ENCUESTA A SANITARIOS DE CEUTA: *AFECTACIÓN PSICOLÓGICA DURANTE EL ESTADO DE ALARMA POR CORONAVIRUS*

D. Antonio Cabrera Rada[1,2]

D. Francisco Javier García Núñez[1,2,3]

[1] Miembro del GIPEC-Ceuta (Grupo de Intervención psicológica en Emergencias y Catástrofes).

[2] Miembro del Grupo de Trabajo de Investigación del COPCE.

[3] Secretario del Colegio Oficial de la Psicología de Ceuta (COPCE).

Resumen

INTRODUCCIÓN: dentro de los colectivos vulnerables al efecto de la pandemia por COVID-19, se encuentra el personal sanitario. Estudios realizados antes de la actual emergencia sanitaria ya constatan el mayor estrés y sobrecarga laboral que normalmente padecen estos profesionales y su mayor exposición a situaciones de tensión y negatividad, lo que conlleva un mayor riesgo de padecer malestar psicológico y emocional o de sufrir síntomas psicopatológicos asociados, sobre todo, a estrés, ansiedad y depresión. Un primer estudio realizado en China al principio de la pandemia, reporta que los profesionales sanitarios experimentaron un aumento de estrés, ansiedad, síntomas depresivos, insomnio, negación, ira y temor, produciéndose con mayor frecuencia o intensidad en mujeres.

OBJETIVO: a nivel general, se pretende explorar el grado de afectación psicológica derivado de la pandemia entre los profesionales sanitarios que trabajan en la ciudad de Ceuta, e identificar posibles factores explicativos de las diferencias halladas entre los respondientes en las distintas variables analizadas, como son el sexo, la edad y el riesgo de contagio autopercibido en sus respectivos puestos de trabajo.

MÉTODO: muestreo intencional por conveniencia (n = 141 profesionales sanitarios de la ciudad de Ceuta que ejercieron su trabajo durante la fase de confinamiento y primera fase de la desescalada). Metodología analítica y participativa de encuesta (del 1 al 30 de junio de 2020). Aplicación de un cuestionario creado para la ocasión (32 ítems y cuatro grupos de variables) mediante un diseño cuantitativo, transversal y cuasi-experimental. Se aplican análisis estadísticos descriptivos, inferenciales y psicométricos de fiabilidad y validez del instrumento.

RESULTADOS: durante su actuación al principio de la pandemia, los profesionales sanitarios de Ceuta mostraron incrementos en ciertos estados psicológicos negativos como preocupación, miedo o temor, inseguridad y confusión; en síntomas físicos como agitación, cansancio y trastornos del sueño; en síntomas psicopatológicos como estrés, ansiedad y depresión; en el consumo de sustancias (tabaco, alcohol y medicamentos); en la irascibilidad y conflictividad y reconocen haberse sentido afectados a nivel laboral y personal como resultado de la emergencia sanitaria. De otro lado, la gestión de estos estados consistió básicamente en compartirlos con compañeros de trabajo y familiares o amigos. Si bien se reconoce cierta necesidad de atención psicológica presente o futura, el personal sanitario apenas usó el teléfono gratuito habilitado por el Colegio Oficial de la Psicología por no creerlo necesario, por temor a las posibles represalias laborales o por preocupar a los seres queridos. Además, los distintos incrementos en las variables medidas difirieron en función del sexo (mayor incidencia en mujeres), de la edad (mayor incidencia en edades intermedias y los más jóvenes) y del riesgo de contagio autopercibido (mayor incidencia cuanto mayor riesgo). Por último, el instrumento elaborado muestra una alta consistencia interna de los ítems y evidencias de validez de constructo convergente y nomológica.

PALABRAS CLAVE: COVID-19, personal sanitario, afectación psicológica, gestión psicológica, servicio psicológico gratuito.

Abstract

INTRODUCTION: within the groups vulnerable to the effect of the COVID-19 pandemic, there is health personnel. Studies carried out before the current health emergency already confirm the greater stress and work overload that these professionals normally suffer and their greater exposure to situations of tension and negativity, which carries a greater risk of suffering psychological and emotional discomfort or suffering associated psychopathological symptoms, above all, to stress, anxiety and depression. A first study conducted in China at the beginning of the pandemic, reports that health professionals experienced an increase in stress, anxiety, depressive symptoms, insomnia, denial, anger and fear, occurring with greater frequency or intensity in women.

OBJECTIVE: at a general level, it is intended to explore the degree of psychological affectation derived from the pandemic among health professionals working in the city of Ceuta, and to identify possible explanatory factors for the differences found between the respondents in the different variables analyzed, such as gender, age and self-perceived risk of infection in their respective jobs.

METHOD: intentional convenience sampling (n = 141 health professionals from the city of Ceuta who performed their work during the confinement phase and the first phase of the de-escalation). Analytical and participatory survey methodology (from June 1 to June 30, 2020). Application of a questionnaire created for the occasion (32 items and four groups of variables) through a quantitative, cross-sectional and quasi-experimental design. Descriptive, inferential and psychometric statistical analyzes of reliability and validity of the instrument are applied.

RESULTS: during their performance at the beginning of the pandemic, health professionals in Ceuta showed increases in certain negative psychological states such as worry, fear or fear, insecurity and confusion; in physical symptoms such as agitation, tiredness and sleep disorders; in psychopathological symptoms such as stress, anxiety and depression; in the consumption of substances (tobacco, alcohol and medicines); in irascibility and conflict and acknowledge having felt affected at work and personal level as a result of the health emergency. On the other hand, the management of these states basically consisted of sharing them with co-workers and family or friends. Although a certain need for present or future psychological attention is recognized, the health personnel hardly used the free telephone number set up by the Official College of Psychology for not believing in its usefulness, for fear of possible retaliation at work or for worrying loved ones. In addition, the different increases in the measured variables differed according to sex (higher incidence in women), age (higher incidence in intermediate ages and the youngest) and the risk of self-perceived contagion (higher incidence the higher risk). Finally, the instrument developed shows a high internal consistency of the items and evidence of convergent and nomological construct validity.

KEY WORDS: COVID-19, health personnel, psychological affectation, psychological management, free psychological service.

Indice

1. Introducción…… 6

2. Justificación…… 7

3. Objetivos…… 7

3.1. Generales…… 7

3.2. Específicos……7

4. Procedimiento…… 8

4.1. Participantes…… 8

4.2. Método……...8

4.3. Instrumentos…… 8

4.4. Variables analizadas……...9

4.5. Análisis de datos…….. 10

4.5.1. Descriptivo……11

4.5.2. Inferencial……11

4.5.3. Psicométrico……... 11

5. Resultados del análisis descriptivo……12

5.1. Datos sociodemográficos…… 12

5.1.1. Sexo…… 12

5.1.2. Edad……..……..… 13

5.2. Datos laborales…… 14

5.2.1. Entidad sanitaria…… 14

5.2.2. Profesión…… 15

5.2.3. Riesgo de contagio autopercipido……16

5.3. Cambios en los estados psicológicos……17

5.3.1. Preocupación……...17

5.3.2. Inseguridad…… 18

5.3.3. Confusión…… 19

5.3.4. Miedo o temor…… 20

5.3.5. Tristeza o decaimiento……...21

5.3.6. Cansancio……... 22

5.3.7. Trastornos del sueño…… 23

5.3.8. Agitación…….. 24

5.3.9. Consumo de tabaco…….. 25

5.3.10. Consumo de alcohol…….. 26
5.3.11. Consumo de fármacos…….. 27
5.3.12. Irascibilidad……..…….. 28
5.3.13. Conflictividad laboral……. 29
5.3.14. Conflictividad personal…….. 30
5.3.15. Estrés psicológico……...31
5.3.16. Ansiedad……. 32
5.3.17. Depresión…… 33
5.3.18. Afectación laboral…….. 34
5.3.19. Afectación personal……... 35

5.4. Gestión de los estados psicológicos……. 36

5.4.1. Estados compartidos en el trabajo…….. 36
5.4.2. Estados compartidos fuera del trabajo……... 37
5.4.3. Necesidad de atención psicológica durante el estado de alarma…….. 38
5.4.4. Necesidad de atención psicológica en el futuro…… 39
5.4.5. Conocimiento sobre el servicio de atención psicológica……. 40
5.4.6. Uso del servicio durante el estado de alarma……... 41
5.4.7. Motivos del no uso del servicio de atención psicológica……. 42
5.4.8. Conveniencia de servicios específicos para sanitarios……... 43
5.4.9. Perfil de la persona respondiente…… 44

6. Resultados del análisis inferencial…… 45

6.1. Estados psicológicos y sexo……... 45

6.1.1. *Cogniciones y estados anímicos*……. 45
6.1.2. *Síntomas físicos*……. 46
6.1.3. *Consumo de sustancias*…… 47
6.1.4. *Irascibilidad y conflictividad*…….. 48
6.1.5. *Síntomas psicopatológicos*…….. 48
6.1.6. *Grado de afectación general*…… 49

6.2. Gestión de los estados psicológicos y sexo……. 50

6.2.1. *Compartición*…….. 50
6.2.2. *Necesidad de atención psicológica*……. 50
6.2.3. *Sobre el servicio de atención psicológica*…….. 51
6.2.4. *Motivos del no uso del servicio*…… 52

6.3. Estados psicológicos y edad…….. 53

6.3.1. *Cogniciones y estados anímicos*……. 53
6.3.2. *Síntomas físicos*……. 55
6.3.3. *Consumo de sustancias*…… 57
6.3.4. *Irascibilidad y conflictividad*…….. 59
6.3.5. *Síntomas psicopatológicos*…….. 61
6.3.6. *Grado de afectación general*…… 63

6.4. Gestión de los estados psicológicos y edad…… 64
6.4.1. *Compartición*…….. 64
6.4.2. *Necesidad de atención psicológica*……. 65
6.4.3. *Sobre el servicio de atención psicológica*…….. 66
6.4.4. *Motivos del no uso del servicio*…… 67

6.5. Estados psicológicos y riesgo de contagio autopercibido……. 68

6.5.1. *Cogniciones y estados anímicos*……. 68
6.5.2. *Síntomas físicos*……. 70
6.5.3. *Consumo de sustancias*…… 71
6.5.4. *Irascibilidad y conflictividad*…….. 72
6.5.5. *Síntomas psicopatológicos*…….. 74
6.5.6. *Grado de afectación general*…… 75

6.6. Gestión de los estados psicológicos y riesgo de contagio autopercibido…77

6.6.1. *Compartición*……...77
6.6.2. *Necesidad de atención psicológica*……. 78
6.6.3. *Sobre el servicio de atención psicológica*…….. 78
6.6.4. *Motivos del no uso del servicio*…… 80

7. Resultados del análisis psicométrico…… 81

7.1. Análisis de fiabilidad……. 81
7.2. Análisis de validez…… 82

8. Resumen de resultados……...85

9. Discusión…….. 84

10. Conclusiones……...89

11. Limitaciones del estudio y propuestas de mejora……91

12. Referencias bibliográficas…… 93

Apéndice (pruebas de normalidad) ..…… 95

1. Introducción

Desde la más remota antiguedad 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. Baste recordar 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 conquistadotes 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), entre otras (Lázaro, 2020).

Así pues, por experiencia ascentral, 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 recluido obligatoriamente a las personas en sus casas bajo el cordón sanitario, les ha privado de la libertad de movimiento, despojado de su habitual *modus vivendi* y les ha proyectado la sombra de una nueva y profunda crisis económica a corto y medio plazo.

En consecuencia, estas anormales y significativas circunstancias han terminado afectando psicológicamente a millones de personas en toda España, como confirma la demanda de atención telefónica registrada por los distintos servicios activados por todo el país durante la fase de confinamiento[4]. Así mismo, se estima en unos diez millones las que necesitarán atención psicológica en los próximos meses de “nueva normalidad” por efecto directo o indirecto de la pandemia, según se desprende de un reciente estudio publicado por el Consejo General de la Psicología (2020)[5].

Mención especial merece el personal sanitario interviniente, un heroico sector especialmente sometido a altos niveles de estrés laboral y personal que, desde el principio de la pandemia, se situaron en “primera línea de batalla”, atendiendo a los enfermos en espacios de alto riesgo de contagio (como hospitales y centros de salud) y no siempre con los equipos de protección más adecuados. Además, han sufrido una alta sobrecarga de trabajo con el consiguiente agotamiento físico y mental, cambios en

[4] Véanse los resultados del estudio realizado por el COPCE en el siguiente enlace: https://www.copceuta.org/datos-estadisticos-de-atencion-psicologica-telefonica/

[5] Disponible en: http://www.infocop.es/view_article.asp?id=8747

sus estados psicológicos, y un alto impacto emocional ante las numerosas muertes, contagios y rebrotes, producidas pese a su encomiable labor. Y, fuera del lugar de trabajo, han manifestado un gran temor a infectar a sus seres queridos y un cambio en sus relaciones personales, lo que ha podido llevar a muchos de ellos a presentar sintomatología ansioso-depresiva, estrés postraumático o Síndrome de superman.

La población española, habiendo sido sometida a un prolongado confinamiento y padeciendo de las mayores cifras de contagios y fallecimientos del mundo, además de los más pesimistas pronósticos económicos, se ha visto ostensiblemente afectada a nivel psicológico por la pandemia de coronavirus (Belluerka et al., 2020) y se estima seguirá afectando en los próximos meses a casi uno de cada cuatro españoles (Consejo General de la Psicología, 2020). Dentro de los colectivos vulnerables, se encuentra el personal sanitario, que igualmente ha sufrido una mayor incidencia de contagios que la media europea (Ortega, 2020). Estudios realizados antes de la actual emergencia sanitaria, ya constatan el mayor estrés y sobrecarga laboral que normalmente padecen estos profesionales y su mayor exposición a situaciones de tensión y negatividad (*síndrome de burnout*), lo que conlleva un mayor riesgo de padecer malestar psicológico y emocional o de sufrir síntomas psicopatológicos asociados a estrés, ansiedad, depresión y postraumatismos emocionales (García-Morán y Gil-Lacruz, 2016).

Un primer estudio realizado en Wuhan (China) al principio de la pandemia, reporta que los profesionales sanitarios experimentaron un aumento de estrés, ansiedad, síntomas depresivos, insomnio, negación, ira y temor, produciéndose con mayor frecuencia y/o intensidad en mujeres (Lozano-Vargas, 2020). Son de sobra conocidos los beneficios de una atención psicológica temprana dirigida a los intervinientes a la hora de prevenir futuros trastornos y ciertos estados mentales negativos, lo que permite ahorrar en costes personales y económicos (menor absentismo, menor número de visitas médicas y menor consumo psicofarmacológico). El Colegio Oficial de la Psicología de Ceuta (en adelante COPCE) emprende el presente estudio en un intento por conocer la posible existencia de afectaciones psicológicas derivadas de la pandemia sobre el personal sanitario, con objeto de aportar datos que ayuden a dirigir las acciones de los profesionales de la Psicología, optimizar los recursos disponibles y mejorar la salud mental de los intervinientes que trabajan en situaciones de alto impacto emocional (alarmas sanitarias, emergencias y catástrofes).

2. Justificación

El COPCE emprende el presente estudio en un intento por conocer la posible existencia de afectaciones psicológicas derivadas de la pandemia sobre el personal sanitario, con objeto de aportar datos que puedan ayudarnos a dirigir nuestras acciones como profesionales de la Psicología, optimizar los recursos disponibles y mejorar la salud mental de los intervinientes que trabajan en situaciones de alto impacto emocional (alarmas sanitarias, emergencias y catástrofes).

Numerosos estudios apuntan hacia los beneficios de una atención psicológica temprana dirigida a estos profesionales, con el objeto de prevenir futuros trastornos y ciertos estados mentales negativos, lo que permite ahorrar en costes personales y económicos, habida cuenta de los casi 52.000 profesionales sanitarios contagiados y los más de 100 fallecidos registrados hasta la fecha (Ortega, 2020)[6].

3. Objetivos

3.1. Generales

- Explorar el grado de afectación psicológica derivado de la pandemia entre los profesionales sanitarios que trabajan en la ciudad de Ceuta.
- Identificar posibles factores explicativos de las diferencias halladas entre los respondientes en las distintas variables analizadas.

3.2. Específicos

- Realizar un análisis descriptivo de los cambios en los estados psicológicos y de cómo éstos se han gestionado durante la pandemia.
- Trazar el perfil modal de la persona respondiente.
- Determinar la significación de las diferencias halladas en los estados psicológicos y la gestión de los mismos, en función de la edad, el sexo y el riesgo de contagio autopercibido en el puesto de trabajo.

[6] Resumen en cifras de un estudio europeo, publicado el 2 de julio de 2020 en la revista digital *Redacción Médica.com*

4. Procedimiento

4.1. Participantes

Mediante un muestreo intencional por conveniencia, se extrajo de la población de trabajadores del sector sanitario de la ciudad de Ceuta, un grupo de 141 profesionales que respondieron, voluntaria y anónimamente, a un cuestionario creado para la ocasión[7], habiendo desempeñado su labor profesional durante el estado de alarma en diversos centros sanitarios, como requisito mínimo de inclusión para confeccionar la muestra del estudio.

4.2. Método

Se plantea una metodología analítica y participativa de encuesta, realizada desde el 1 al 30 de junio de 2020, coincidiendo con la cuarta fase del desconfinamiento y el final del estado de alarma. A través de los Colegios Oficiales de Medicina y Enfermería, así como de contactos personales directamente relacionados con el sector sanitario, el Grupo de Trabajo de Investigación del COPCE difundió el cuestionario mediante enlace web (usando la aplicación Google Drive) y se registraron y codificaron las respuestas de los sujetos encuestados para su posterior análisis estadístico, aplicando para ello un diseño cuantitativo, transversal y cuasi-experimental.

4.3. Instrumentos

Se trata de un cuestionario psicométrico creado para la ocasión, formado por 32 ítems medidos mayoritariamente en escalas ordinales o cuasi-cuantitativas (tipo Likert) de 4 o 5 opciones de respuesta, ordenadas de menor a mayor, que reflejan el grado de cambio de ciertos estados psicológicos entre antes y después de la pandemia a juicio de los respondientes, y la necesidad y posibles modos de gestionarlos. Excepcionalmente, los ítems 2, 3, 4 y 30 se midieron en escalas nominales o categóricas. Su estructura la componen cuatro subescalas o grupos de variables: datos sociodemográficos (ítems 1 y 2), datos laborales (ítems 3 al 5), cambios en los estados psicológicos (ítems 6 al 24) y necesidades y maneras de gestionar dichos estados (ítems 25 al 32).

[7] Disponible en: https://www.copceuta.org/cuestionario-para-los-sanitarios-de-la-ciudad-de-ceuta-sobre-su-estado-psicologico-durante-el-estado-de-alarma-por-covid-19/

4.4. Variables analizadas

Cuadro 1.

Variables sociodemográficas.

Variables	Categorías
1. Sexo	1 = hombre 2 = mujer
2. Edad	1 = 18 a 25 años 2 = 26 a 30 años 3 = 31 a 35 años 4 = 36 a 40 años 5 = 41 a 45 años 6 = 46 a 50 años 7 = 51 a 55 años 8 = 56 a 60 años 9 = 61 a 65 años 10 = Más de 65 años

Cuadro 2.

Variables laborales.

Variables	Categorías	Variables	Categorías
3. Entidad	1 = hospital público 2 = hospital privado 3 = Ambulatorio público 4 = Ambulatorio privado 5 = Consulta privada	4. Profesión	1 = Auxiliar de enfermería 2 = Celador/a 3 = Enfermería 4 = Fisioterapia 5 = Logopedia 6 = Medicina 7 = Psicología 8 = Administración
5. Grado del riesgo de contagio autopercibido	1 = nulo o muy bajo 2 = bajo 3 = medio 4 = alto 5 = muy alto		

Cuadro 3.

Variables sobre los cambios de los estados psicológicos.

Variables	Categorías	Variables	Categorías
6. Preocupación	1 = igual que antes 2 = algo más 3 = bastante más 4 = mucho más	7. Inseguridad	1 = igual que antes 2 = algo más 3 = bastante más 4 = mucho más
8. Confusión	1 = igual que antes 2 = algo más 3 = bastante más 4 = mucho más	9. Cansancio	1 = igual que antes 2 = algo más 3 = bastante más 4 = mucho más
10. Trastornos del sueño	1 = igual que antes 2 = algo más 3 = bastante más 4 = mucho más	11. Consumo de tabaco	1 = no fuma 2 = igual que antes 3 = algo más 4 = bastante más 5 = mucho más

12. Consumo de alcohol	1 = no bebe 2 = igual que antes 3 = algo más 4 = bastante más 5 = mucho más	13. Consumo de fármacos	1 = no se medica 2 = igual que antes 3 = algo más 4 = bastante más 5 = mucho más
14. Agitación	1 = igual que antes 2 = algo más 3 = bastante más 4 = mucho más	15. Irascibilidad	1 = igual que antes 2 = algo más 3 = bastante más 4 = mucho más
16. Conflictividad laboral	1 = igual que antes 2 = algo más 3 = bastante más 4 = mucho más	17. Conflictividad personal o familiar	1 = igual que antes 2 = algo más 3 = bastante más 4 = mucho más
18. Miedo o temor	1 = igual que antes 2 = algo más 3 = bastante más 4 = mucho más	19. Tristeza o decaimiento	1 = igual que antes 2 = algo más 3 = bastante más 4 = mucho más
20. Estrés psicológico	1 = no lo padece 2 = igual que antes 3 = algo más 4 = bastante más 5 = mucho más	21. Ansiedad	1 = no la padece 2 = igual que antes 3 = algo más 4 = bastante más 5 = mucho más
22. Depresión	1 = no la padece 2 = igual que antes 3 = algo más 4 = bastante más 5 = mucho más	23. Afectación laboral	1 = nula 2 = baja 3 = media 4 = alta
24. Afectación personal	1 = nula 2 = baja 3 = media 4 = alta		

Cuadro 4.

