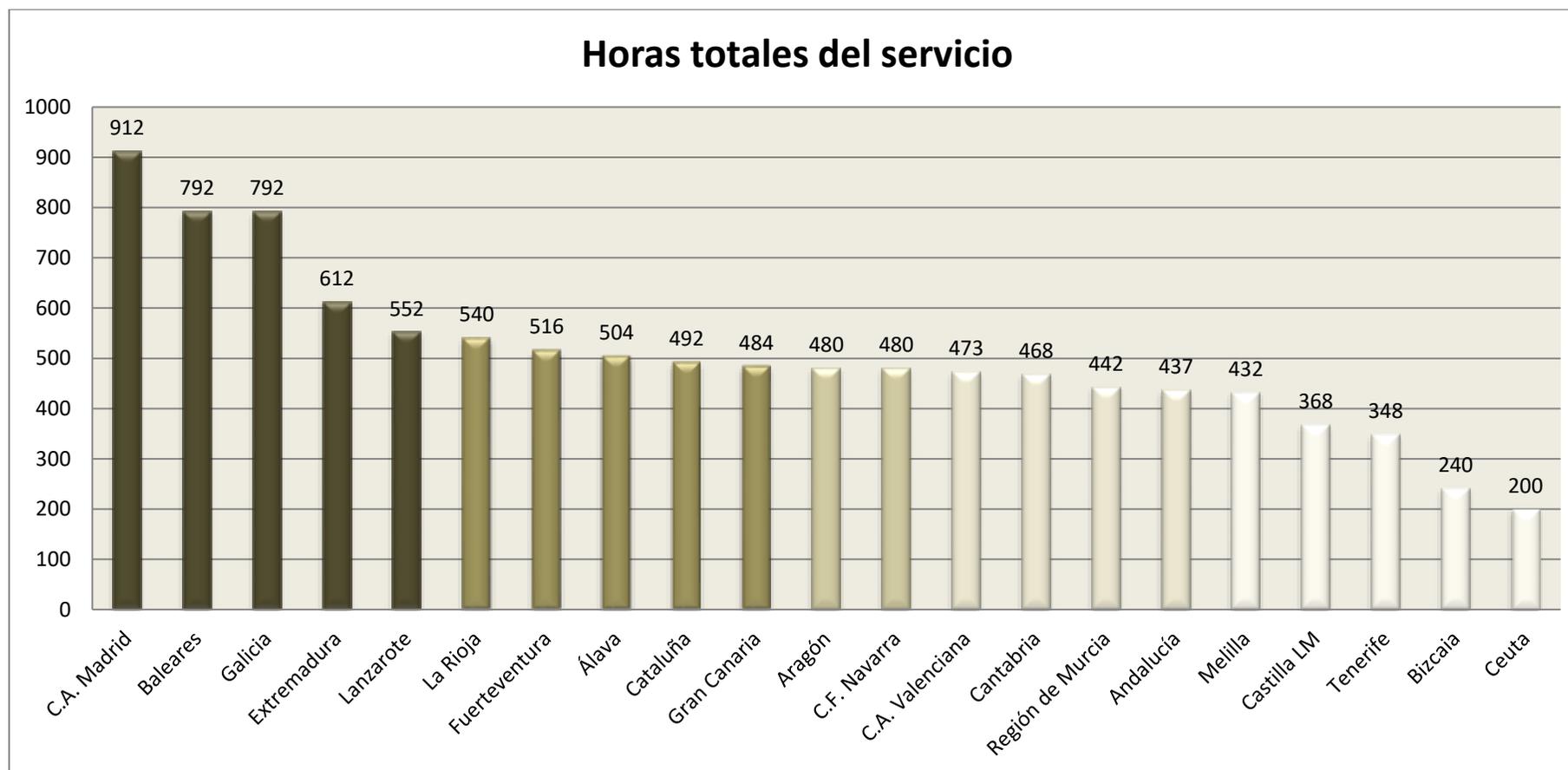


Figura 3. Viene de las tablas 1 y 2. Número de horas totales del servicio (días del servicio por horas diarias en cada comunidad, región o provincia). Tomando como referencia los cuartiles (tabla 3), el color muy oscuro representa posiciones altas ($> P_{75}$). Oscuro, media-altas ($P_{51}-P_{75}$). Color intermedio, posición media (P_{50} = mediana = 480 horas). Colores claros, posiciones media-bajas ($P_{25}-P_{49}$). Y muy claros, bajas ($< P_{25}$).

5.3.4. Ordenación de los datos por tasas de llamadas

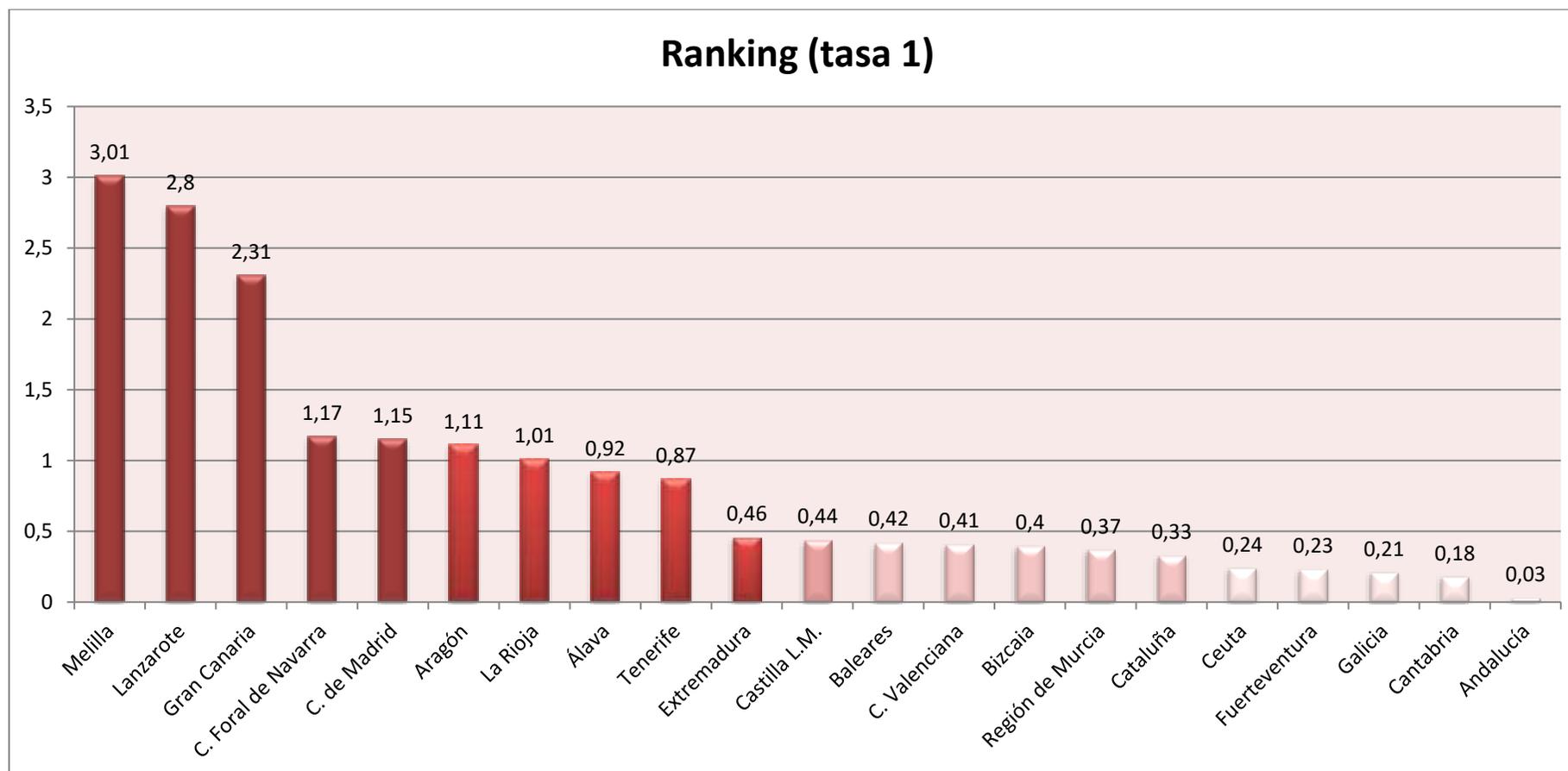


Figura 4. Viene de la tabla 4. Ranking de la tasa 1 (número medio de llamadas por cada mil habitantes), respetando las diferencias de fechas de comienzo y horas diarias. Tomando como referencia los cuartiles (tabla 3), el color muy oscuro representa posiciones altas ($> P_{75}$). Oscuro, media-altas ($P_{51}-P_{75}$). Color intermedio, posición media ($P_{50} = \text{mediana} = 0,44$). Colores claros, posiciones media-bajas ($P_{25}-P_{49}$). Y muy claros, posiciones bajas ($< P_{25}$).