Variables sobre la gestión de los estados psicológicos.

Variables	Categorías	Variables	Categorías
25. Estados compartidos en el trabajo	1 = nunca 2 = a veces 3 = a menudo 4 = a diario	26. Estados compartidos fuera del trabajo	1 = nunca 2 = a veces 3 = a menudo 4 = a diario
27. Necesidad de atención psicológica	1 = nula 2 = escasa 3 = moderada 4 = alta	28. Conocimiento de los servicios de atención psicológica	1 = ninguno 2 = escaso 3 = moderado 4 = alto
29. Uso de los servicios de atención psicológica	1 = nunca 2 = a veces 3 = a menudo 4 = a diario	30. Motivo de no uso de los servicios	1 = desconocimiento 2 = innecesariedad 3 = inutilidad 4 = temor personal 5 = temor laboral
31. Servicios psicológicos específicos	1 = innecesarios 2 = algo necesarios 3 = bastante necesarios 4 = muy necesarios	32. Necesidad de atención futura	1 = nada probable 2 = algo probable 3 = bastante probable 4 = muy probable

4.5. Análisis de datos

4.5.1. Descriptivo

Mediante el programa estadístico SPSS, versión 25.0, se tabularon y graficaron los datos en los distintos factores analizados para facilitar su posterior lectura e interpretación, así como se obtuvieron los índices de tendencia central y variabilidad más adecuados e importantes en cada tipo de variable.

4.5.2. Inferencial

Usando el mismo programa, se aplican contrastes de las puntuaciones medias de cada variable psicológica (variables dependientes) entre los valores de las variables explicativas o independientes (sexo, edad y riesgo de contagio autopercibido). Se aplican las pruebas no paramétricas U de Mann-Whitney y H de Kruskal-Wallis para grupos independientes, dependiendo de si son dos o más grupos respectivamente, ya que en ningún caso se cumple adecuadamente el requisito de normalidad ($p < 0,05$), comprobado mediante la prueba de Kolmogorov-Smirnov para $n \geq 50$ (ver Apéndice). Para todos los contrastes realizados, se fija un nivel de significación del 5% ($\alpha = 0,05$) y, en las pruebas que resultan significativas, se informa del tamaño del efecto y de la potencia del contraste con el programa G*Power (Cárdenas y Arancibia, 2014).

4.5.3. Análisis psicométrico

Finalmente, con el objeto de aportar pruebas científicas iniciales que puedan avalar el uso del cuestionario en sucesivos estudios, se procede a analizar la calidad de los ítems mediante el cálculo de los coeficientes alpha de fiabilidad (consistencia interna de los ítems) para cada subescala y para el total del cuestionario, así como a través de un análisis factorial exploratorio para determinar, de momento, evidencias de validez de constructo, usando igualmente el programa SPSS.

5. Resultados del análisis descriptivo

5.1. Datos sociodemográficos

5.1.1. Sexo

Tabla 1.

Distribución empírica de frecuencias.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Sexo	Hombre	40	28,4	28,4
	Mujer	101	71,6	100,0
	Total	141	100,0	

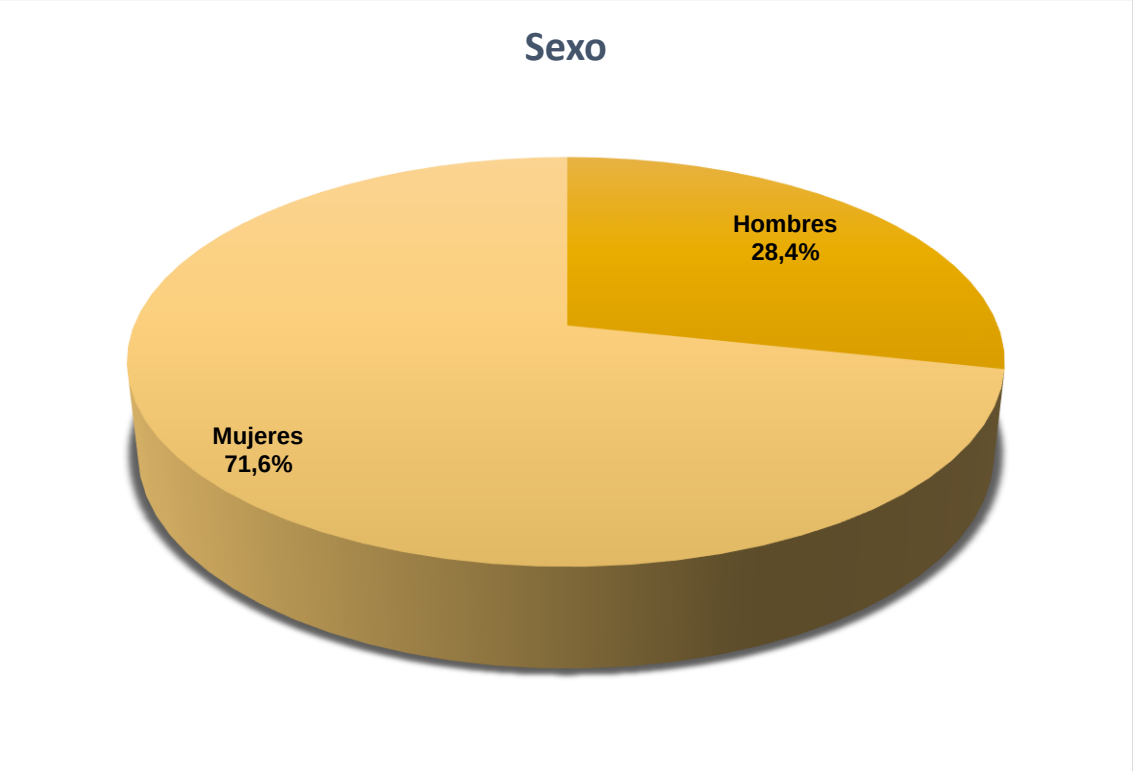

Figura 1. Ciclograma de la variable sexo.

Tabla 2.

Estadísticos.

N	Válido	141
Media		-----
Mediana		-----
Moda		2 (mujeres)
Desviación típica		-----

5.1.2. Edad

Tabla 3.

Distribución empírica de frecuencias.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Válido	Entre 18 y 25 años.	8	5,7	5,7
	Entre 26 y 30 años.	18	12,8	18,4
	Entre 31 y 35 años.	8	5,7	24,1
	Entre 36 y 40 años.	15	10,6	34,8
	Entre 41 y 45 años.	17	12,1	46,8
	Entre 46 y 50 años.	20	14,2	61,0
	Entre 51 y 55 años	22	15,6	76,6
	Entre 56 y 60 años.	16	11,3	87,9
	Entre 61 y 65 años.	15	10,6	98,6
	Más de 65 años.	2	1,4	100,0
	Total	141	100,0	

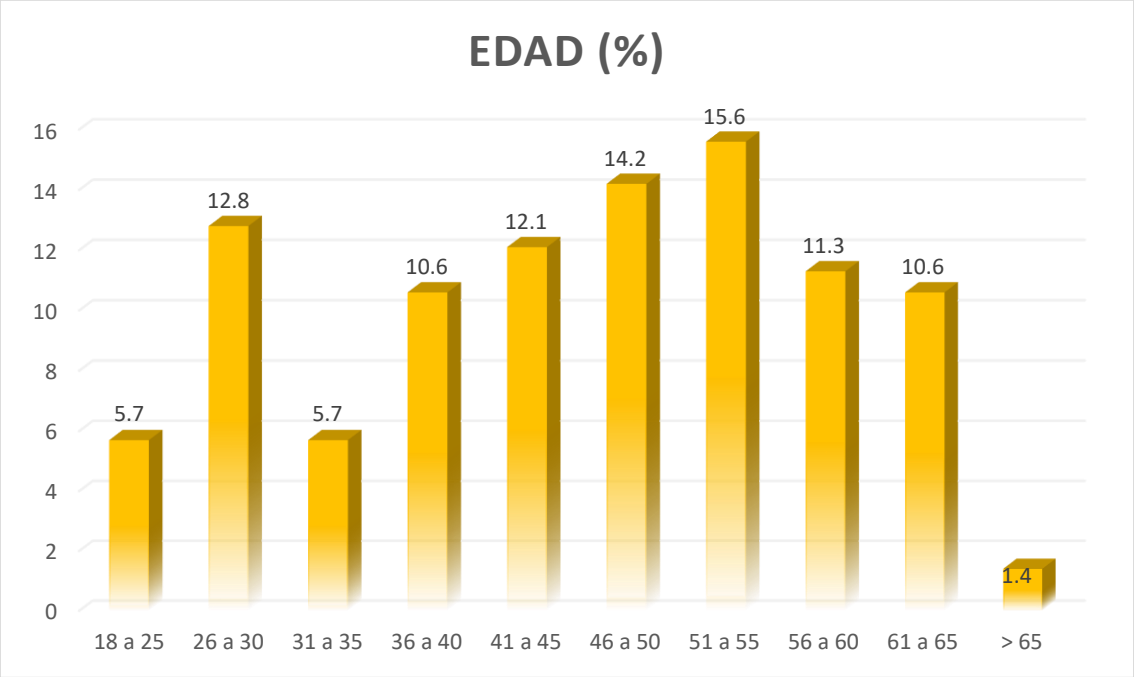

Figura 2. Diagrama de barras de la variable edad.

Tabla 4.

Estadísticos.

N	Válido 141	Escala ordinal	Escala de razón
Media		5,4610	45,25 años
Mediana		6,0000	48,00 años
Moda		7,00	53,00 años
Desviación típica		2,4626	12,31 años

5.2. Datos laborales

5.2.1. Entidad sanitaria

Tabla 5.

Distribución empírica de frecuencias.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Válido	Hospital público	73	51,8	51,8
	Hospital privado	8	5,7	57,4
	Ambulatorio público	32	22,7	80,1
	Ambulatorio privado	7	5,0	85,1
	Consulta privada	21	14,9	100,0
	Total	141	100,0	

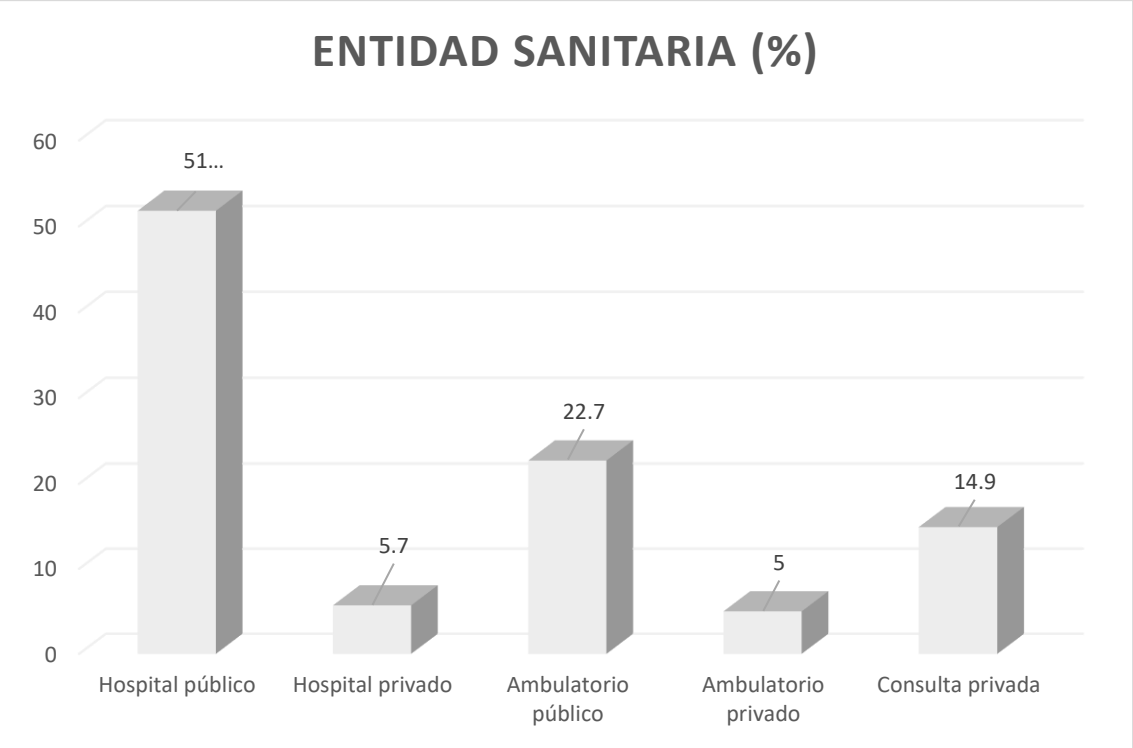

Figura 3. Diagrama de barras de la variable entidad sanitaria.

Tabla 6.

Estadísticos.

N	Válido	141
Media		-----
Mediana		-----
Moda		1,00 (hospital público)
Desviación típica		-----

5.2.2. Profesión

Tabla 7.

Distribución empírica de frecuencias.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Válido	Auxiliar de enfermería.	21	14,9	14,9
	Celador/a.	5	3,5	18,4
	Enfermería.	68	48,2	66,7
	Fisioterapia.	8	5,7	72,3
	Medicina.	28	19,9	92,2
	Psicología.	3	2,1	94,3
	Administración	2	1,4	95,7
	Trabajo social	1	,7	96,5
	Limpieza	1	,7	97,2
	Recepción	3	2,1	99,3
	Conducción	1	,7	100,0
	Total	141	100,0	

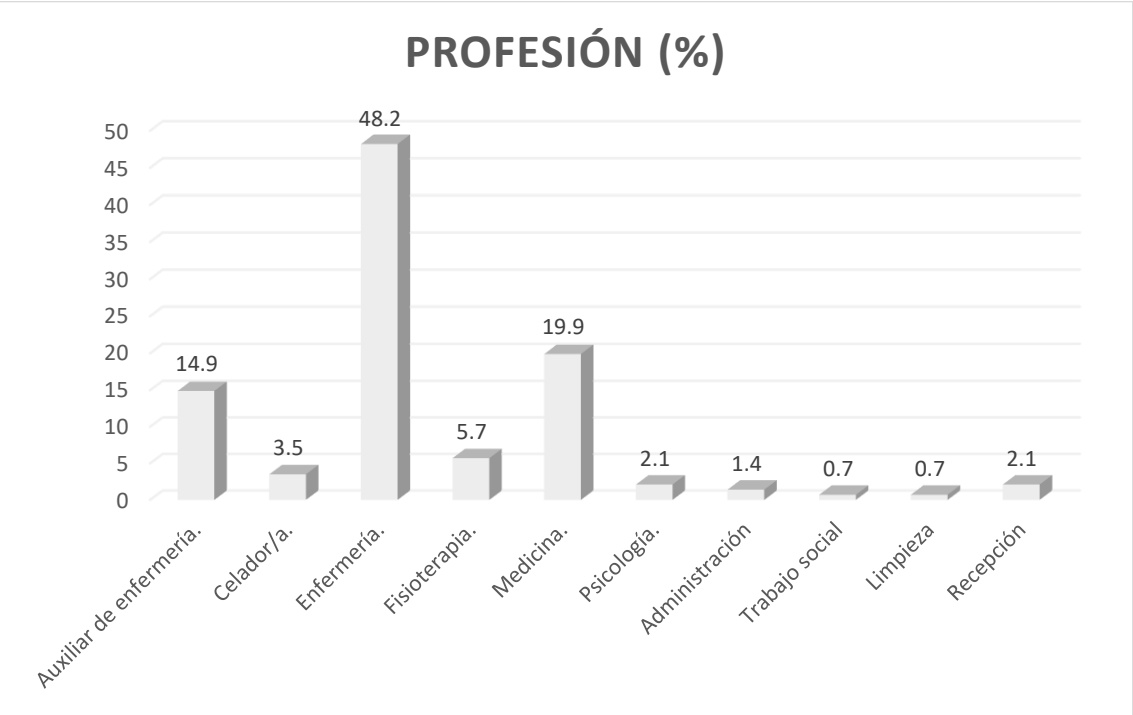

Figura 4. Diagrama de barras de la variable profesión.

Tabla 8.

Estadísticos.

N	Válido	141
Media		-----
Mediana		-----
Moda		3,00 (enfermería)
Desviación típica		-----

5.2.3. Riesgo de contagio autopercibido

Tabla 9.

Distribución empírica de frecuencias.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Válido	Nulo o muy bajo	6	4,3	4,3
	Bajo	23	16,3	20,6
	Medio	34	24,1	44,7
	Alto	47	33,3	78,0
	Muy alto	31	22,0	100,0
	Total	141	100,0	

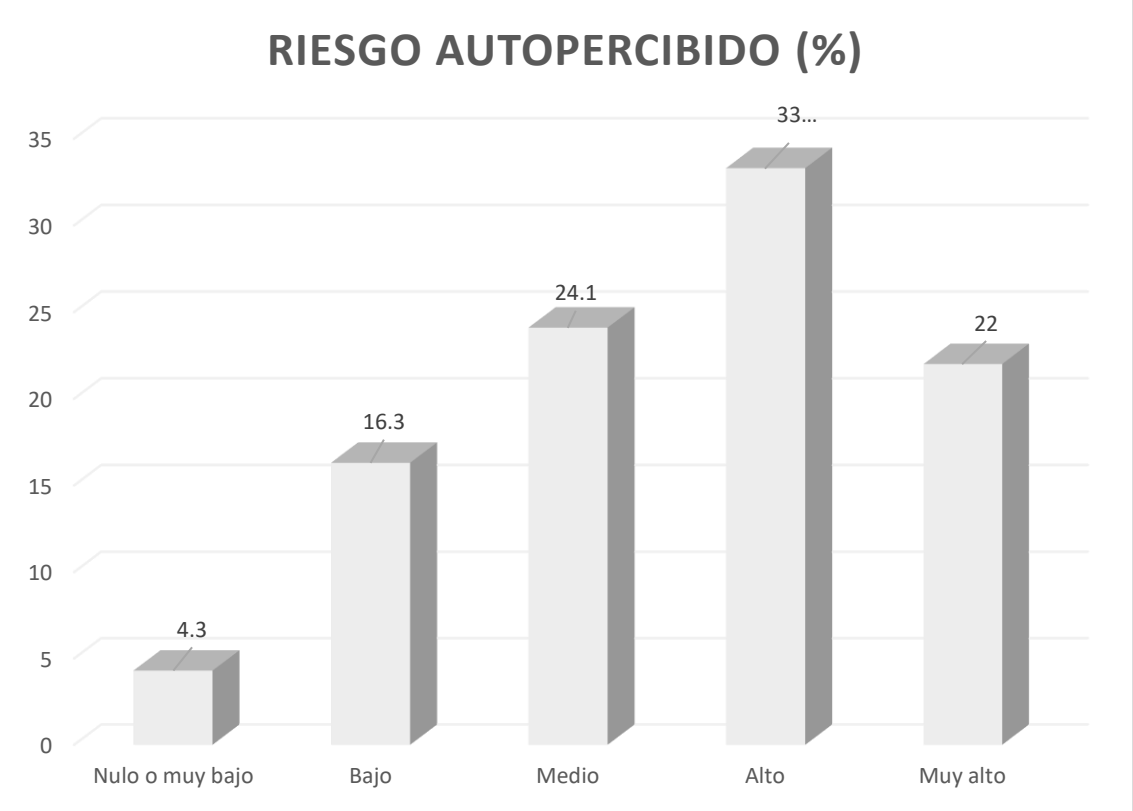

Figura 5. Diagrama de barras de la variable riesgo de contagio.

Tabla 10.

Estadísticos.

		Riesgo autopercibido
N	Válido	141
Media		3,5248
Mediana		4,0000
Moda		4,0000
Desviación típica		1,13125

5.3. Cambios en los estados psicológicos

A) Cogniciones y estados anímicos

5.3.1. Preocupación

Tabla 11.

Distribución empírica de frecuencias.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Válido	Igual que antes	2	1,4	1,4
	Algo más que antes	25	17,7	19,1
	Bastante más que antes	47	33,3	52,5
	Mucho más que antes	67	47,5	100,0
	Total	141	100,0	

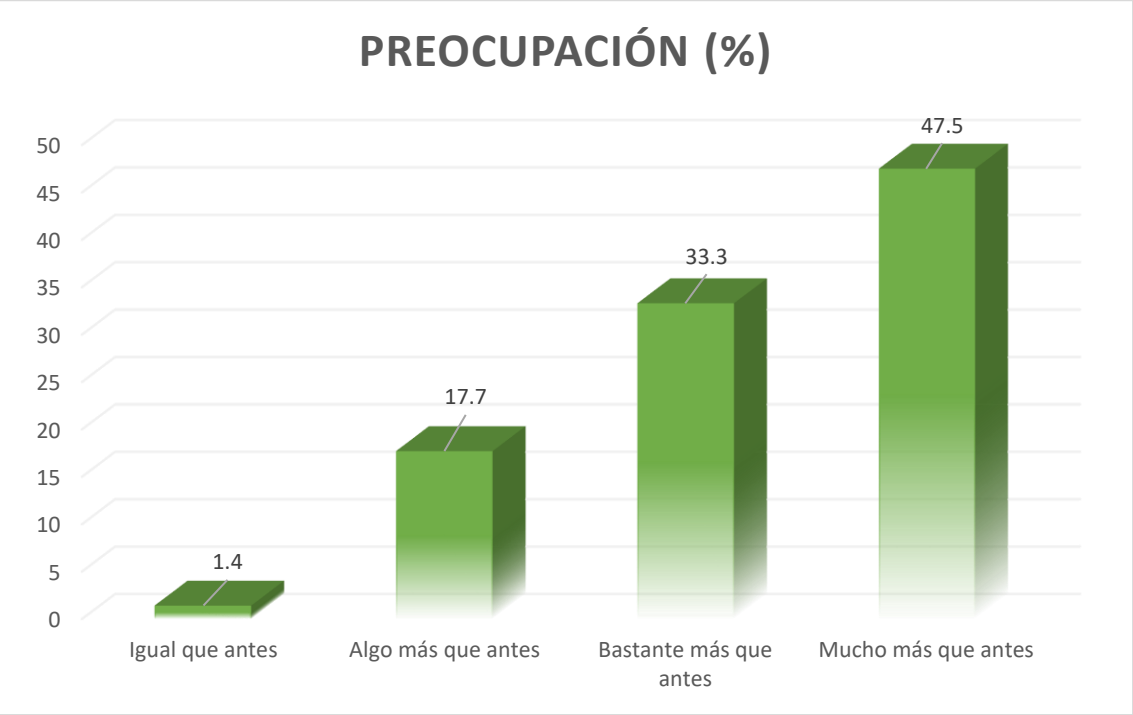

Figura 6. Diagrama de barras de la variable preocupación.