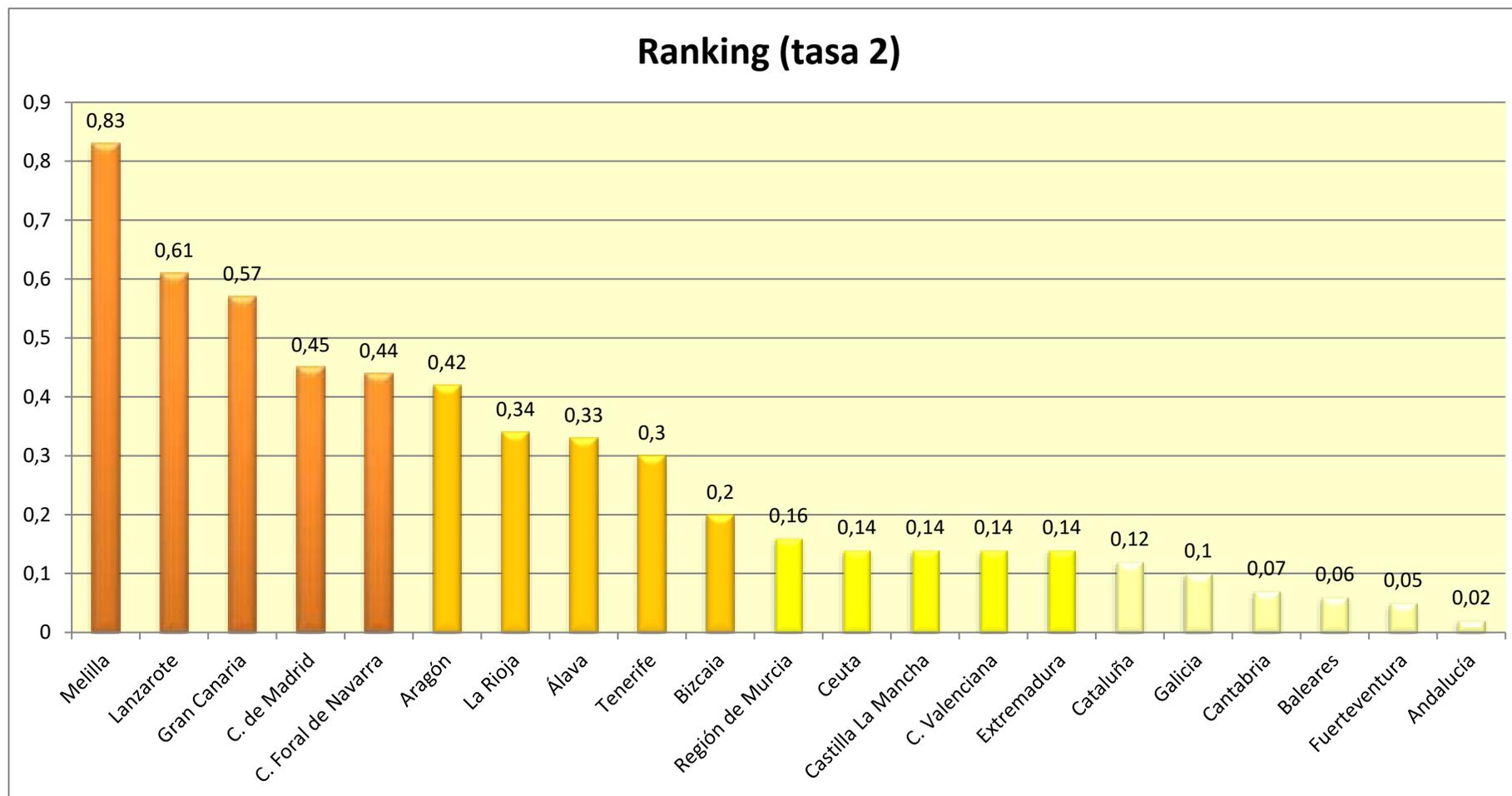


Figura 5. Viene de la tabla 4. Ranking de la tasa 2 (número medio de llamadas por cada mil habitantes durante quince días de servicio). Tomando como referencia los cuartiles (tabla 3), el color muy oscuro representa posiciones altas ($> P_{75}$). Oscuro, media-altas ($P_{51}-P_{75}$). Colores claros, posiciones media-bajas ($P_{25}-P_{49}$). Y muy claros, posiciones bajas ($< P_{25}$). La posición central o mediana = $P_{50} = 0,19$ no coincide en este caso con ninguna comunidad.

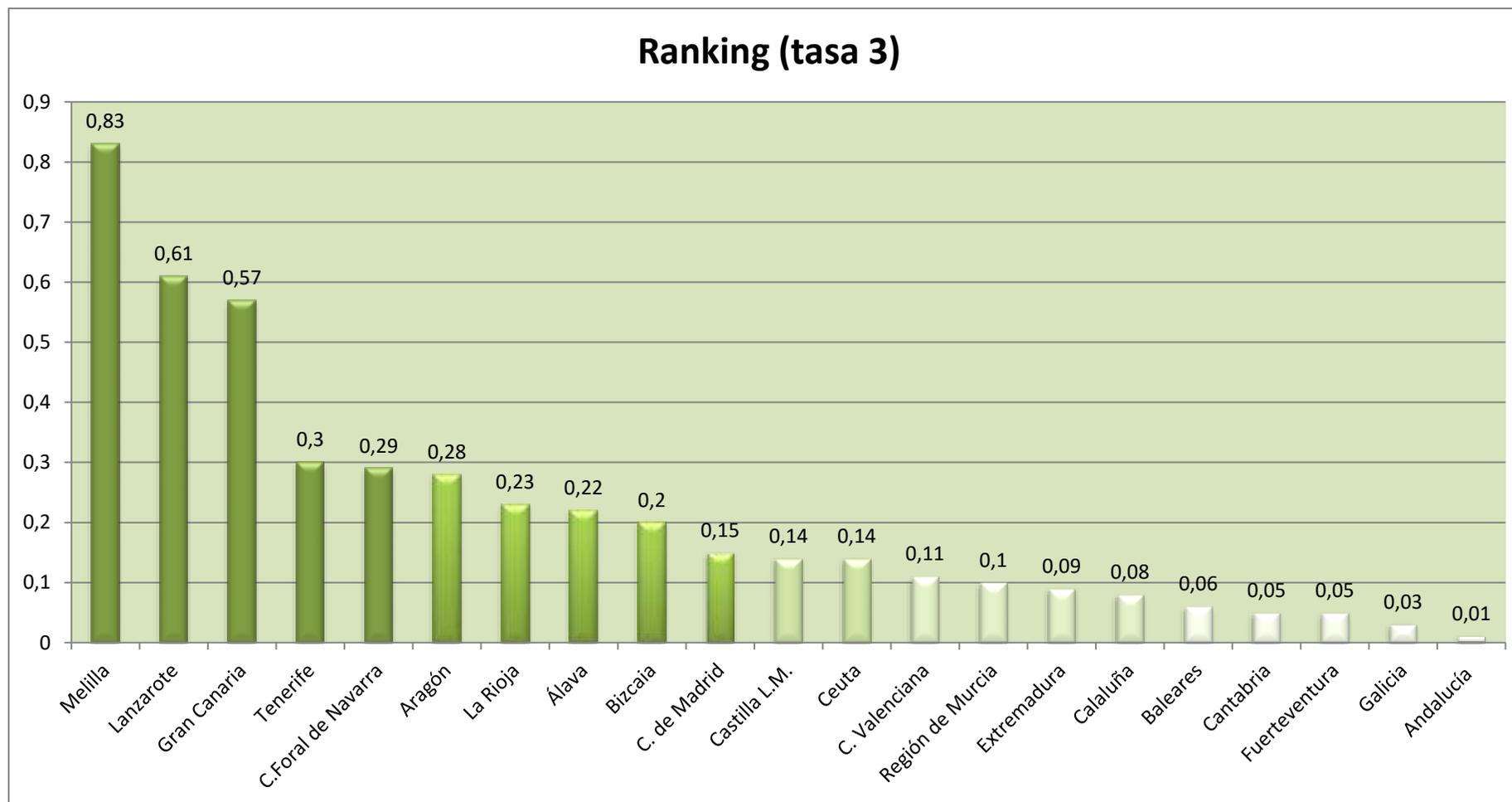


Figura 6. Viene de la tabla 4. Ranking de la tasa 3 (número medio de llamadas por cada mil habitantes, durante quince días de servicio y en jornadas de ocho horas). Tomando como referencia los cuartiles (tabla 3), el color muy oscuro representa posiciones altas ($> P_{75}$). Oscuro, media-altas ($P_{51}-P_{75}$). Color intermedio, posición media ($P_{50} = \text{mediana} = 0,14$). Colores claros, posiciones media-bajas ($P_{25}-P_{49}$). Y muy claros, posiciones bajas ($< P_{25}$).

5.4. Análisis comparativo

5.4.1. Por la situación geográfica

Tabla 5. Pruebas de normalidad.