Tabla 12.

Estadísticos.

		Preocupación
N	Válido	141
Media		3,2695
Mediana		3,0000
Moda		4,0000
Desviación típica		,80071

5.3.2. Inseguridad

Tabla 13.

Distribución empírica de frecuencias.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Válido	Igual que antes	21	14,9	14,9
	Algo más que antes	33	23,4	38,3
	Bastante más que antes	48	34,0	72,3
	Mucho más que antes	39	27,7	100,0
	Total	141	100,0	

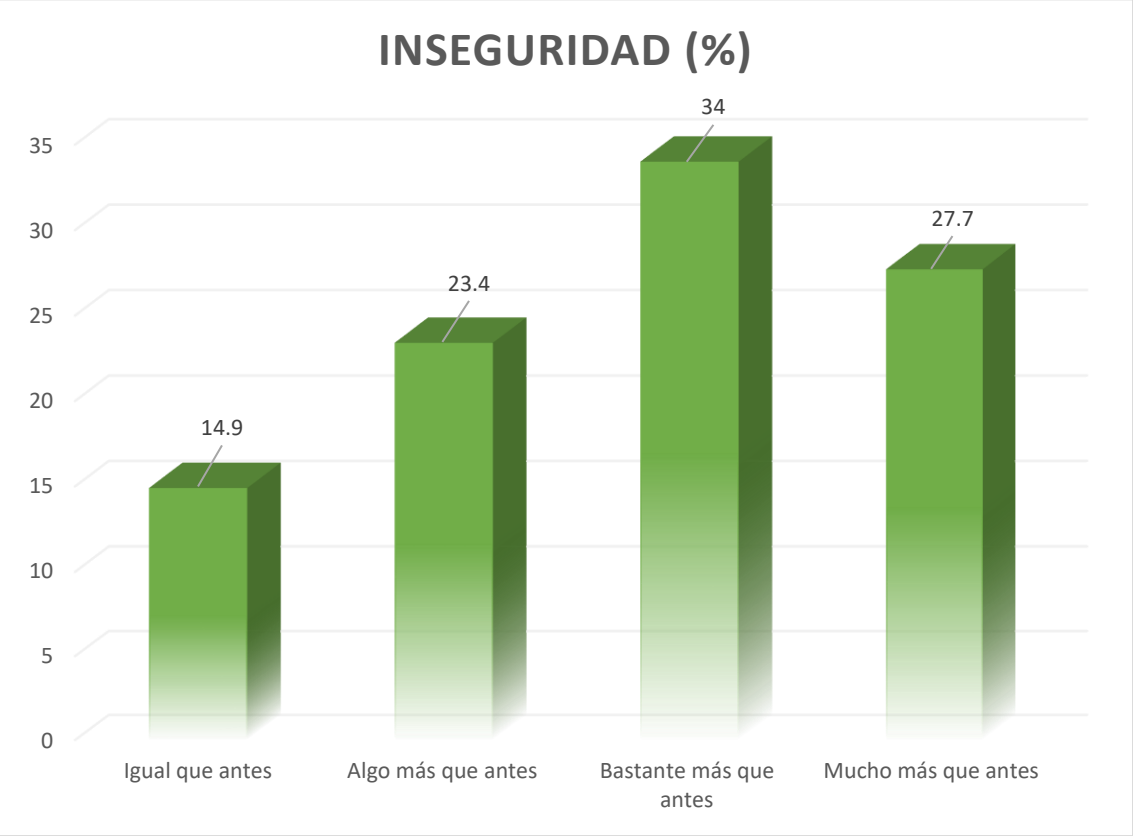

Figura 7. Diagrama de barras de la variable inseguridad.

Tabla 14.

Estadísticos.

		Inseguridad
N	Válido	141
Media		2,7447
Mediana		3,0000
Moda		3,0000
Desviación típica		1,02403

5.3.3. Confusión

Tabla 15.

Distribución empírica de frecuencias.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Válido	Igual que antes	48	34,0	34,0
	Algo más que antes	45	31,9	66,0
	Bastante más que antes	32	22,7	88,7
	Mucho más que antes	16	11,3	100,0
	Total	141	100,0	

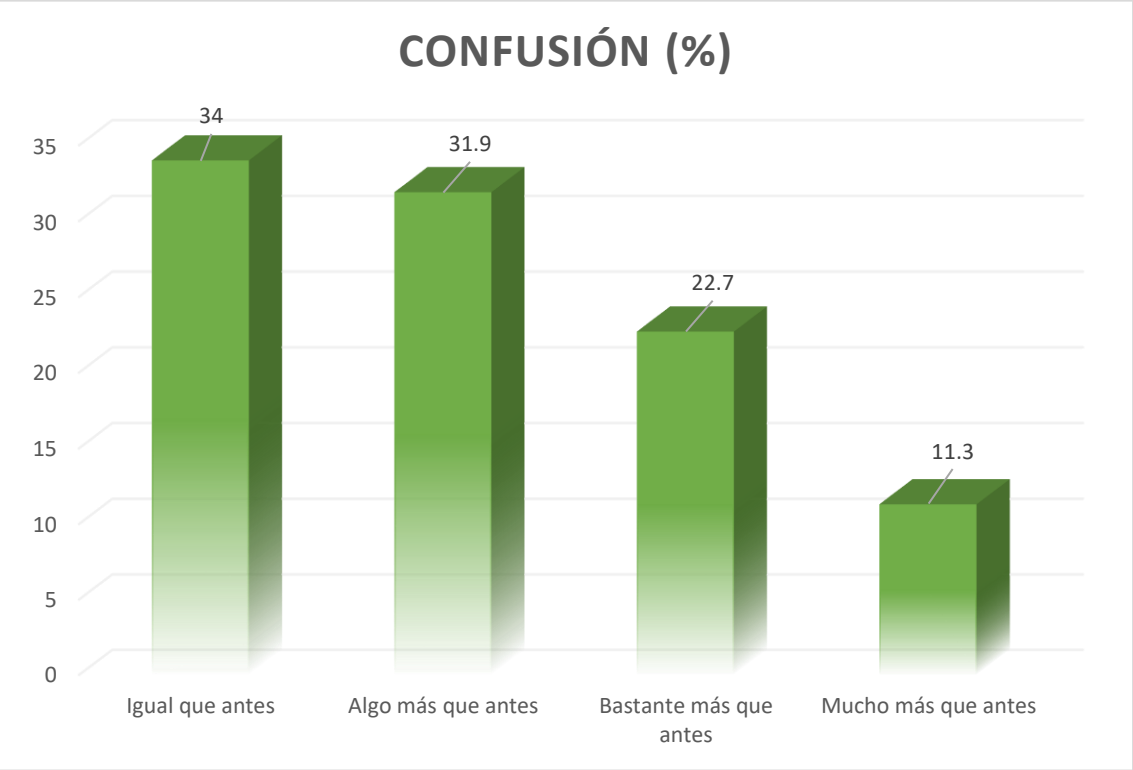

Figura 8. Diagrama de barras de la variable confusión.

Tabla 16.

Estadísticos.

		Confusión
N	Válido	141
Media		2,1135
Mediana		2,0000
Moda		1,0000
Desviación típica		1,00777

5.3.4. Miedo o temor

Tabla 17.

Distribución empírica de frecuencias.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Válido	Igual que antes	11	7,8	7,8
	Algo más que antes	25	17,7	25,5
	Bastante más que antes	41	29,1	54,6
	Mucho más que antes	64	45,4	100,0
	Total	141	100,0	

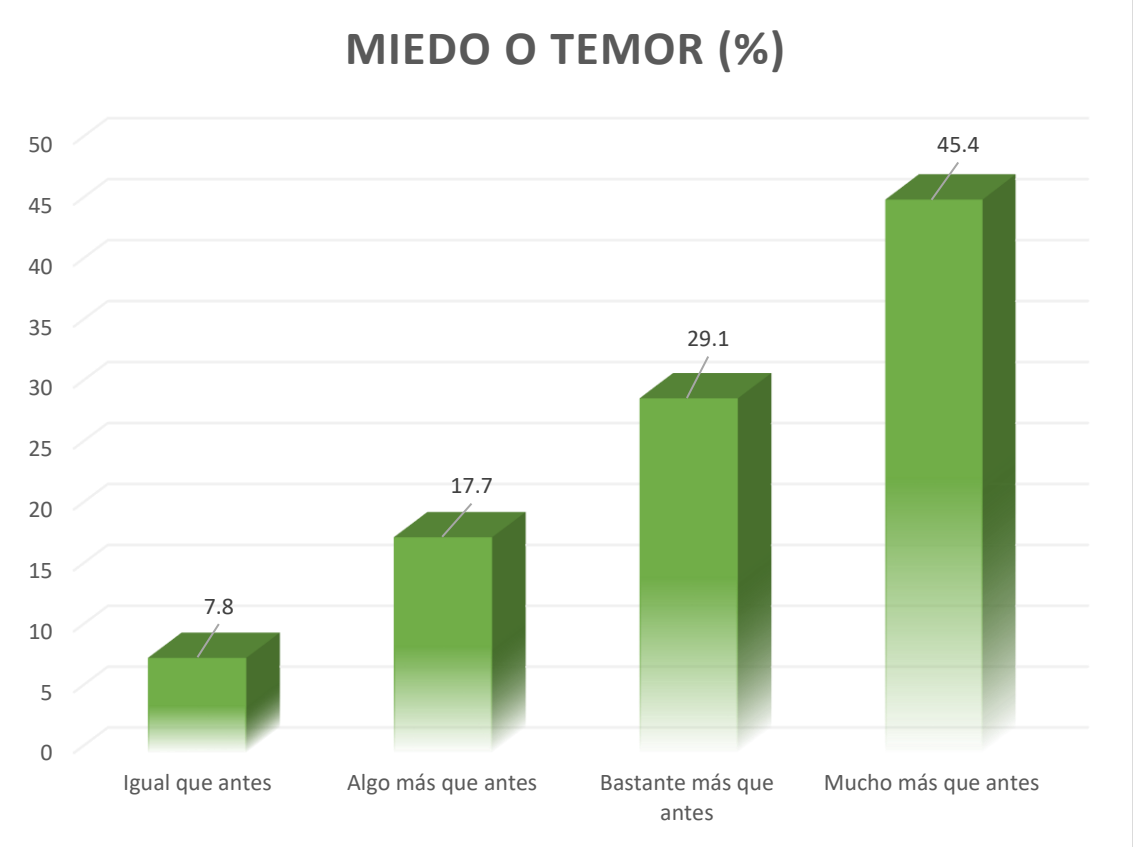

Figura 9. Diagrama de barras de la variable miedo o temor.

Tabla 18.

Estadísticos.

		Miedo o temor
N	Válido	141
Media		1,7447
Mediana		1,0000
Moda		1,00
Desviación típica		,91343

5.3.5. Tristeza o decaimiento

Tabla 19.

Distribución empírica de frecuencias.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Válido	Igual que antes	22	15,6	15,6
	Algo más que antes	46	32,6	48,2
	Bastante más que antes	37	26,2	74,5
	Mucho más que antes	36	25,5	100,0
	Total	141	100,0	

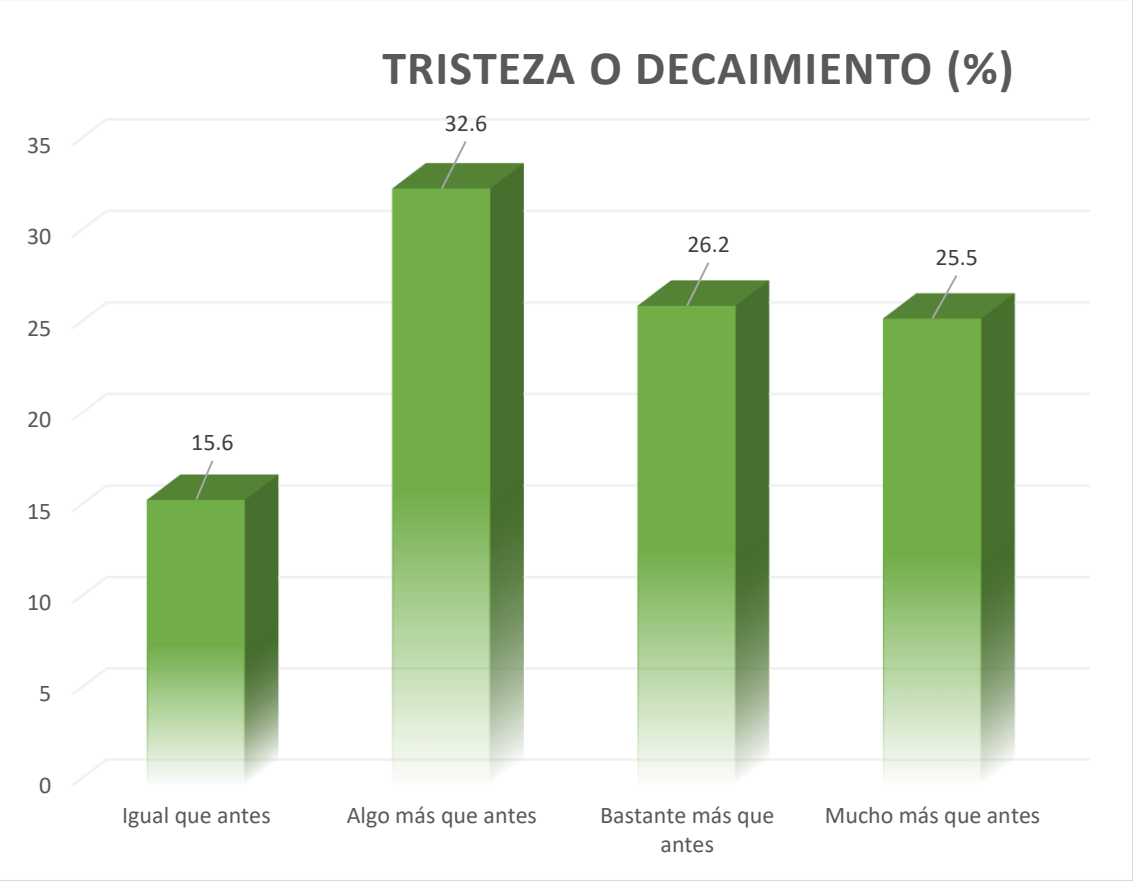

Figura 10. Diagrama de barras de la variable tristeza o decaimiento.

Tabla 20.

Estadísticos.

		Miedo o temor
N	Válido	141
Media		2,6170
Mediana		3,0000
Moda		2,0000
Desviación típica		1,03275

B) Síntomas físicos

5.3.6. Cansancio

Tabla 21.

Distribución empírica de frecuencias.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Válido	Igual que antes	15	10,6	10,6
	Algo más que antes	32	22,7	33,3
	Bastante más que antes	41	29,1	62,4
	Mucho más que antes	53	37,6	100,0
	Total	141	100,0	

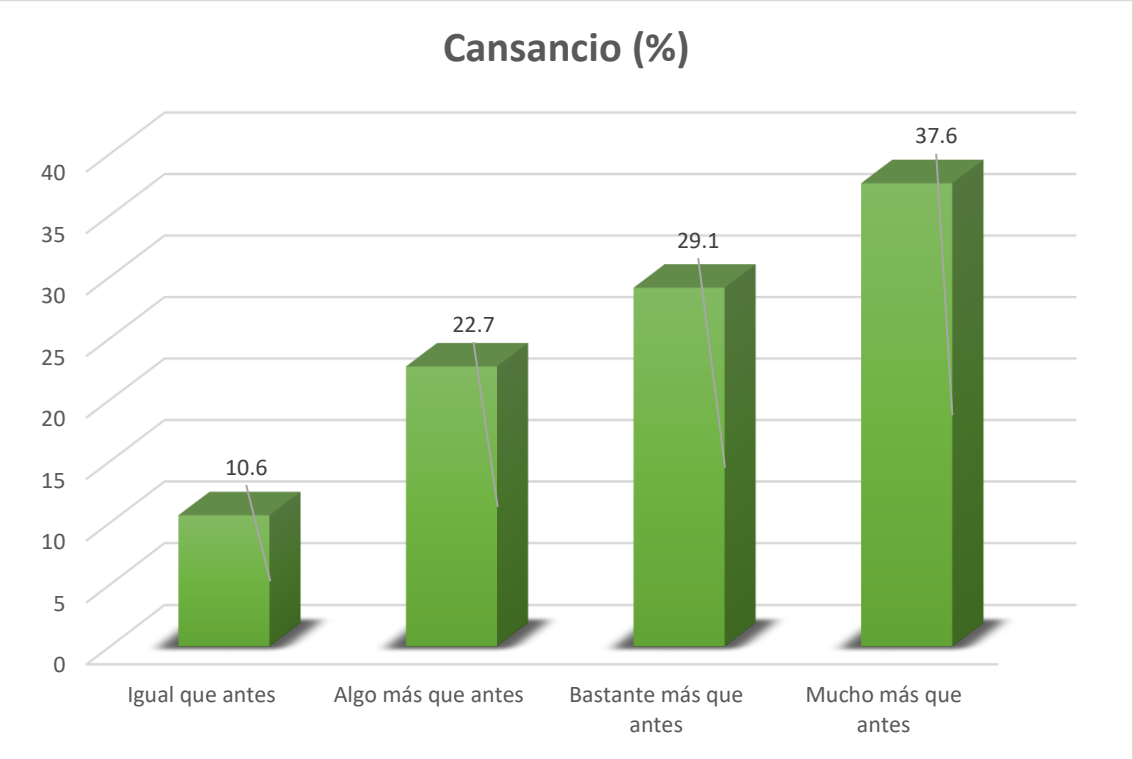

Figura 11. Diagrama de barras de la variable síntomas físicos.

Tabla 22.

Estadísticos.

		Cansancio
N	Válido	141
Media		2,9362
Mediana		3,0000
Moda		4,0000
Desviación típica		1,01568

5.3.7. Trastornos del sueño

Tabla 23.

Distribución empírica de frecuencias.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Válido	Igual que antes	32	22,7	22,7
	Algo más que antes	33	23,4	46,1
	Bastante más que antes	33	23,4	69,5
	Mucho más que antes	43	30,5	100,0
	Total	141	100,0	

Figura 12. Diagrama de barras de la variable trastornos del sueño.

Tabla 24.

Estadísticos.

		Trastornos del sueño
N	Válido	141
Media		2,6170
Mediana		3,0000
Moda		4,0000
Desviación típica		1,14430

5.3.8. Agitación

Tabla 25.

Distribución empírica de frecuencias.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Válido	Igual que antes	27	19,1	19,1
	Algo más que antes	56	39,7	58,9
	Bastante más que antes	34	24,1	83,0
	Mucho más que antes	24	17,0	100,0
	Total	141	100,0	

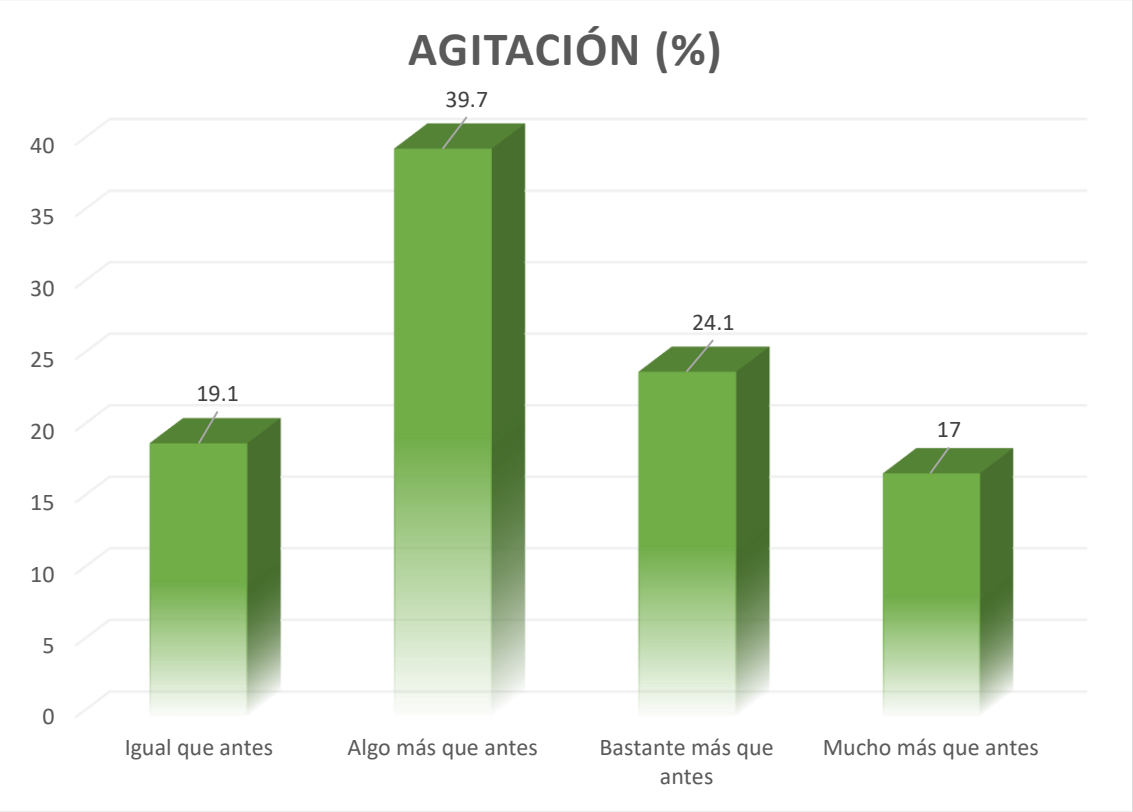

Figura 13. Diagrama de barras de la variable agitación.