TASA 3 (Número de llamadas / mil habitantes / 15 días / 8 h)	Situación geográfica	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
		Estadístico	gl	Sig.	Estadístico	gl	Sig.
	Peninsular	,141	14	,200*	,942	14	,451
	Insular	,197	7	,200*	,900	7	,332

* Esto es un límite inferior de la significación verdadera.

a. Corrección de significación de Lilliefors

Tabla 6. Estadísticas de grupo.

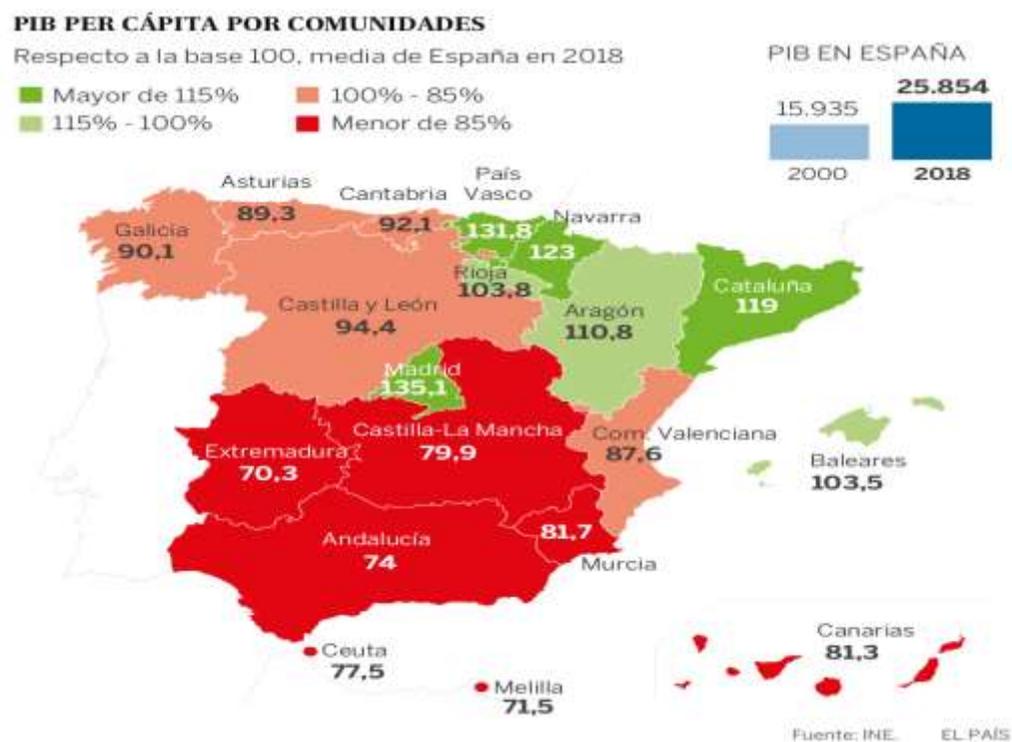
TASA 3 (Número de llamadas / mil habitantes / 15 días / 8 h)	Situación geográfica	N	Media	Desviación estándar	Media de error
					estándar
	Peninsular	14	,1421	,08920	,02384
	Insular	7	,3657	,30697	,11602

Tabla 7. Prueba T de muestras independientes.