Tabla 26.

Estadísticos.

		Agitación
N	Válido	141
Media		2,3901
Mediana		2,0000
Moda		2,0000000
Desviación típica		,98396

C) Consumo de sustancias

5.3.9. Consumo de tabaco

Tabla 27.

Distribución empírica de frecuencias.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Válido	No fuma	101	71,6	71,6
	Igual que antes	11	7,8	79,4
	Algo más que antes	7	5,0	84,4
	Bastante más que antes	5	3,5	87,9
	Mucho más que antes	17	12,1	100,0
	Total	141	100,0	

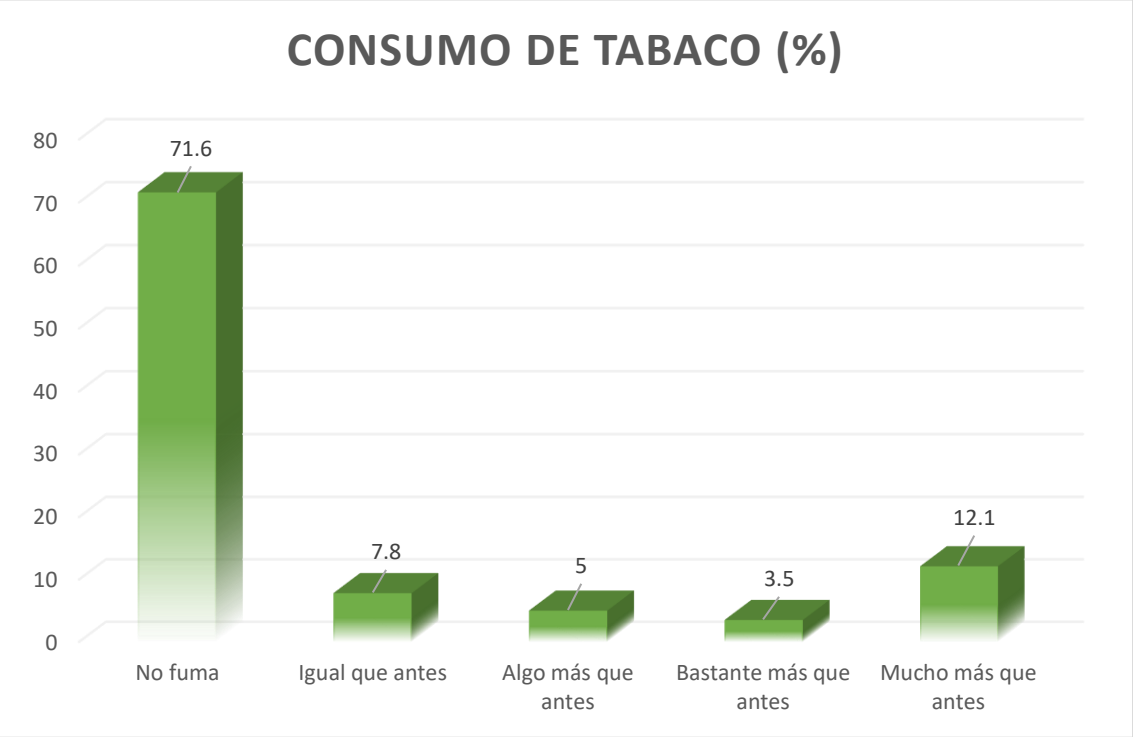

Figura 14. Diagrama de barras de la variable consumo de tabaco.

Tabla 28.

Estadísticos.

		Consumo de tabaco
N	Válido	141
Media		1,7660
Mediana		1,0000
Moda		1,0000
Desviación típica		1,39713

5.3.10. Consumo de alcohol

Tabla 29.

Distribución empírica de frecuencias.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Válido	No bebe	83	58,9	58,9
	Igual que antes	40	28,4	87,2
	Algo más que antes	14	9,9	97,2
	Bastante más que antes	3	2,1	99,3
	Mucho más que antes	1	,7	100,0
	Total	141	100,0	

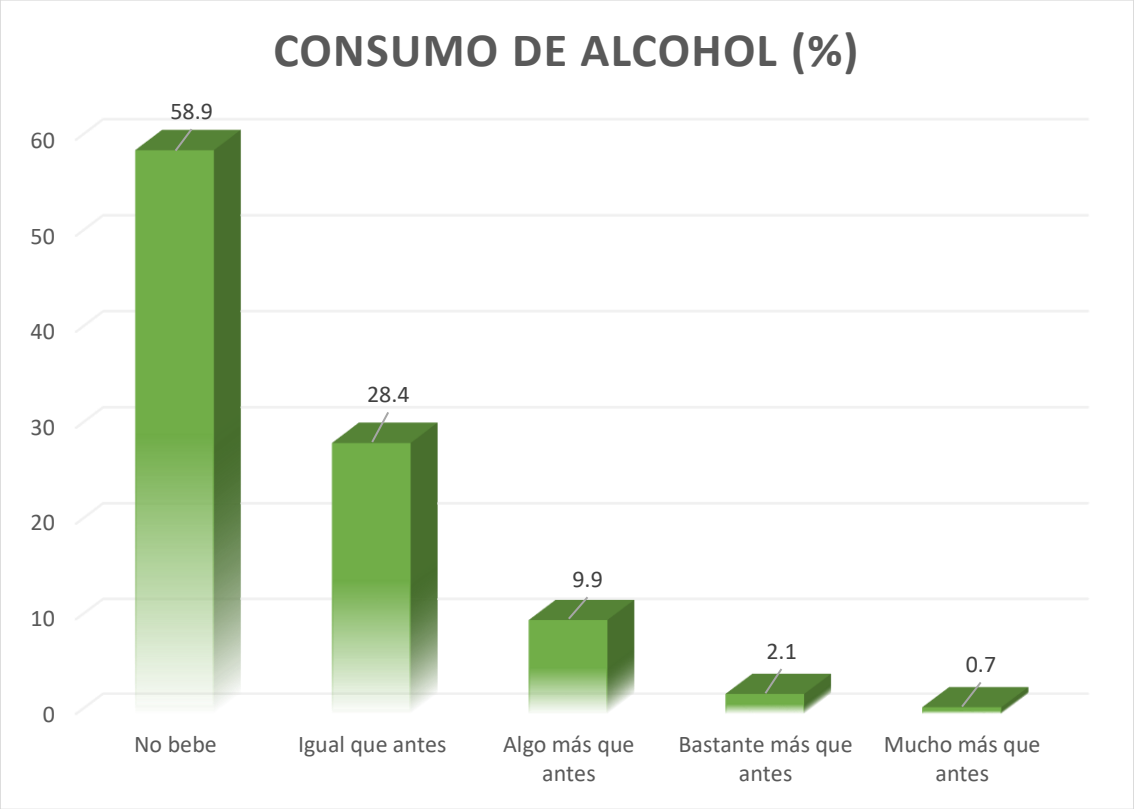

Figura 15. Diagrama de barras de la variable consumo de alcohol.

Tabla 30.

Estadísticos.

		Consumo de alcohol
N	Válido	141
Media		1,5745
Mediana		1,0000
Moda		1,0000
Desviación típica		,81270

5.3.11. Consumo de fármacos

Tabla 31.

Distribución empírica de frecuencias.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Válido	No se medica	58	41,1	41,1
	Igual que antes	36	25,5	66,7
	Algo más que antes	30	21,3	87,9
	Bastante más que antes	12	8,5	96,5
	Mucho más que antes	5	3,5	100,0
	Total	141	100,0	

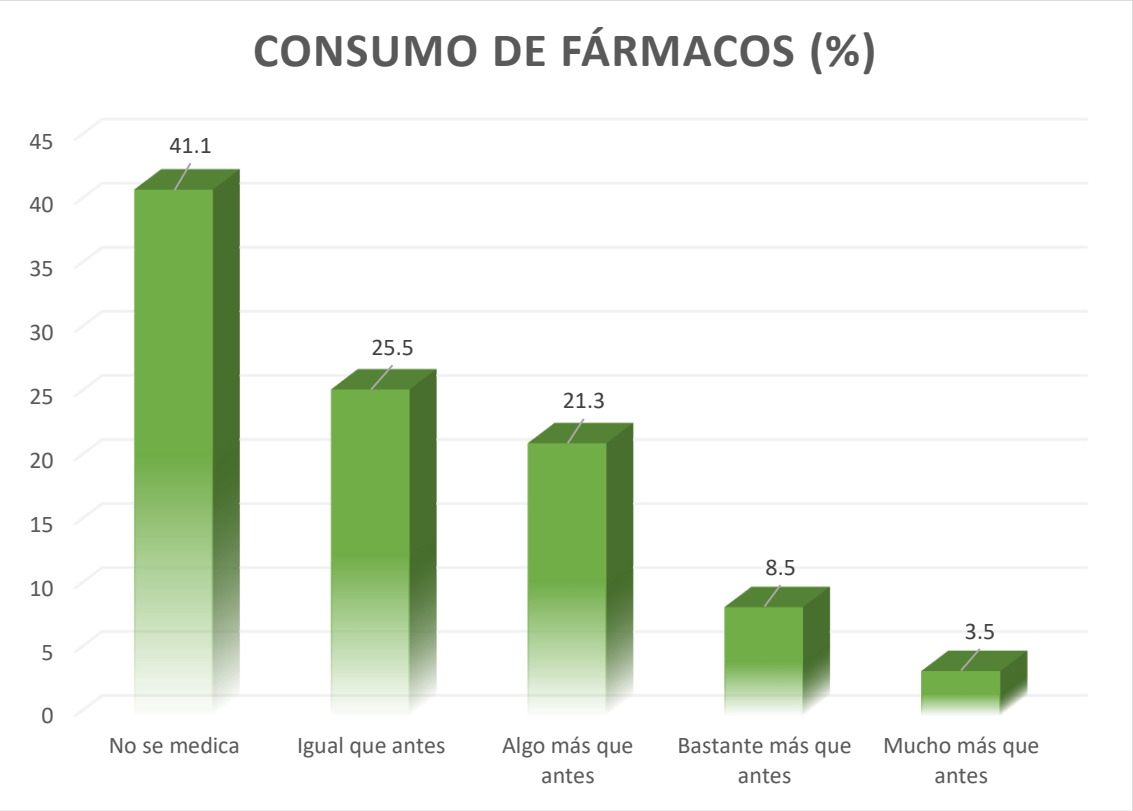

Figura 16. Diagrama de barras de la variable consumo de fármacos.

Tabla 32.

Estadísticos.

		Consumo de fármacos
N	Válido	141
Media		2,0780
Mediana		2,0000
Moda		1,0000
Desviación típica		1,13434

D) Irascibilidad y conflictividad

5.3.12. Irascibilidad

Tabla 33.

Distribución empírica de frecuencias.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Válido	Igual que antes	31	22,0	22,0
	Algo más que antes	46	32,6	54,6
	Bastante más que antes	41	29,1	83,7
	Mucho más que antes	23	16,3	100,0
	Total	141	100,0	

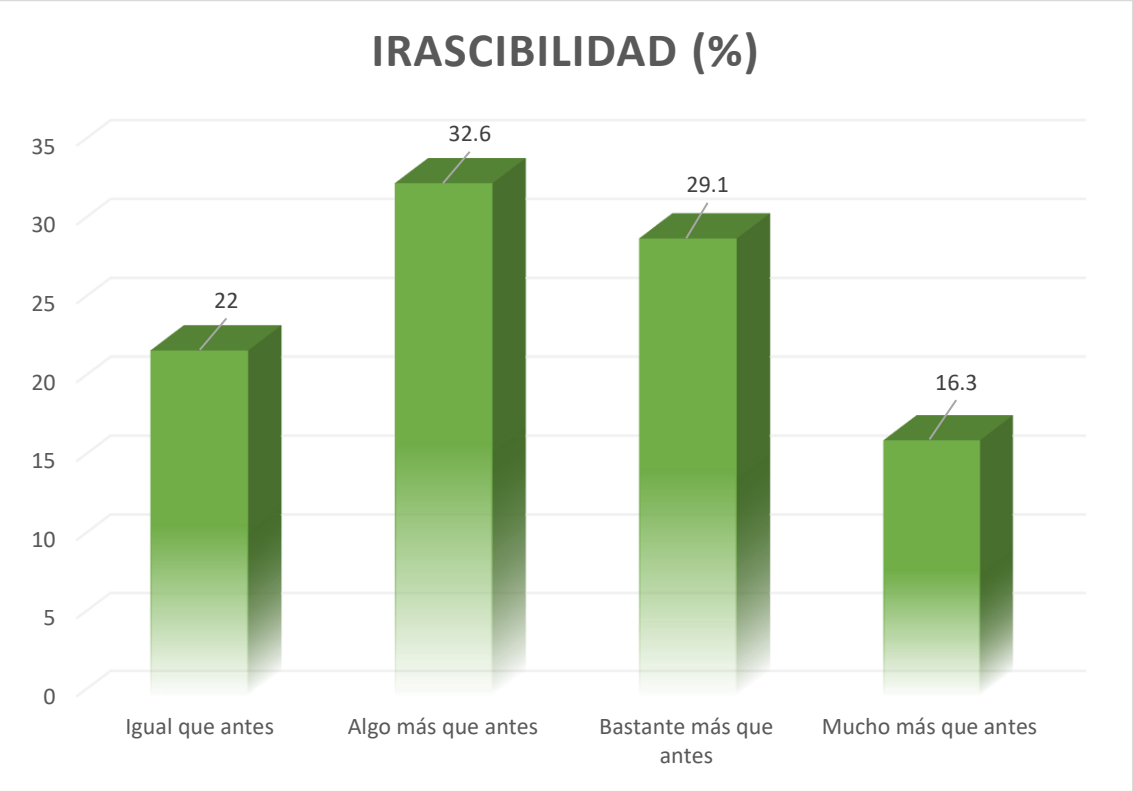

Figura 17. Diagrama de barras de la variable irascibilidad.

Tabla 34.

Estadísticos.

		Irascibilidad
N	Válido	141
Media		2,3972
Mediana		2,0000
Moda		2,0000
Desviación típica		1,06296

5.3.13. Conflictividad laboral

Tabla 35.

Distribución empírica de frecuencias.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Válido	Igual que antes	72	51,1	51,1
	Algo más que antes	42	29,8	80,9
	Bastante más que antes	18	12,8	93,6
	Mucho más que antes	9	6,4	100,0
	Total	141	100,0	

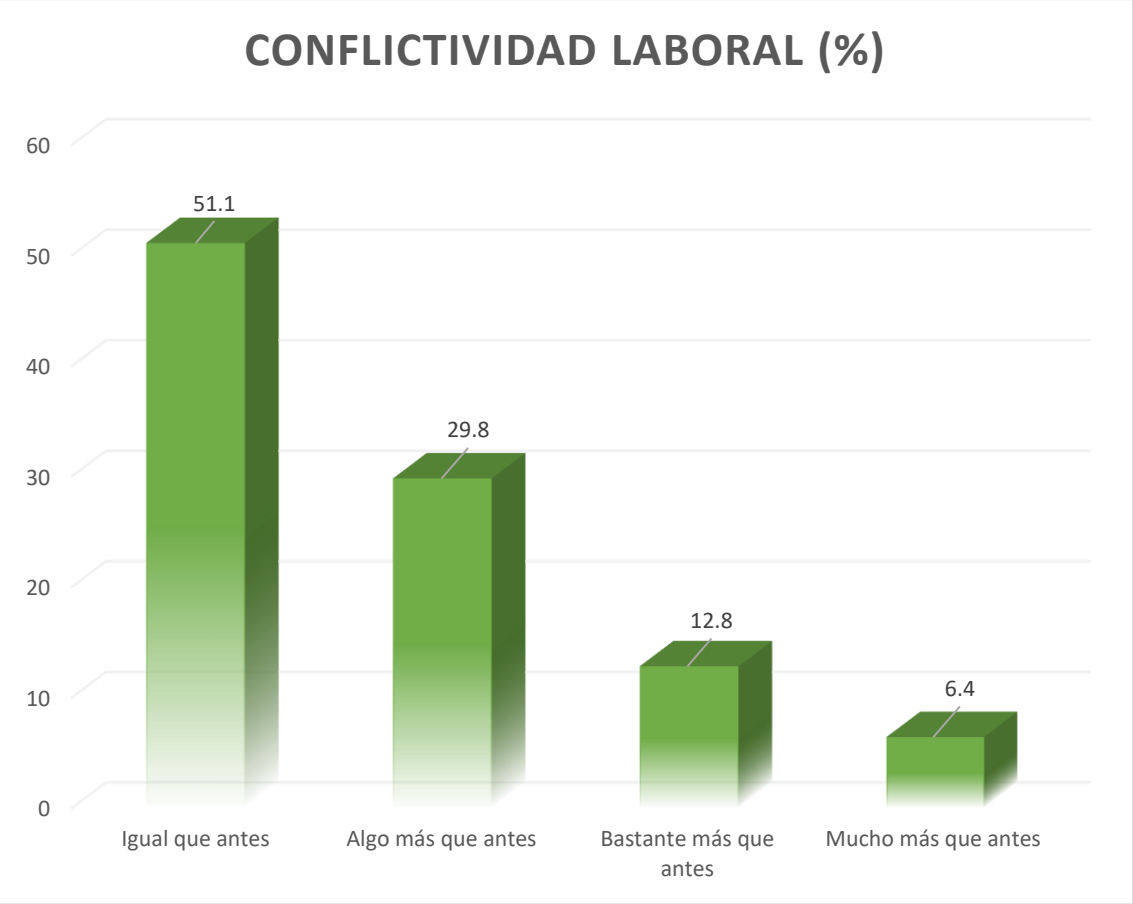

Figura 18. Diagrama de barras de la variable conflictividad laboral.

Tabla 36.

Estadísticos.

		Conflictividad laboral
N	Válido	141
Media		1,7447
Mediana		1,0000
Moda		1,0000
Desviación típica		,91343

5.3.14. Conflictividad personal (con el círculo íntimo)

Tabla 37.

Distribución empírica de frecuencias.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Válido	Igual que antes	65	46,1	46,1
	Algo más que antes	39	27,7	73,8
	Bastante más que antes	31	22,0	95,7
	Mucho más que antes	6	4,3	100,0
	Total	141	100,0	

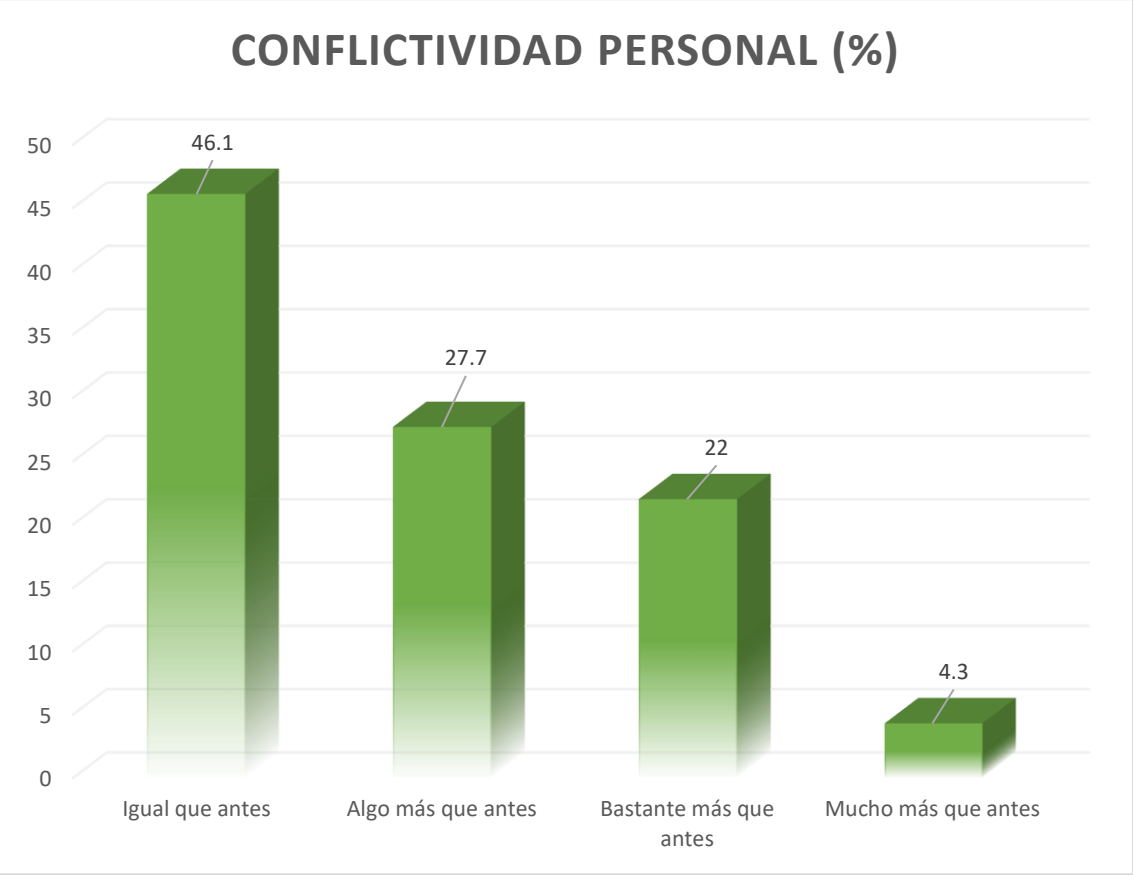

Figura 19. Diagrama de barras de la variable conflictividad personal.

Tabla 38.

Estadísticos.

		Conflictividad personal o familiar
N	Válido	141
Media		1,8440
Mediana		2,0000
Moda		1,0000
Desviación típica		,91248

E) Síntomas psicopatológicos

5.3.15. Estrés psicológico

Tabla 39.

Distribución empírica de frecuencias.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Válido	No padece estrés	8	5,7	5,7
	Igual que antes	8	5,7	11,3
	Algo más que antes	40	28,4	39,7
	Bastante más que antes	45	31,9	71,6
	Mucho más que antes	40	28,4	100,0
	Total	141	100,0	

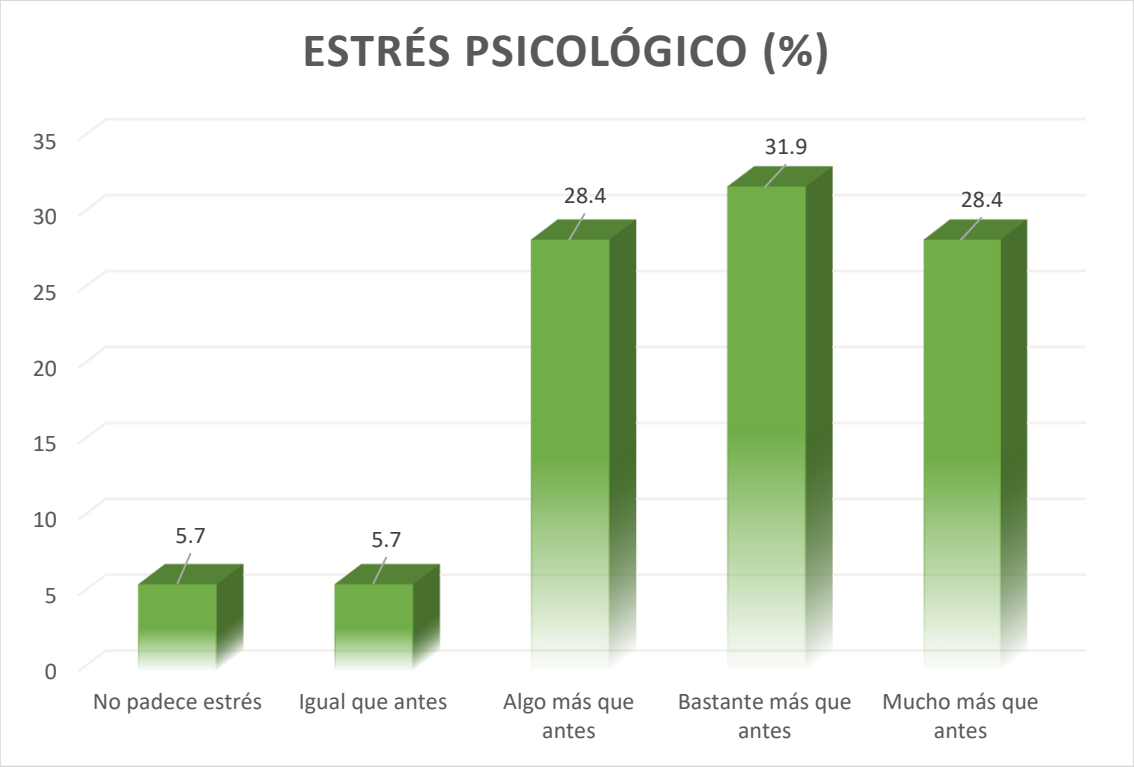

Figura 20. Diagrama de barras de la variable estrés.

Tabla 40.

Estadísticos.

		Estrés psicológico
N	Válido	141
Media		3,7163
Mediana		4,0000
Moda		4,0000
Desviación típica		1,11051

5.3.16. Ansiedad

Tabla 41.

Distribución empírica de frecuencias.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Válido	No padece ansiedad	15	10,6	10,6
	Igual que antes	19	13,5	24,1
	Algo más que antes	50	35,5	59,6
	Bastante más que antes	30	21,3	80,9
	Mucho más que antes	27	19,1	100,0
	Total	141	100,0	

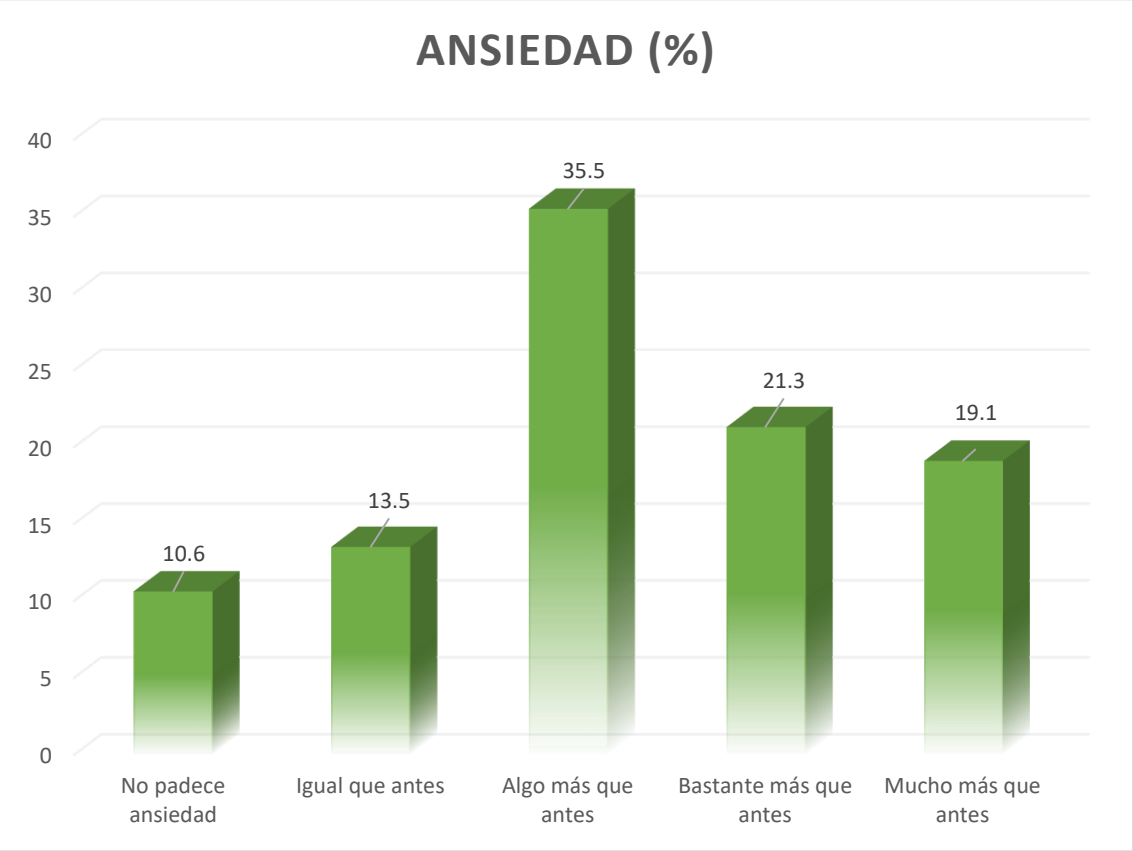

Figura 21. Diagrama de barras de la variable ansiedad.

Tabla 42.

Estadísticos.

		Ansiedad
N	Válido	141
Media		3,2482
Mediana		3,0000
Moda		3,0000
Desviación típica		1,21981

5.3.17. Depresión

Tabla 43.

Distribución empírica de frecuencias.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Válido	No padece depresión	56	39,7	39,7
	Igual que antes	16	11,3	51,1
	Algo más que antes	33	23,4	74,5
	Bastante más que antes	21	14,9	89,4
	Mucho más que antes	15	10,6	100,0
	Total	141	100,0	

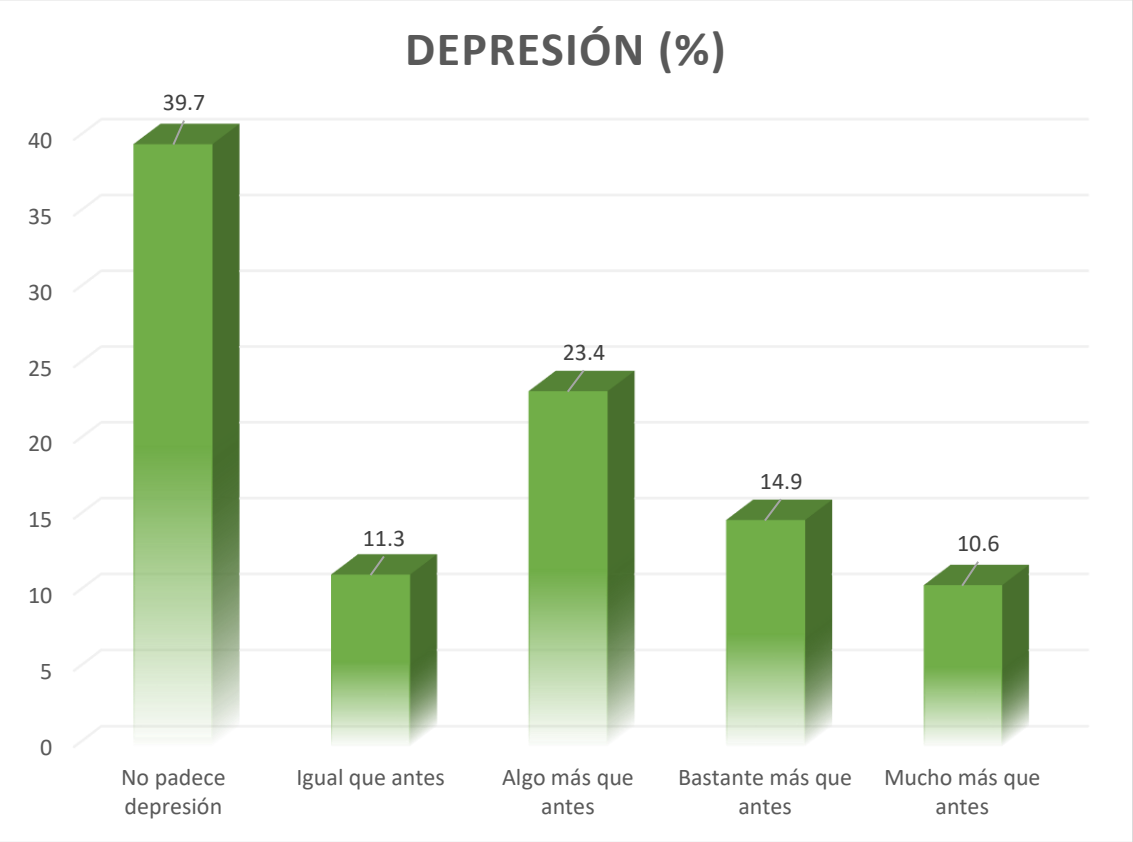

Figura 22. Diagrama de barras de la variable depresión.

Tabla 44.

Estadísticos.

		Depresión
N	Válido	141
Media		2,4539
Mediana		2,0000
Moda		1,0000
Desviación típica		1,41156

F) Afectación del estado de alarma

5.3.18. Afectación laboral

Tabla 45.

Distribución empírica de frecuencias.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Válido	Nula	62	44,0	44,0
	Baja	41	29,1	73,0
	Media	30	21,3	94,3
	Alta	8	5,7	100,0
	Total	141	100,0	

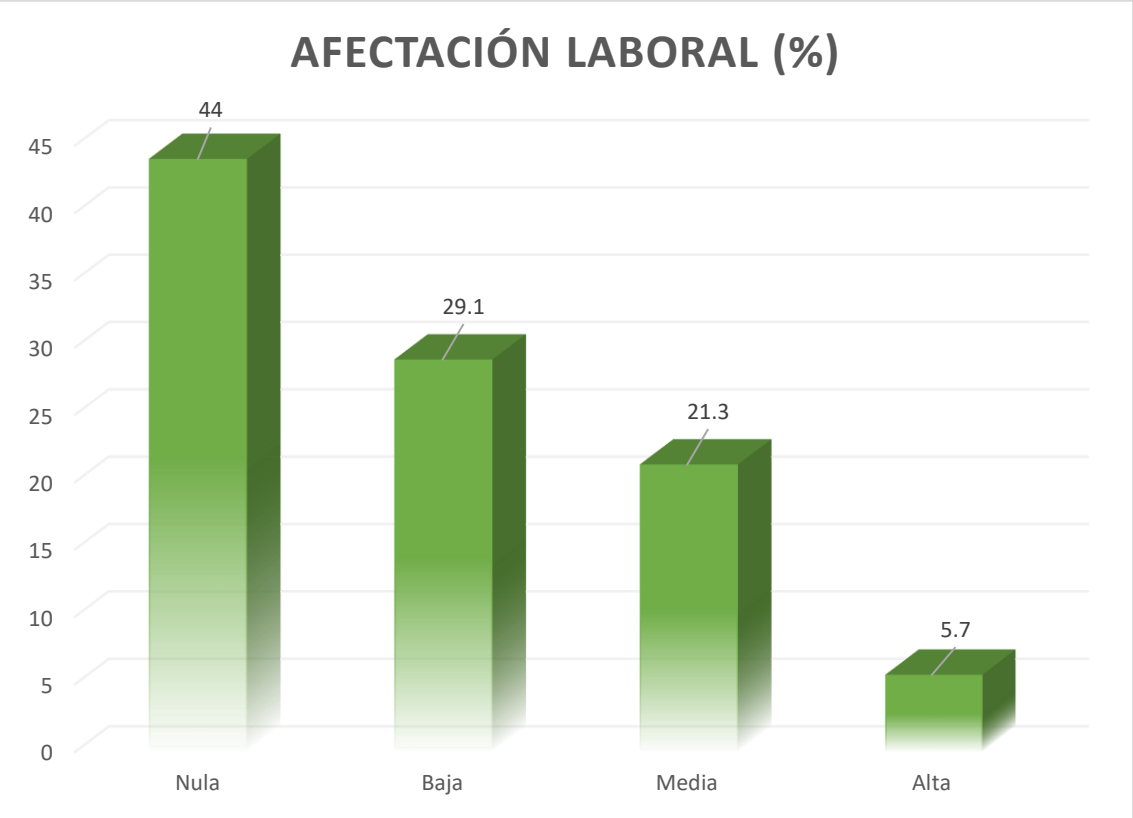

Figura 23. Diagrama de barras de la variable afectación laboral.

Tabla 46.

Estadísticos.

		Afectación laboral
N	Válido	141
Media		1,8865
Mediana		2,0000
Moda		1,0000
Desviación típica		,93421

5.3.19. Afectación personal

Tabla 47.

Distribución empírica de frecuencias.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Válido	Nula	40	28,4	28,4
	Baja	50	35,5	63,8
	Media	38	27,0	90,8
	Alta	13	9,2	100,0
	Total	141	100,0	

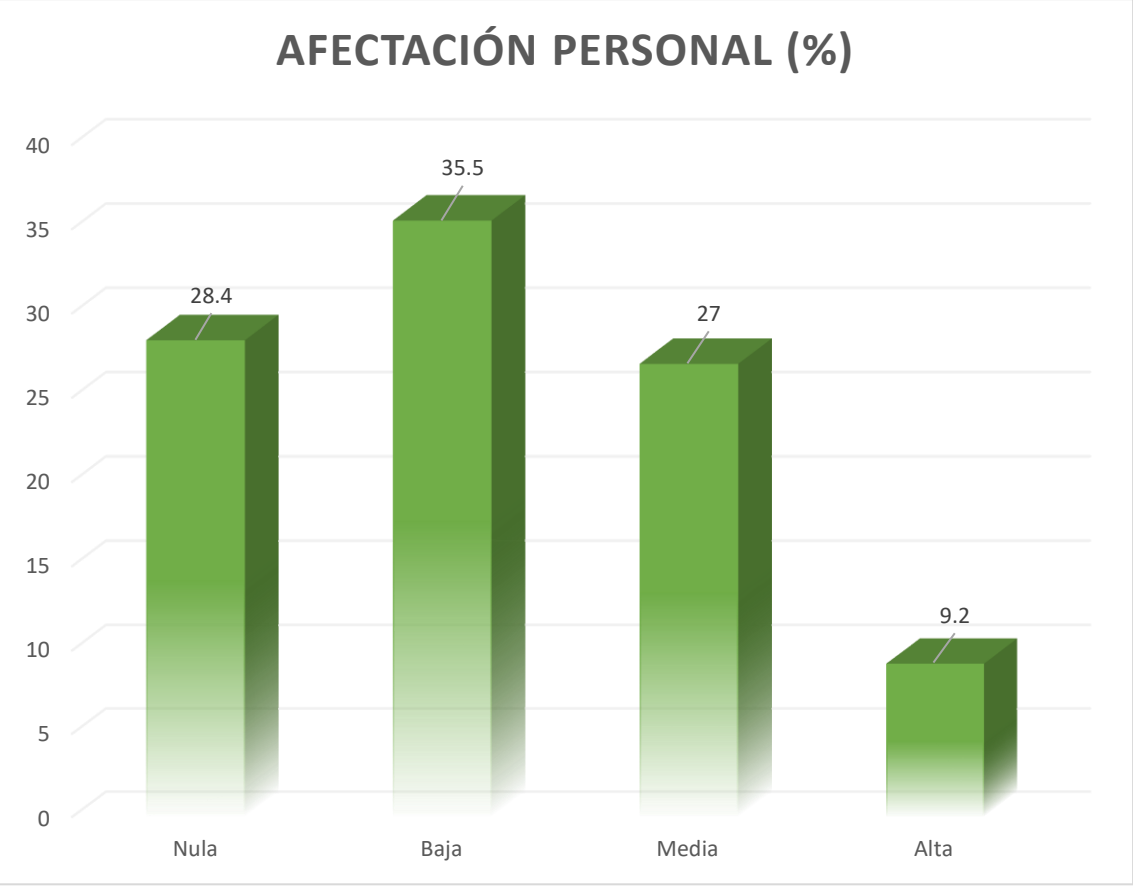

Figura 24. Diagrama de barras de la variable afectación personal.

Tabla 48.

Estadísticos.

		Afectación personal
N	Válido	141
Media		2,1702
Mediana		2,0000
Moda		2,0000
Desviación típica		,94836

5.4. Gestión de los estados psicológicos

A) Compartición de los estados psicológicos

5.4.1. Estados compartidos en el trabajo

Tabla 49.

Distribución empírica de frecuencias.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Válido	Nunca	10	7,1	7,1
	A veces	53	37,6	44,7
	A menudo	45	31,9	76,6
	A diario	33	23,4	100,0
	Total	141	100,0	

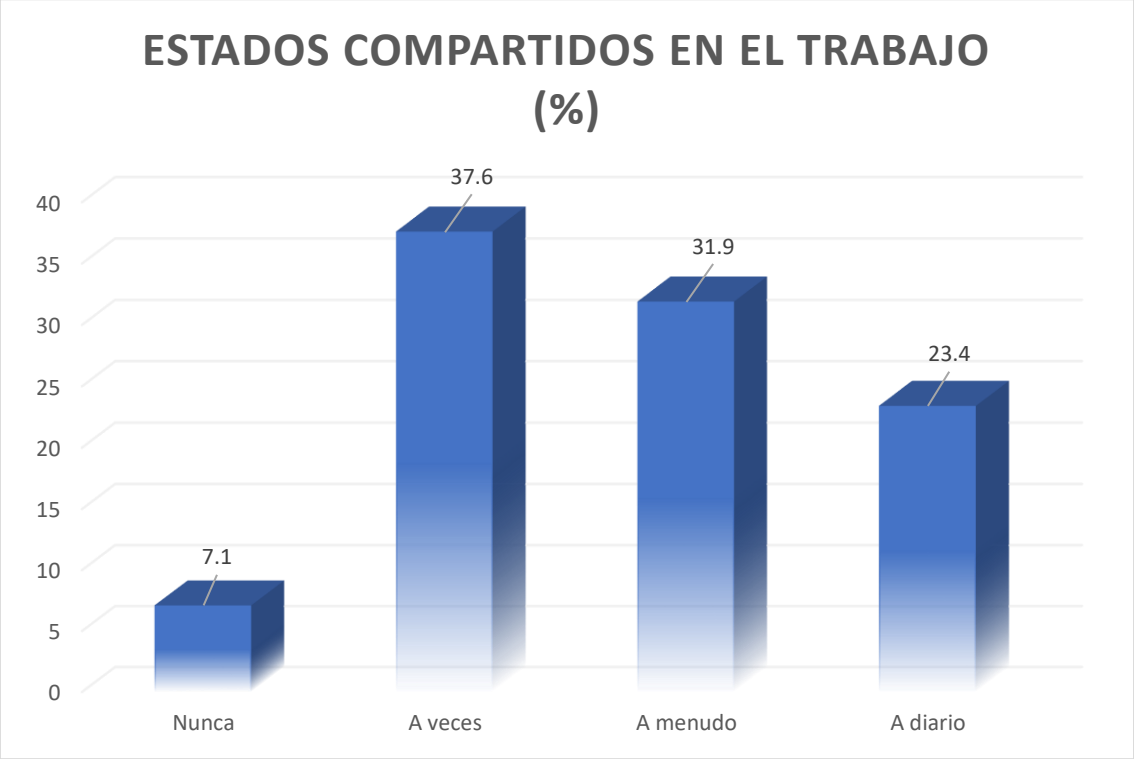

Figura 25. Diagrama de barras.