TASA 3 (Número de llamadas / mil habitantes / 15 días / 8 h)	Prueba de Levene de calidad de varianzas		Prueba t para la igualdad de medias						
	F	Sig.	t	gl	Sig. (bilateral)	Diferencia de medias	Diferencia de error estándar	95% de intervalo de confianza de la diferencia	
								Inferior	Superior
Se asumen varianzas iguales	26,661	,000	-2,574	19	,019	-,22357	,08685	-,40535	-,04179
No se asumen varianzas iguales			-1,888	6,512	,104	-,22357	,11845	-,50796	,06082

5.4.2. Por la situación socioeconómica

En base a los datos aportados por el INE (2019), publicados en El País¹³, la renta per cápita media en España ronda los 26.500€ y, por tanto, se establecen cuatro tipos de territorios en función del porcentaje de logro o superación de dichos ingresos: nivel económico alto (> 115%), medio-alto (100%-115%), medio-bajo (85%-100%) y bajo (< 85%).



¹³ Disponible en: https://elpais.com/economia/2019/05/05/actualidad/1557070525_040112.html

Figura 7. Porcentaje de renta per cápita de cada comunidad autónoma. Fuente: El País.

Tabla 8. *Pruebas de normalidad.*

TASA 3 (Número de llamadas / mil habitantes / 15 días / 8 h)	Nivel socioeconómico	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
		Estadístico	gl	Sig.	Estadístico	gl	Sig.
	Nivel bajo	,438	6	,001	,635	6	,001
	Nivel medio-bajo	,276	7	,115	,803	7	,044
	Nivel medio-alto	,302	3	.	,910	3	,417
	Nivel alto	,161	5	,200*	,992	5	,986

*. Esto es un límite inferior de la significación verdadera.

a. Corrección de significación de Lilliefors

Tabla 9. *Estadísticas de grupo.*

Nivel económico de cada comunidad	N	Media	Desviación estándar	Error estándar	95% del intervalo de confianza para la media		Mínimo	Máximo
					Límite inferior	Límite superior		
Bajo	6	,2200	,30206	,12332	-,0970	,5370	,02	,83
Medio-bajo	7	,2457	,25245	,09542	,0122	,4792	,03	,61
Medio-alto	3	,1900	,11533	,06658	-,0965	,4765	,06	,28
Alto	5	,1880	,07855	,03513	,0905	,2855	,08	,29
Total	21	,2167	,21238	,04634	,1200	,3133	,02	,83

Tabla 10. *Prueba no paramétrica de Kruskal-Wallis.*

TASA 3	Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.
Entre grupos	,012	3	,004	,078	,971
Dentro de grupos	,890	17	,052		
Total	,902	20			

6. Discusión y conclusiones

Del análisis descriptivo, se ha podido constatar, en primer término, la **existencia de una demanda social de atención psicológica** derivada del confinamiento y de todo aquello relacionado con la situación excepcional de alarma provocada por el COVID-19: aislamiento social, temor al contagio, pérdida de seres queridos, merma de libertades individuales y/o del estatus laboral y económico.

Así mismo, de este análisis destaca el **carácter extra peninsular de los primeros puestos en la demanda** (ver la tasa 3 en tabla 3 o figura 6), pues son ocupados por cuatro zonas extra peninsulares de los cinco puestos posibles (a excepción de Ceuta, puesto 12; Baleares, puesto 17 y Fuerteventura, puesto 19). Ello se antoja un hecho relevante, dado que las siete zonas extra peninsulares suponen tan sólo un tercio de todos los COP analizados y, sin embargo, ocupan el 80% de las comunidades con mayor demanda.