Tabla 50.

Estadísticos.

		Estados compartidos en el trabajo
N	Válido	141
Media		2,1702
Mediana		2,0000
Moda		2,0000
Desviación típica		,94836

5.4.2. Estados compartidos fuera del trabajo

Tabla 51.

Distribución empírica de frecuencias.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Válido	Nunca	10	7,1	7,1
	A veces	54	38,3	45,4
	A menudo	45	31,9	77,3
	A diario	32	22,7	100,0
	Total	141	100,0	

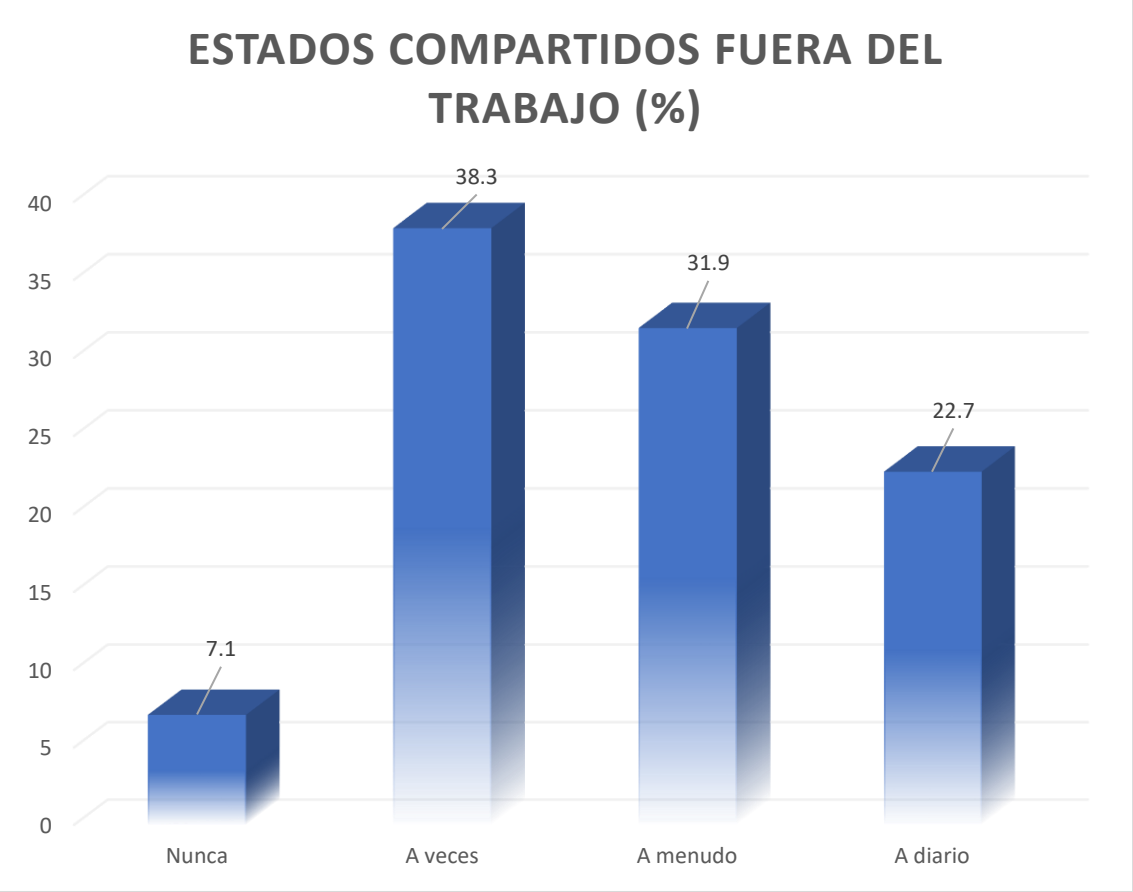

Figura 26. Diagrama de barras.

Tabla 52.

Estadísticos.

		Estados compartidos fuera del trabajo
N	Válido	141
Media		1,9574
Mediana		2,0000
Moda		1,00
Desviación típica		1,06148

B) Necesidad de atención psicológica

5.4.3. Necesidad durante el estado de alarma

Tabla 53.

Distribución empírica de frecuencias.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Válido	Nula	64	45,4	45,4
	Escasa	37	26,2	71,6
	Moderada	22	15,6	87,2
	Alta	18	12,8	100,0
	Total	141	100,0	

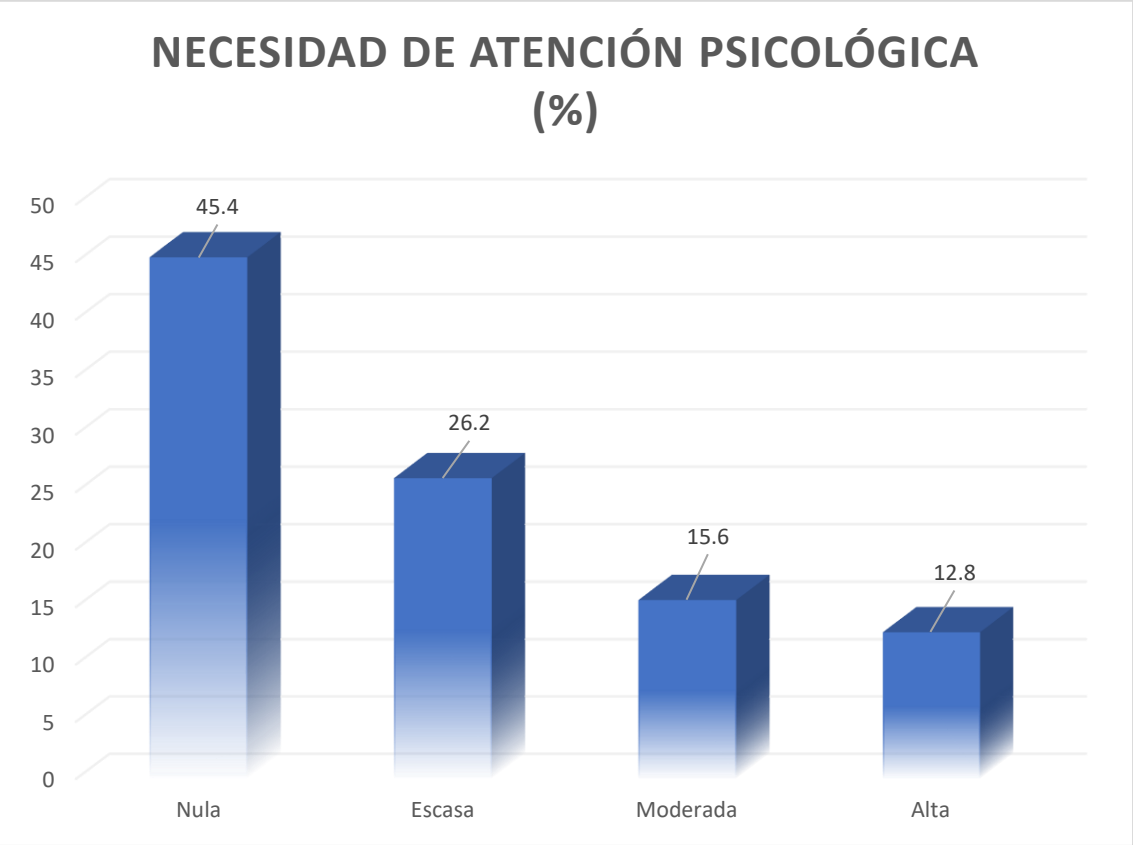

Figura 27. Diagrama de barras.

Tabla 54.

Estadísticos.

		Necesidad de atención psicológica
N	Válido	141
Media		2,1702
Mediana		2,0000
Moda		2,0000
Desviación típica		,94836

5.4.4. Necesidad en el futuro

Tabla 55.

Distribución empírica de frecuencias.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Válido	Nada probable	24	17,0	17,0
	Algo probable	68	48,2	65,2
	Bastante probable	33	23,4	88,7
	Muy probable	16	11,3	100,0
	Total	141	100,0	

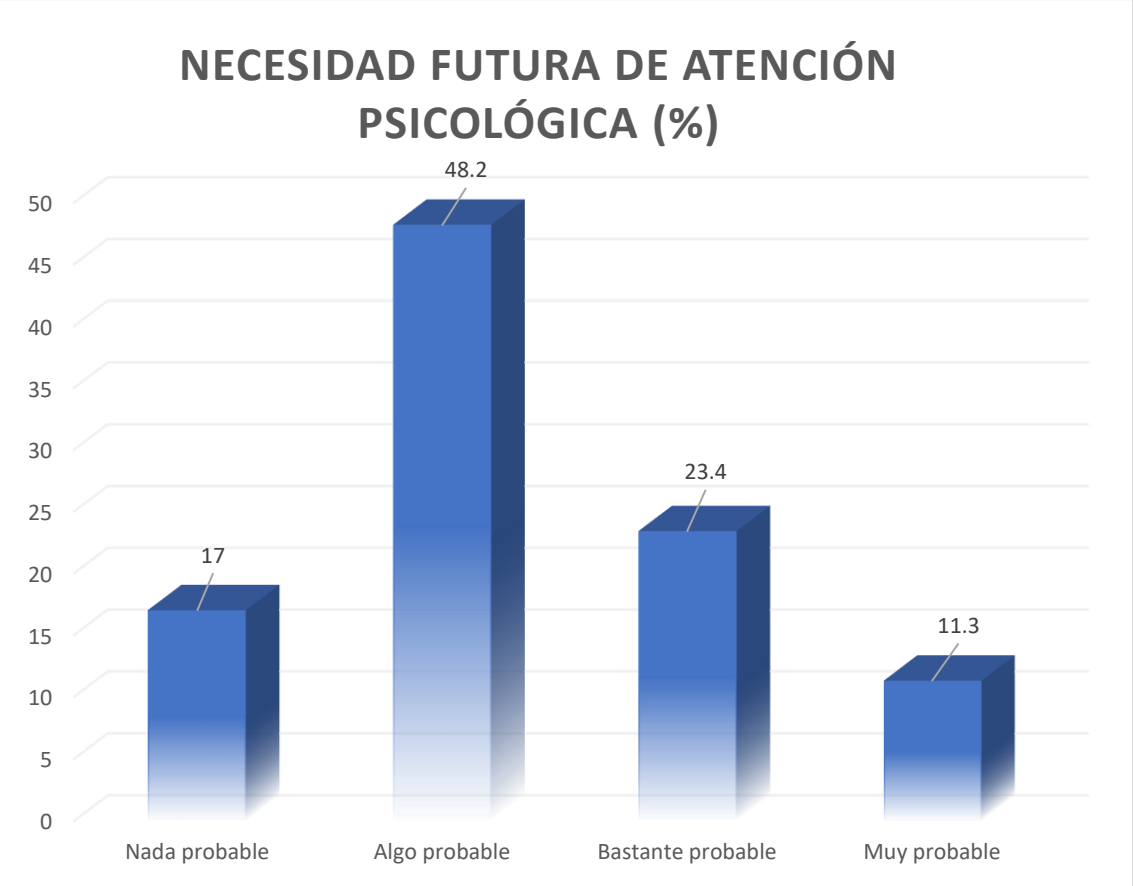

Figura 28. Diagrama de barras.

Tabla 56.

Estadísticos.

		Necesidad futura de atención psicológica
N	Válido	141
Media		2,2908
Mediana		2,0000
Moda		2,00
Desviación típica		,88268

C) Sobre los servicios de atención psicológica

5.4.5. Conocimiento de los servicios durante el estado de alarma

Tabla 57.

Distribución empírica de frecuencias.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Válido	Nulo	38	27,0	27,0
	Escaso	57	40,4	67,4
	Moderado	43	30,5	97,9
	Alto	3	2,1	100,0
	Total	141	100,0	

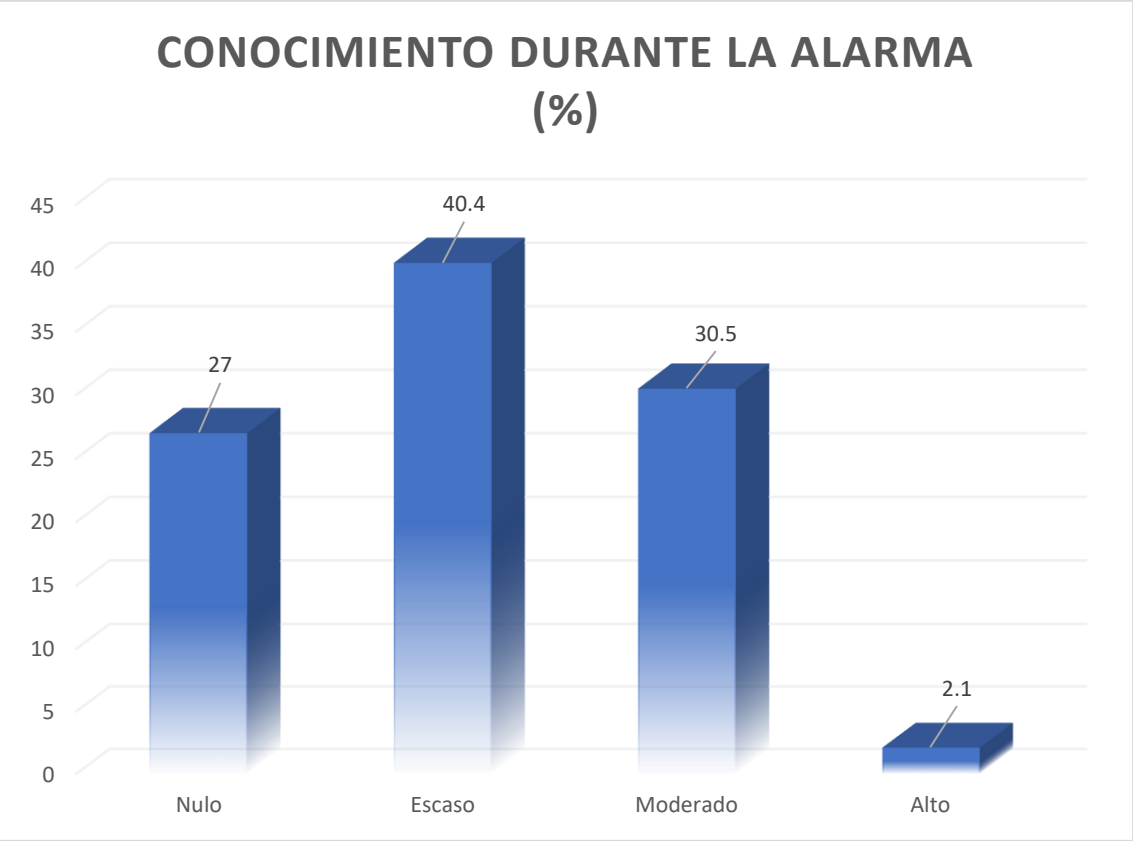

Figura 29. Diagrama de barras.

Tabla 58.

Estadísticos.

		Conocimiento durante el estado de alarma
N	Válido	141
Media		2,0780
Mediana		2,0000
Moda		2,0000
Desviación típica		,81127

5.4.6. Uso de los servicios durante el estado de alarma

Tabla 59.

Distribución empírica de frecuencias.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Válido	Nunca	140	99,3	99,3
	A veces	0	0,00	99,3
	A menudo	1	,7	100,0
	A diario	0	0,00	100,0
	Total	141	100,0	

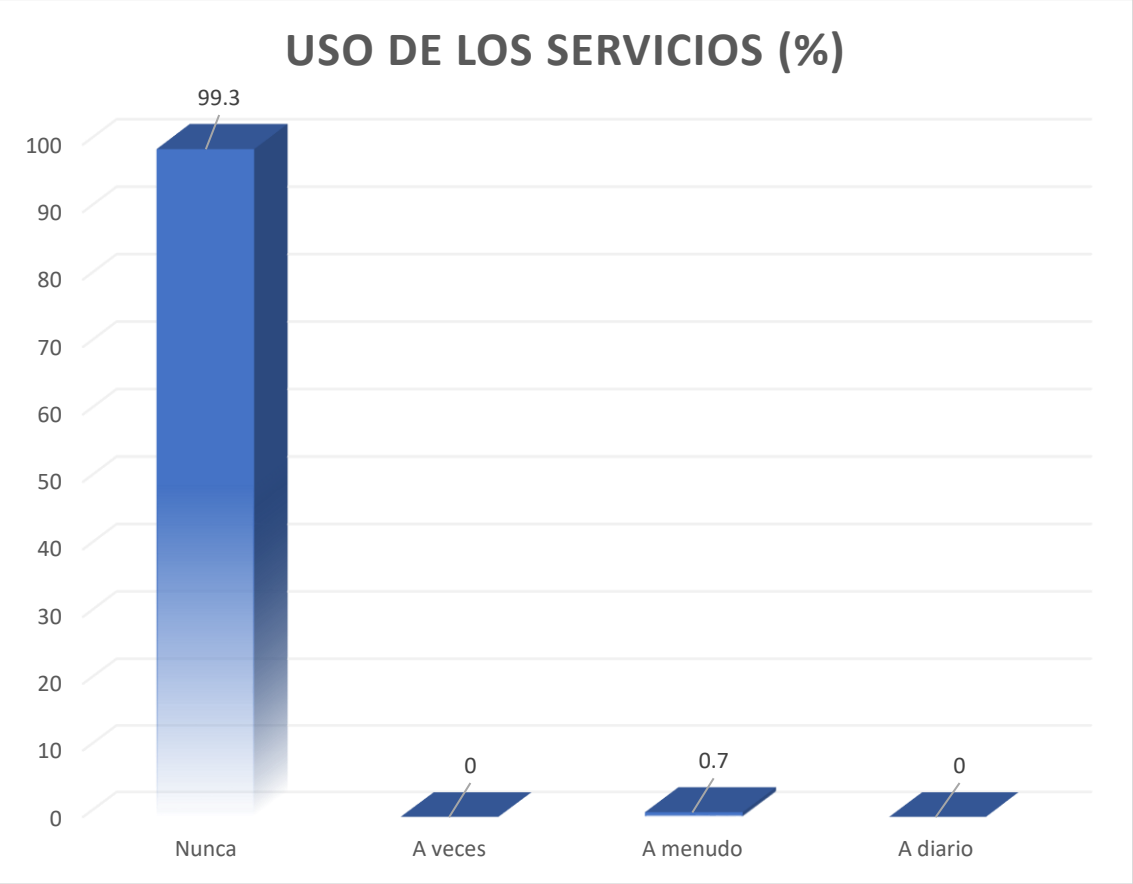

Figura 30. Diagrama de barras.

Tabla 60.

Estadísticos.

		Uso de los servicios durante la alarma
N	Válido	141
Media		1,0142
Mediana		1,0000
Moda		1,0000
Desviación típica		,75941

5.4.7. Motivo del no uso de los servicios psicológicos

Tabla 61.

Distribución empírica de frecuencias.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Válido	Desconocía su existencia.	1	,7	,7
	No los ha necesitado.	32	22,7	23,4
	No cree en su utilidad.	81	57,4	80,9
	Temor a preocupar a seres queridos	8	5,7	86,5
	Temor a consecuencias laborales	19	13,5	100,0
	Total	141	100,0	

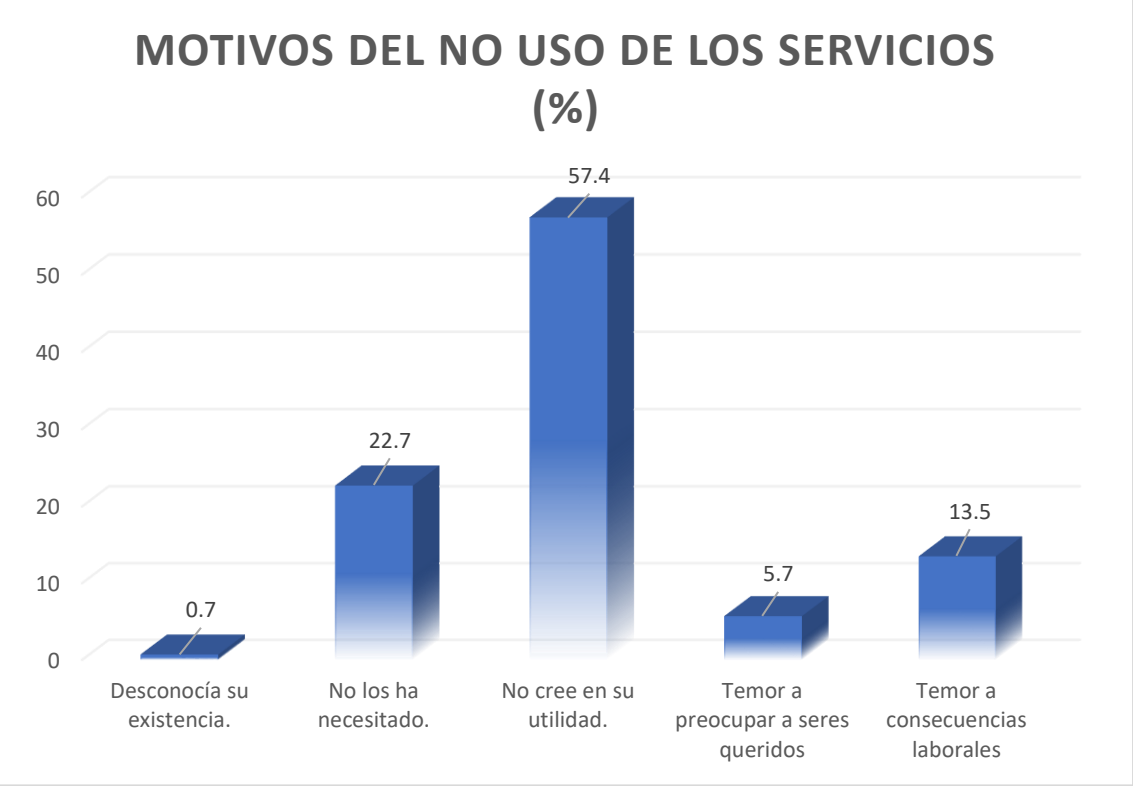

Figura 31. Diagrama de barras.

Tabla 62.

Estadísticos.

		Motivo del no uso de los servicios
N	Válido	141
Media		3,0851
Mediana		3,0000
Moda		3,0000
Desviación típica		,92187

5.4.8. Conveniencia de servicios psicológicos específicos para sanitarios

Tabla 63.

Distribución empírica de frecuencias.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Válido	Innecesario	2	1,4	1,4
	Algo necesario	22	15,6	17,0
	Bastante necesario	59	41,8	58,9
	Muy necesario	58	41,1	100,0
	Total	141	100,0	

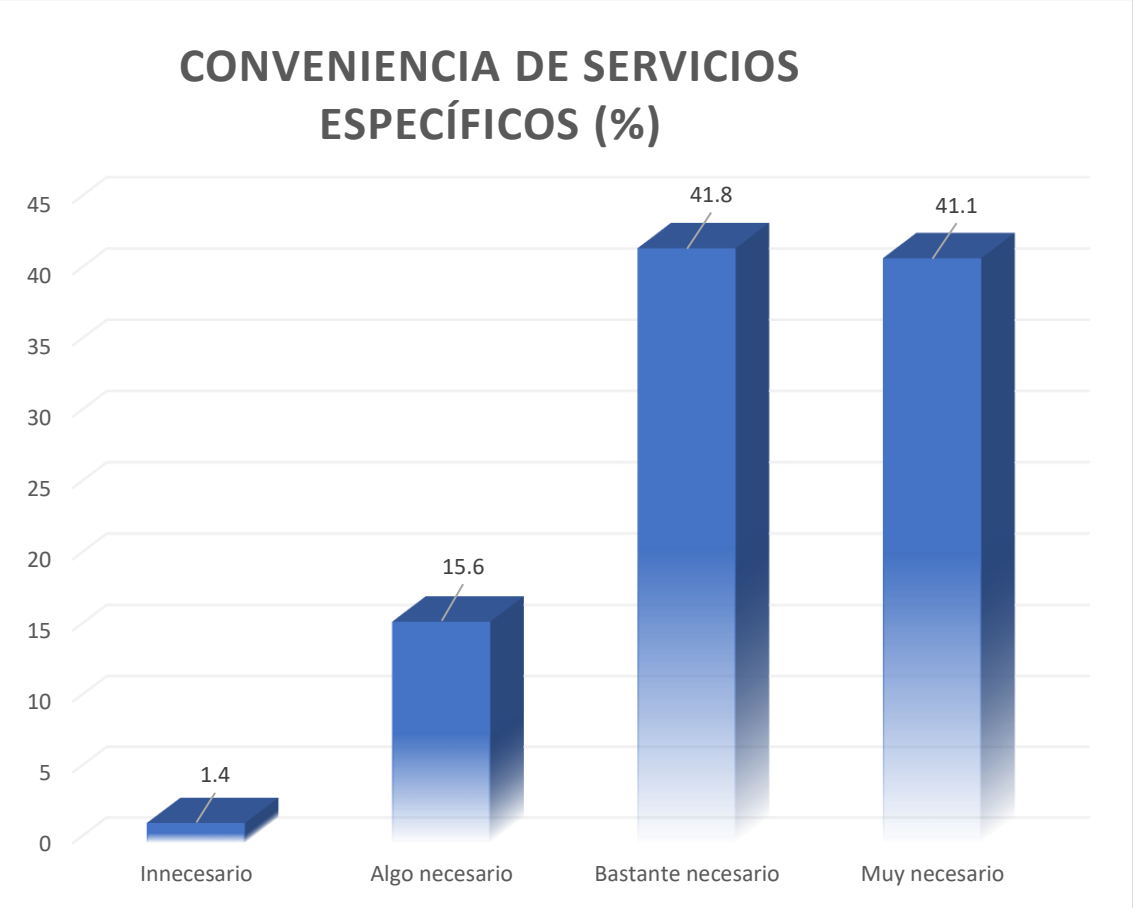

Figura 32. Diagrama de barras.

Tabla 64.

Estadísticos.

		Conveniencia de servicios específicos
N	Válido	141
Media		3,2270
Mediana		3,0000
Moda		3,00
Desviación típica		,75941

5.4.9. Perfil de la persona respondiente

En base a los análisis descriptivos, y utilizando los valores medios y modales, según corresponda al tipo de escala de medida, el perfil de la persona respondiente queda definido:

1) A nivel sociodemográfico y laboral: se trata de una mujer (71,4%) de 45,25 años por término medio (aunque la edad más frecuente osciló entre 51 y 55 años) y que trabaja como enfermera (48,2%) en un hospital público (51,8%), lugar que percibieron de alto riesgo de contagio de COVID-19 durante el estado de alarma (33,3%).

2) Respecto a los cambios en los estados psicológicos entre antes y durante el estado de alarma, se trata de una profesional que se siente mucho más preocupada (47,5%), bastante más insegura (34%), mucho más cansada (37,6%) y con muchos más trastornos del sueño (30,5%). De otra parte, no fuma (71,6%), no bebe (58,9%), no consume fármacos (41,1%), se siente algo más agitada (39,7%) e irascible (32,6%), no ha experimentado mayor conflictividad laboral (51,1%) ni personal o familiar (46,1%), ha sentido mucho más miedo o temor durante la alarma sanitaria (45,4%), algo más de tristeza o decaimiento (32,6%), bastante más estrés psicológico (31,9%), algo más de ansiedad (35,5%) y no cree padecer depresión (39,7%). Por último, no piensa que el estado de alarma le haya afectado a nivel laboral (44%), pero sí algo a nivel personal (35,5%).

3) En cuanto la gestión de los estados psicológicos durante el estado de alarma, la persona respondiente dice haberlos compartido a veces con sus compañeros de trabajo (37,6%), y fuera de él con personas allegadas (38,3%). Así mismo, no usó los servicios de atención psicológica activados durante el confinamiento (99,3%), pues no los necesitó (45,5%), tenía un escaso conocimiento de su existencia (40,4%) o no los consideraba útiles en esos momentos (57,4%). Sin embargo, el 41,8% de los encuestados consideró bastante necesaria la existencia de servicios de atención psicológica específica para sanitarios, y el 48,2% considera algo probable su necesidad de atención psicológica en los próximos meses.

6. Resultados del análisis inferencial

6.1. Estados psicológicos y sexo

6.1.1. Cogniciones y estados anímicos

Tabla 65.

Estadísticas de grupo.

		N	Media	Desviación típica	Error promedio
Preocupación	Hombre	40	3,0750	,91672	,14495
	Mujer	101	3,3465	,74075	,07371
Inseguridad	Hombre	40	2,4000	1,17233	,18536
	Mujer	101	2,8812	,93045	,09258
Confusión	Hombre	40	1,9750	,97369	,15395
	Mujer	101	2,1683	1,02048	,10154
Tristeza o decaimiento	Hombre	40	2,2750	1,06187	,16790
	Mujer	101	2,7525	,99404	,09891
Miedo o temor	Hombre	40	2,8250	1,12973	,17863
	Mujer	101	3,2376	,87348	,08691

Tabla 66.

Estadísticos de prueba.

Variable independiente: Sexo	Preocupación	Inseguridad	Confusión	Tristeza o decaimiento	Miedo o temor
U de Mann-Whitney	1707,500	1540,000	1810,000	1504,000	1626,500
W de Wilcoxon	2527,500	2360,000	2630,000	2324,000	2446,500
Z	-1,550	-2,285	-1,004	-2,451	-1,923
Sig. asintótica(bilateral)	,121	,022	,315	,014	,054

a. Variable de agrupación: Sexo.

<u>Resultados parciales</u>:

1. La media de *aumento en inseguridad* de las mujeres de la muestra (tabla 65) resultó significativamente mayor que la de los hombres ($p = 0,022$; tabla 66). El tamaño del efecto fue más bien pequeño ($d = 0,3271$) y la potencia del contraste inadecuada ($1-\beta = 0,5388$).

2. Igualmente, la media de *aumento en tristeza o decaimiento* de las mujeres (tabla 65) resultó significativamente mayor que la de los hombres ($p = 0,014$; tabla 66). El tamaño del efecto es prácticamente mediano ($d = 0,4645$) y la potencia del contraste roza la adecuación ($1-\beta = 0,7965$).

3. No se detectaron diferencias significativas entre hombres y mujeres (tabla 66) en las variables *aumento de la preocupación* ($p = 0,121$), *confusión* ($p = 0,315$) y *miedo o temor* ($p = 0,054$).

6.1.2. Síntomas físicos

Tabla 67.

Estadísticas de grupo.

Variable independiente: Sexo		N	Media	Desviación típica	Error promedio
Cansancio	Hombre	40	2,5500	1,03651	,16389
	Mujer	101	3,0891	,97056	,09657
Problemas de sueño	Hombre	40	2,4500	1,33877	,21168
	Mujer	101	2,6832	1,05765	,10524
Agitación	Hombre	40	2,0500	1,10824	,17523
	Mujer	101	2,5248	,90104	,08966

Tabla 68.

Estadísticos de prueba.

Variable independiente: Sexo	Cansancio	Problemas del sueño	Agitación
U de Mann-Whitney	1428,500	1816,500	1434,000
W de Wilcoxon	2248,500	2636,500	2254,000
Z	-2,837	-,963	-2,807
Sig. asintótica(bilateral)	,005	,336	,005

Resultados parciales:

1. La media de *aumento en cansancio* de las mujeres de la muestra (tabla 67) resultó significativamente mayor que la de los hombres (p = 0,005; tabla 68). El tamaño del efecto fue mediano (d = 0,5374) y la potencia del contraste adecuada (1-β = 0,8884).
2. Así mismo, la media de *aumento en agitación* de las mujeres de la muestra (tabla 67) resultó significativamente mayor que la de los hombres (p = 0,005; tabla 68). El tamaño del efecto fue casi mediano (d = 0,4704) y la potencia del contraste adecuada (1-β = 0,8053).
3. No se detectaron diferencias significativas entre hombres y mujeres en el *aumento de los problemas del sueño* (p = 0,336; tabla 68).

6.1.3. Consumo de sustancias

Tabla 69.

Estadísticas de grupo.

Variable independiente: Sexo		N	Media	Desviación típica	Error promedio
Consumo de tabaco	Hombre	40	3,0750	,91672	,14495
	Mujer	101	3,3465	,74075	,07371
Consumo de alcohol	Hombre	40	2,4000	1,17233	,18536
	Mujer	101	2,8812	,93045	,09258
Consumo de fármacos	Hombre	40	1,9750	,97369	,15395
	Mujer	101	2,1683	1,02048	,10154

Tabla 70.

Estadísticos de prueba.

Variable independiente: Sexo	Tabaco	Alcohol	Fármacos
U de Mann-Whitney	1561,000	1869,000	1740,000
W de Wilcoxon	2381,000	7020,000	2560,000
Z	-2,645	-,786	-1,347
Sig. asintótica(bilateral)	,008	,432	,178

Resultados parciales:

1. La media de *aumento en consumo de tabaco* de las mujeres de la muestra (tabla 69) resultó significativamente mayor que la de los hombres (p = 0,008; tabla 70). El tamaño del efecto resultó medio-bajo (d = 0,3276) y la potencia del contraste inadecuada (1-β = 0,5399).

2. No se detectaron diferencias significativas entre hombres y mujeres en las variables *aumento del consumo de alcohol* (p = 0,432; tabla 70) ni de *fármacos* (p = 0,178; tabla 70).

6.1.4. Irascibilidad y conflictividad

Tabla 71.

Estadísticas de grupo.

Variable independiente: Sexo		N	Media	Desviación típica	Error promedio
Irascibilidad	Hombre	40	2,4250	1,08338	,17130
	Mujer	101	2,3861	,97949	,09746
Conflictividad laboral	Hombre	40	1,8000	,93918	,14850
	Mujer	101	1,7228	,90685	,09023
Conflictividad personal	Hombre	40	1,9000	,95542	,15106
	Mujer	101	1,8218	,89884	,08944

Tabla 72.

Estadísticos de prueba.

Variable independiente: Sexo	Irascibilidad	Conflictividad laboral	Conflictividad personal
U de Mann-Whitney	1982,500	1933,000	1939,500
W de Wilcoxon	7133,500	7084,000	7090,500
Z	-,178	-,435	-,395
Sig. asintótica(bilateral)	,859	,664	,693

Resultados parciales:

No se detectaron diferencias significativas entre hombres y mujeres (tabla 72) en las variables *aumento de la irascibilidad* (p = 0,859), *aumento de la conflictividad laboral* (p = 0,664) ni en *aumento de la conflictividad personal o fuera del trabajo* (p = 0,693).

6.1.5. Síntomas psicopatológicos

Tabla 73.

Estadísticas de grupo.

Variable independiente: Sexo		N	Media	Desviación típica	Error promedio
Estrés psicológico	Hombre	40	3,3750	1,31437	,20782
	Mujer	101	3,8515	,99384	,09889
Ansiedad	Hombre	40	2,9750	1,34903	,21330
	Mujer	101	3,3564	1,15399	,11483
Depresión	Hombre	40	2,3750	1,44449	,22839
	Mujer	101	2,4851	1,40438	,13974

Tabla 74.

Estadísticos de prueba.

Variable independiente: Sexo	Estrés psicológico	Ansiedad	Depresión
U de Mann-Whitney	1651,000	1729,000	1933,500
W de Wilcoxon	2471,000	2549,000	2753,500
Z	-1,758	-1,376	-,413
Sig. asintótica(bilateral)	,079	,169	,680

Resultados parciales:

No se detectaron diferencias significativas entre hombres y mujeres (tabla 74) en las variables *aumento del estrés* (p = 0,079), *aumento de la ansiedad* (p = 0,169) ni en *aumento de la depresión* (p = 0,680).

6.1.6. Grado de afectación general por el estado de alarma

Tabla 75.

Estadísticas de grupo.

Variable independiente: Sexo		N	Media	Desviación típica	Error promedio
Afectación laboral	Hombre	40	1,8750	,93883	,14844
	Mujer	101	1,8911	,93703	,09324
Afectación personal	Hombre	40	1,9250	,94428	,14930
	Mujer	101	2,2673	,93692	,09323

Tabla 76.

Estadísticos de prueba.

Variable independiente: Sexo	Afectación laboral	Afectación personal
U de Mann-Whitney	2001,500	1596,500
W de Wilcoxon	2821,500	2416,500
Z	-,090	-2,028
Sig. asintótica(bilateral)	,928	,043

Resultados parciales:

1. La media de *afectación personal* de las mujeres de la muestra (tabla 75) resultó significativamente mayor que la de los hombres ($p = 0,043$; tabla 76). El tamaño del efecto resultó medio-bajo ($d = 0,3639$) y la potencia del contraste inadecuada ($1-\beta = 0,6154$).
2. No se detectaron diferencias significativas entre hombres y mujeres en la variable *afectación laboral* ($p = 0,928$; tabla 76).

6.2. Gestión de los estados psicológicos y sexo

6.2.1. Compartición de los estados psicológicos

Tabla 77.

Estadísticas de grupo.

Variable independiente: Sexo		N	Media	Desviación típica	Error promedio
Compartidos en el trabajo	Hombre	40	1,8750	,93883	,14844
	Mujer	101	1,8911	,93703	,09324
Compartidos fuera del trabajo	Hombre	40	1,9250	,94428	,14930
	Mujer	101	2,2673	,93692	,09323

Tabla 78.

Estadísticos de prueba.

Variable independiente: Sexo	Compartidos en el trabajo	Compartidos fuera del trabajo
U de Mann-Whitney	1915,500	1996,500
W de Wilcoxon	2735,500	7147,500
Z	-,503	-,113
Sig. asintótica(bilateral)	,615	,910

Resultados parciales:

No se detectaron diferencias significativas entre hombres y mujeres a la hora de *compartir sus estados psicológicos en el trabajo* (p = 0,615; tabla 86) ni *fuera de él* (p = 0,910; tabla 78).

6.2.2. Necesidad de atención psicológica

Tabla 79.

Estadísticas de grupo.

Variable independiente: Sexo		N	Media	Desviación típica	Error promedio
Durante el estado de alarma	Hombre	40	1,7250	1,01242	,16008
	Mujer	101	2,0495	1,07123	,10659
Tras el estado de alarma	Hombre	40	2,2500	1,03155	,16310
	Mujer	101	2,3069	,82149	,08174

Tabla 80.

Estadísticos de prueba.

Variable independiente: Sexo	Durante la alarma	Tras el estado de alarma
U de Mann-Whitney	1666,000	1888,000
W de Wilcoxon	2486,000	2708,000
Z	-1,723	-,648
Sig. asintótica(bilateral)	,085	,517

Resultados parciales:

No se detectaron diferencias de medias significativas entre hombres y mujeres en lo relativo a la *necesidad de atención psicológica durante el estado de alarma* (p = 0,085; tabla 80) ni en cuanto a la *necesidad futura* durante la nueva normalidad (p = 0,517; tabla 80).

6.2.3. Sobre el servicio de atención psicológica

Tabla 81.

Estadísticas de grupo.

Variable independiente: Sexo		N	Media	Desviación típica	Error promedio
Conocimiento del servicio	Hombre	40	1,9750	,91952	,14539
	Mujer	101	2,1188	,76534	,07615
Uso del servicio	Hombre	40	1,0000	,00000	,00000
	Mujer	101	1,0198	,19901	,01980
Conveniencia de servicios psicológicos específicos	Hombre	40	3,1250	,75744	,11976
	Mujer	101	3,2673	,76015	,07564

Tabla 82.

Estadísticos de prueba.

Variable independiente: Sexo	Conocimiento	Uso	Servicios específicos
U de Mann-Whitney	1793,500	2000,000	1805,000
W de Wilcoxon	2613,500	2820,000	2625,000
Z	-1,101	-,629	-1,064
Sig. asintótica(bilateral)	,271	,529	,287

Resultados parciales:

No se detectaron diferencias de medias significativas entre hombres y mujeres (tabla 82) en el *conocimiento del servicio* (p = 0,271), en su *uso* (p = 0,529) ni en la conveniencia de implementar servicios específicos de atención psicológica para personal sanitario (p = 0,287).

6.2.4. Motivos del no uso del servicio

Tabla 83.

Matriz de contingencia.

Motivo del no uso		Sexo Hombre	Mujer	Total
Desconocía su existencia.	Recuento	0	1	1
	% dentro de Motivo no uso	0,0%	100,0%	100,0%
No los ha necesitado.	Recuento	9	23	32
	% dentro de Motivo no uso	28,1%	71,9%	100,0%
No cree en su utilidad.	Recuento	23	58	81
	% dentro de Motivo no uso	28,4%	71,6%	100,0%
Temor a preocupar a seres queridos	Recuento	7	1	8
	% dentro de Motivo no uso	87,5%	12,5%	100,0%
Temor a consecuencias laborales	Recuento	1	18	19
	% dentro de Motivo no uso	5,3%	94,7%	100,0%
Total	Recuento	40	101	141
	% dentro de Motivo no uso	28,4%	71,6%	100,0%

Tabla 84.

Medidas simétricas.

		Valor	Significación aproximada
Nominal por Nominal	Phi	,369	,001
	V de Cramer	,369	,001
N de casos válidos		141	

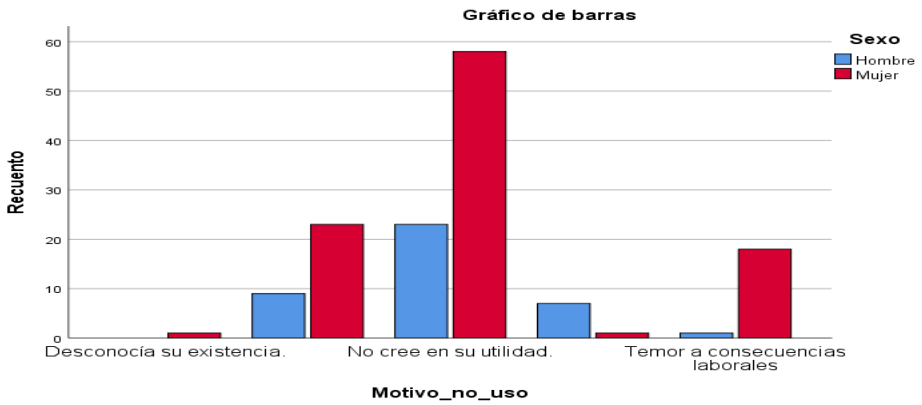

Figura 33. Diagrama de barras (motivos de no uso * sexo).

<u>Resultados parciales</u>:

La correlación entre el sexo y los motivos del no uso generalizado de los servicios resultó significativa (p = 0,001, tabla 84), de modo tal que, para los hombres, el principal motivo fue el temor a preocupar a sus seres queridos, mientras para las mujeres se reparten entre la creencia en su inutilidad, la innecesaridad y el temor a posibles consecuencias laborales. El tamaño del efecto fue grande para esta prueba (d = 0,3969) y la potencia del contraste resultó adecuada (1-β = 0,9501).

6.3. Estados psicológicos y edad

6.3.1. Cogniciones y estados anímicos

Tabla 85.

Estadísticas de grupo.