En cuanto al primer análisis inferencial comparativo, ante las diferencias detectadas anteriormente en la tasa 3, se quiso comprobar si la demanda era significativamente mayor en territorios insulares que en peninsulares, pero la *prueba t* resultó nula ($p = .104$, tabla 7) al incumplirse el supuesto de homogeneidad de varianzas ($p < .001$, tabla 7) y, por tanto, **las diferencias halladas no son relevantes, aunque sí indicativas de una mayor tendencia a solicitar los servicios psicológicos en zonas geográficamente más aisladas o con especiales particularidades territoriales.**

De otra parte, el segundo análisis comparativo pretendió establecer la significación de las diferencias obtenidas (en la misma tasa) entre comunidades con niveles económicos distintos, pero la *prueba H de kruskal-Wallis*¹⁴ también resultó nula ($p = 0,971$, tabla 10) y, por consiguiente, **no podemos establecer distinciones en la demanda del servicio de atención psicológica por motivos socioeconómicos.**

7. Limitaciones del estudio y propuestas de mejora

¹⁴ Se aplica esta prueba no paramétrica paralela, en vez del ANOVA para grupos independientes, ante el incumplimiento del supuesto de normalidad en niveles bajos ($p = .001$, tabla 8) y niveles medio-bajos ($p = .044$, tabla 8).

La estandarización de la unidad de medida usada (tasa 3) obedece a la necesidad de unificar criterios de comparación entre los distintos COP, los cuales, en función de sus recursos, tamaños de población atendida y datos epidemiológicos o de riesgo, presentan heterogeneidades en los días de comienzo del servicio, en las horas diarias de atención telefónica y en los tipos de servicios ofrecidos (llamadas recibidas, emitidas y perdidas, videollamadas, etc.). Por ello, el estudio se ha focalizado sólo hacia las llamadas telefónicas atendidas, que es el tipo común, básico y mínimo de servicio ofrecido por todos los Colegios participantes.

Otra limitación fue el escaso tamaño de la muestra ($n = 21$), que puede estar detrás de la nulidad resultante en los análisis comparativos, pues algunos COPs aportaron datos de toda una Comunidad Autónoma, mientras que otros representaban a provincias concretas. Hubiera sido deseable contar con el desglose de los distintos Colegios Oficiales provinciales dentro de cada Comunidad, para así ganar potencia estadística en los análisis.

Sería conveniente, de cara a futuros estudios, incluir de forma consensuada entre todos los COPs participantes, un mayor número de variables explicativas de las diferencias halladas en la demanda del servicio, bien demográficas (edad, sexo, nivel formativo, situación laboral, zona o barrio de residencia, etc.), o bien relativas a la propia llamada (hora del día, motivo, síntomas, reincidencias, posibles antecedentes psicológicos o psiquiátricos de los llamantes, etc.). Esto nos permitiría manejar más información y realizar exploraciones más interesantes y completas.

8. Referencias

- Lázaro, A. (2020, 03 de abril). De la peste negra al coronavirus: confinamientos que marcaron la Historia. *Redacción médica*. Recuperado de: <https://www.redaccionmedica.com/la-revista/noticias/de-la-pestre-negra-al-coronavirus-confinamientos-que-marcaron-la-historia-5161>
- Mera-Mamian, A.Y., Tabares-González, E., Montoya-González, S., Muñoz-Rodríguez, y Monsalve-Vélez, F. (2020). Recomendaciones prácticas para evitar el desacondicionamiento físico durante el confinamiento por pandemia asociada a COVID-19. *Universidad y Salud*, 22(2), 166-177. Recuperado de: <https://revistas.udenar.edu.co/index.php/usalud/article/view/5283/6056>
- Rodríguez, A., Antino, M., Ruiz-Zorrilla, P., y Sanz-Vergel, A. (2020). *Los efectos psicológicos de la cuarentena por el COVID-19: Un estudio longitudinal. Proyecto de investigación en ejecución. Universidad Complutense de Madrid.* Recuperado de: <https://www.ucm.es/depresion,-estres,-insomnio,-ansiedad%E2%80%A6los-problemas-psicologicos-derivados-del-confinamiento-podrian-perduran-meses-o-anos>
- Vall Castelló, J. (2020, 23 de abril). Efectos del confinamiento sobre la salud mental. *el Periódico*. Recuperado de: <https://www.elperiodico.com/es/opinion/20200423/articulo-judit-vall-confinamiento-salud-mental-7938356>