Variable independiente: Edad		N	Media	Desviación típica	Error promedio
Preocupación	Entre 18 y 25 años.	8	3,6250	,51755	,18298
	Entre 26 y 30 años.	18	2,8889	,90025	,21219
	Entre 31 y 35 años.	8	3,0000	,92582	,32733
	Entre 35 y 40 años.	15	3,6000	,50709	,13093
	Entre 41 y 45 años.	17	3,2353	,90342	,21911
	Entre 46 y 50 años.	20	3,4500	,75915	,16975
	Entre 51 y 55 años	22	3,2273	,75162	,16025
	Entre 56 y 60 años.	16	3,0625	,85391	,21348
	Entre 61 y 65 años.	15	3,6000	,63246	,16330
	Más de 65 años.	2	2,0000	,00000	,00000
Inseguridad	Entre 18 y 25 años.	8	2,3750	1,18773	,41993
	Entre 26 y 30 años.	18	2,1667	,98518	,23221
	Entre 31 y 35 años.	8	2,3750	1,06066	,37500
	Entre 35 y 40 años.	15	3,4000	,73679	,19024
	Entre 41 y 45 años.	17	3,0588	1,14404	,27747
	Entre 46 y 50 años.	20	2,6500	,87509	,19568
	Entre 51 y 55 años	22	3,0000	,97590	,20806
	Entre 56 y 60 años.	16	2,4375	,96393	,24098
	Entre 61 y 65 años.	15	3,0667	,88372	,22817
	Más de 65 años.	2	1,5000	,70711	,50000
Confusión	Entre 18 y 25 años.	8	1,5000	,75593	,26726
	Entre 26 y 30 años.	18	1,8333	,92355	,21768
	Entre 31 y 35 años.	8	1,7500	,88641	,31339
	Entre 35 y 40 años.	15	2,3333	,97590	,25198
	Entre 41 y 45 años.	17	2,2353	1,20049	,29116
	Entre 46 y 50 años.	20	1,9500	,68633	,15347
	Entre 51 y 55 años	22	2,5000	1,10195	,23494
	Entre 56 y 60 años.	16	2,0625	1,06262	,26566
	Entre 61 y 65 años.	15	2,4667	1,06010	,27372
	Más de 65 años.	2	1,0000	,00000	,00000
Miedo o temor	Entre 18 y 25 años.	8	3,8750	,35355	,12500
	Entre 26 y 30 años.	18	2,7778	1,21537	,28647
	Entre 31 y 35 años.	8	2,8750	1,12599	,39810
	Entre 35 y 40 años.	15	3,6000	,50709	,13093
	Entre 41 y 45 años.	17	3,2941	,77174	,18718
	Entre 46 y 50 años.	20	3,2500	,96655	,21613
	Entre 51 y 55 años	22	3,1818	1,00647	,21458
	Entre 56 y 60 años.	16	2,4375	,81394	,20349
	Entre 61 y 65 años.	15	3,2667	,79881	,20625
	Más de 65 años.	2	1,5000	,70711	,50000
Tristeza o decaimiento	Entre 18 y 25 años.	8	2,8750	,35355	,12500
	Entre 26 y 30 años.	18	2,1111	1,02262	,24103
	Entre 31 y 35 años.	8	2,3750	1,06066	,37500
	Entre 35 y 40 años.	15	2,8667	,91548	,23637
	Entre 41 y 45 años.	17	3,0000	1,06066	,25725
	Entre 46 y 50 años.	20	2,7500	,85070	,19022
	Entre 51 y 55 años	22	2,8182	1,22032	,26017
	Entre 56 y 60 años.	16	2,1250	1,02470	,25617
	Entre 61 y 65 años.	15	2,7333	1,03280	,26667
	Más de 65 años.	2	1,5000	,70711	,50000

Tabla 86.

Estadísticos de prueba.

V. independiente: Edad	Preocupación	Inseguridad	Confusión	Miedo o temor	Tristeza o decaimiento
H de Kruskal-Wallis	17,324	23,186	14,237	25,113	15,814
gl	9	9	9	9	9
Sig. asintótica	,044	,006	,114	,003	,071

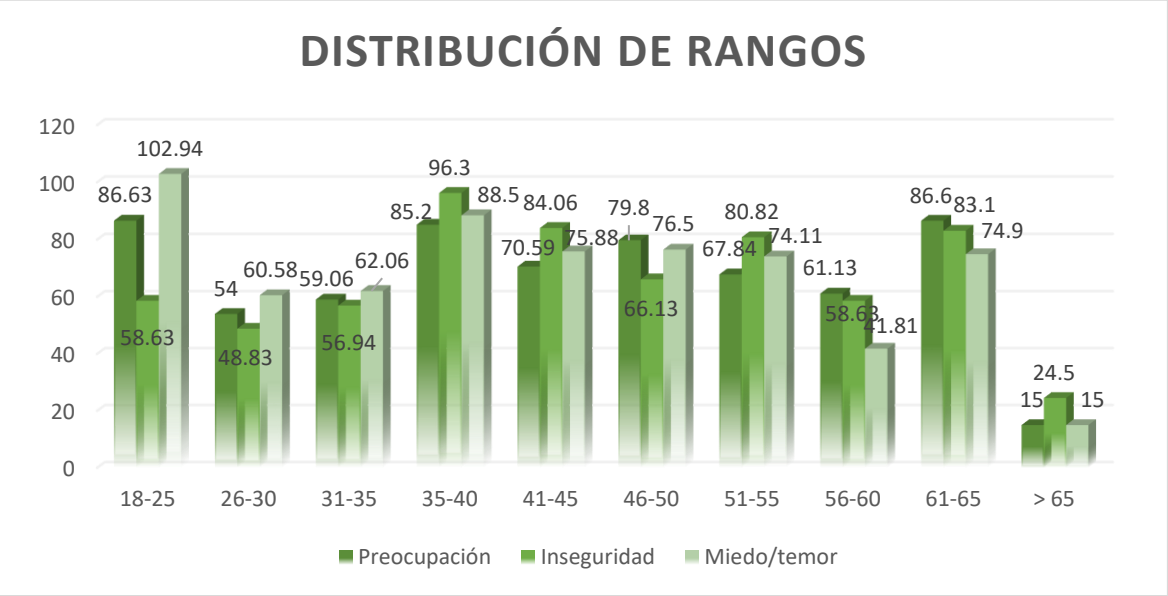

Figura 35. Diagrama de barras de la distribución de rangos promedio de los factores significativos (cogniciones y estados anímicos)[8].

<u>Resultados parciales</u>:

1) Se producen diferencias significativas en los rangos promedios debidas a la edad en el *aumento en el nivel de preocupación* (p = 0,044; tabla 86), de modo que el mayor cambio lo manifiestan, de forma similar, las edades comprendidas entre 18 a 25, 61 a 65 y 35 a 40 años; mientras el menor cambio, lo muestran las personas mayores de 65 años (figura 35). El tamaño del efecto fue grande (d = 6078) y la potencia adecuada (1-β = 0,9998).

2) También existen diferencias significativas debidas a la edad en el *aumento en la inseguridad* (p = 0,006; tabla 86), de forma que el mayor cambio lo manifiestan las edades intermedias (35 a 45 años) y las comprendidas entre 61 a 65; mientras que el menor cambio, se registran de nuevo con las personas mayores de 65 años (figura 35). El tamaño del efecto fue grande (d = 0,7586) y la potencia adecuada (1-β = 0,9999).

[8] Los rangos promedios de las pruebas no paramétricas equivalen a las medias en las pruebas paramétricas.

3) Respecto al *aumento del miedo o temor*, tercera variable significativa debida a la edad (p = 0,003; tabla 86), los mayores aumentos se dan entre 18 a 25, 35 a 40 y 61 a 65 años; y los menores, una vez más, en los mayores de 65 y adultos entre 56 y 60 años (figura 35). El tamaño del efecto fue grande (d = 0,4494) y la potencia adecuada (1-β = 0,9720).

4) Y, por último, no existen diferencias significativas debidas a la edad (tabla 86) en el *aumento de los estados confusionales* (p = 0,114), ni en el *aumento de la tristeza o decaimiento* (p = 0,071).

6.3.2. Síntomas físicos

Tabla 87.

Estadísticas de grupo.

Variable independiente: Edad		N	Media	Desviación típica	Error promedio
Cansancio	Entre 18 y 25 años.	8	2,8750	,83452	,29505
	Entre 26 y 30 años.	18	2,4444	1,09664	,25848
	Entre 31 y 35 años.	8	2,2500	1,03510	,36596
	Entre 35 y 40 años.	15	3,3333	,72375	,18687
	Entre 41 y 45 años.	17	3,0588	,96635	,23437
	Entre 46 y 50 años.	20	3,0500	,94451	,21120
	Entre 51 y 55 años	22	3,2273	1,02036	,21754
	Entre 56 y 60 años.	16	2,9375	1,12361	,28090
	Entre 61 y 65 años.	15	3,0000	1,00000	,25820
	Más de 65 años.	2	1,5000	,70711	,50000
Problemas de sueño	Entre 18 y 25 años.	8	2,0000	,75593	,26726
	Entre 26 y 30 años.	18	2,0000	1,18818	,28006
	Entre 31 y 35 años.	8	2,1250	1,24642	,44068
	Entre 35 y 40 años.	15	2,9333	1,09978	,28396
	Entre 41 y 45 años.	17	3,1765	1,07444	,26059
	Entre 46 y 50 años.	20	2,8500	1,08942	,24360
	Entre 51 y 55 años	22	3,0455	,99892	,21297
	Entre 56 y 60 años.	16	2,3125	1,13835	,28459
	Entre 61 y 65 años.	15	2,6000	1,05560	,27255
	Más de 65 años.	2	1,0000	,00000	,00000
Agitación	Entre 18 y 25 años.	8	2,1250	,99103	,35038
	Entre 26 y 30 años.	18	2,0556	,99836	,23532
	Entre 31 y 35 años.	8	2,1250	,99103	,35038
	Entre 35 y 40 años.	15	2,8000	,77460	,20000
	Entre 41 y 45 años.	17	2,6471	1,11474	,27036
	Entre 46 y 50 años.	20	2,5500	1,05006	,23480
	Entre 51 y 55 años	22	2,6364	,95346	,20328
	Entre 56 y 60 años.	16	1,9375	,92871	,23218
	Entre 61 y 65 años.	15	2,4667	,74322	,19190
	Más de 65 años.	2	1,0000	,00000	,00000

Tabla 88.

Estadísticos de prueba.

Variable independiente: Edad	Cansancio	Problemas de sueño	Agitación
H de Kruskal-Wallis	15,500	23,097	17,904
gl	9	9	9
Sig. asintótica	,078	,006	,036

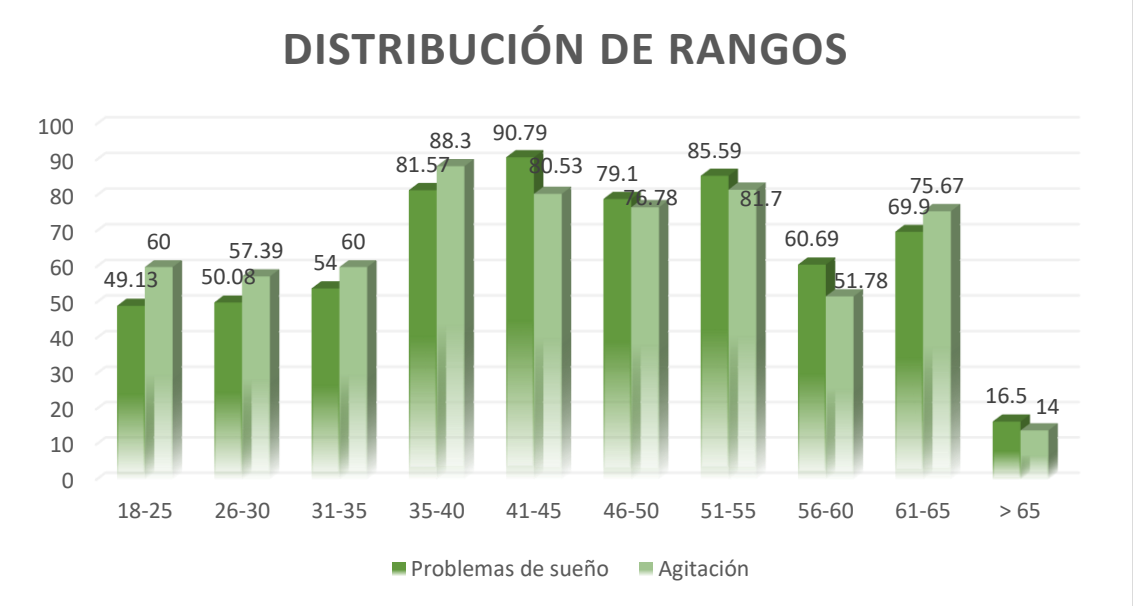

Figura 36. Diagrama de barras de la distribución de rangos de los factores significativos (sueño y agitación).

<u>Resultados parciales</u>:

1) Se producen diferencias significativas en los rangos promedios debidas a la edad en el *aumento de los problemas de sueño* (p = 0,006, tabla 88), de modo tal que son los adultos entre 35 y 55 años los que manifiestan mayores aumentos, frente a los mayores de 65 años y menores de 35, que registran los menores (figura 36). Tamaño de efecto grande (d = 0,7117) y potencia adecuada (1-β = 0,9999).

2) Igualmente, existen diferencias relevantes en los rangos promedios debidas a la edad en el *aumento del grado de agitación psicomotriz* (p = 0,036, tabla 88). De nuevo, son los adultos entre 35 y 55 años los que manifiestan mayores aumentos, frente a los mayores de 65 años y menores de 35, que registran los menores (figura 36). Tamaño de efecto grande (d = 0,6189) y potencia adecuada (1-β = 0,9999).

3) Por último, las diferencias fueron nulas en el caso de la variable *aumento del cansancio* (p = 0,078, tabla 88).

6.3.3. Consumo de sustancias

Tabla 89.

Estadísticas de grupo.

Variable independiente: Edad		N	Media	Desviación típica	Error promedio
Tabaco	Entre 18 y 25 años.	8	2,0000	1,85164	,65465
	Entre 26 y 30 años.	18	2,2778	1,60167	,37752
	Entre 31 y 35 años.	8	1,0000	,00000	,00000
	Entre 35 y 40 años.	15	2,0000	1,73205	,44721
	Entre 41 y 45 años.	17	1,3529	,99632	,24164
	Entre 46 y 50 años.	20	1,7500	1,48235	,33146
	Entre 51 y 55 años	22	2,1364	1,52114	,32431
	Entre 56 y 60 años.	16	1,5000	1,03280	,25820
	Entre 61 y 65 años.	15	1,4667	1,24595	,32170
	Más de 65 años.	2	1,5000	,70711	,50000
Alcohol	Entre 18 y 25 años.	8	1,5000	,53452	,18898
	Entre 26 y 30 años.	18	1,9444	,87260	,20567
	Entre 31 y 35 años.	8	1,7500	,70711	,25000
	Entre 35 y 40 años.	15	1,4667	,91548	,23637
	Entre 41 y 45 años.	17	1,1176	,33211	,08055
	Entre 46 y 50 años.	20	1,3500	,93330	,20869
	Entre 51 y 55 años	22	1,5455	,73855	,15746
	Entre 56 y 60 años.	16	1,6875	,79320	,19830
	Entre 61 y 65 años.	15	1,9333	,96115	,24817
	Más de 65 años.	2	1,5000	,70711	,50000
Fármacos	Entre 18 y 25 años.	8	1,5000	,75593	,26726
	Entre 26 y 30 años.	18	1,5556	,85559	,20166
	Entre 31 y 35 años.	8	1,8750	1,12599	,39810
	Entre 35 y 40 años.	15	2,4667	1,45733	,37628
	Entre 41 y 45 años.	17	2,4118	1,46026	,35416
	Entre 46 y 50 años.	20	1,7500	,78640	,17584
	Entre 51 y 55 años	22	2,2727	1,24142	,26467
	Entre 56 y 60 años.	16	2,1250	,71880	,17970
	Entre 61 y 65 años.	15	2,5333	1,18723	,30654
	Más de 65 años.	2	1,5000	,70711	,50000

Tabla 90.

Estadísticos de prueba.

Variable independiente: Edad	Tabaco	Alcohol	Fármacos
H de Kruskal-Wallis	10,917	19,733	13,228
gl	9	9	9
Sig. asintótica	,281	,020	,153

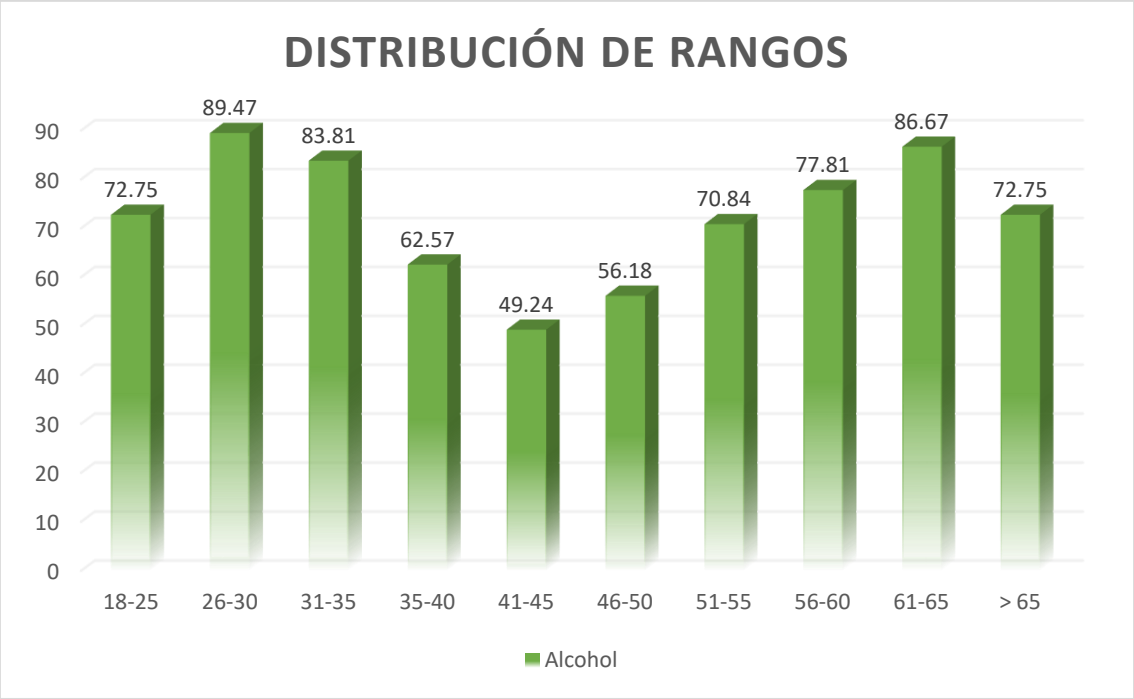

Figura 37. Diagrama de barras de la distribución de rangos de los factores significativos (aumento del consumo de alcohol).

Resultados parciales:

1) Se producen diferencias significativas en los rangos promedios debidas a la edad en el *aumento de consumo de alcohol* (p = 0,006, tabla 90), de modo tal que son los adultos jóvenes de entre 26 y 35 años, así como los mayores de 56 años, los que manifiestan mayores aumentos de consumo, frente a los adultos intermedios, de entre 35 y 55 años, que registran los menores incrementos (figura 36). Tamaño de efecto grande (d = 0,5980) y potencia adecuada (1-β = 0,9997).

2) No se detectaron diferencias importantes (tabla 90) ni en el *aumento de consumo de tabaco* (p = 0,281) ni en el de *fármacos* (p = 0,153).

6.3.4. Irascibilidad y conflictividad

Tabla 91.

Estadísticas de grupo.

Variable independiente: Edad		N	Media	Desviación típica	Error promedio
Irascibilidad	Entre 18 y 25 años.	8	2,0000	1,85164	,65465
	Entre 26 y 30 años.	18	2,2778	1,60167	,37752
	Entre 31 y 35 años.	8	1,0000	,00000	,00000
	Entre 35 y 40 años.	15	2,0000	1,73205	,44721
	Entre 41 y 45 años.	17	1,3529	,99632	,24164
	Entre 46 y 50 años.	20	1,7500	1,48235	,33146
	Entre 51 y 55 años	22	2,1364	1,52114	,32431
	Entre 56 y 60 años.	16	1,5000	1,03280	,25820
	Entre 61 y 65 años.	15	1,4667	1,24595	,32170
	Más de 65 años.	2	1,5000	,70711	,50000
Conflictividad laboral	Entre 18 y 25 años.	8	1,5000	,53452	,18898
	Entre 26 y 30 años.	18	1,9444	,87260	,20567
	Entre 31 y 35 años.	8	1,7500	,70711	,25000
	Entre 35 y 40 años.	15	1,4667	,91548	,23637
	Entre 41 y 45 años.	17	1,1176	,33211	,08055
	Entre 46 y 50 años.	20	1,3500	,93330	,20869
	Entre 51 y 55 años	22	1,5455	,73855	,15746
	Entre 56 y 60 años.	16	1,6875	,79320	,19830
	Entre 61 y 65 años.	15	1,9333	,96115	,24817
	Más de 65 años.	2	1,5000	,70711	,50000
Conflictividad no laboral	Entre 18 y 25 años.	8	1,5000	,75593	,26726
	Entre 26 y 30 años.	18	1,5556	,85559	,20166
	Entre 31 y 35 años.	8	1,8750	1,12599	,39810
	Entre 35 y 40 años.	15	2,4667	1,45733	,37628
	Entre 41 y 45 años.	17	2,4118	1,46026	,35416
	Entre 46 y 50 años.	20	1,7500	,78640	,17584
	Entre 51 y 55 años	22	2,2727	1,24142	,26467
	Entre 56 y 60 años.	16	2,1250	,71880	,17970
	Entre 61 y 65 años.	15	2,5333	1,18723	,30654
	Más de 65 años.	2	1,5000	,70711	,50000

Tabla 92.

Estadísticos de prueba.

Variable independiente: Edad	Irascibilidad	Conflictividad laboral	Conflictividad no laboral
H de Kruskal-Wallis	17,812	11,054	10,493
gl	9	9	9
Sig. asintótica	,037	,272	,312

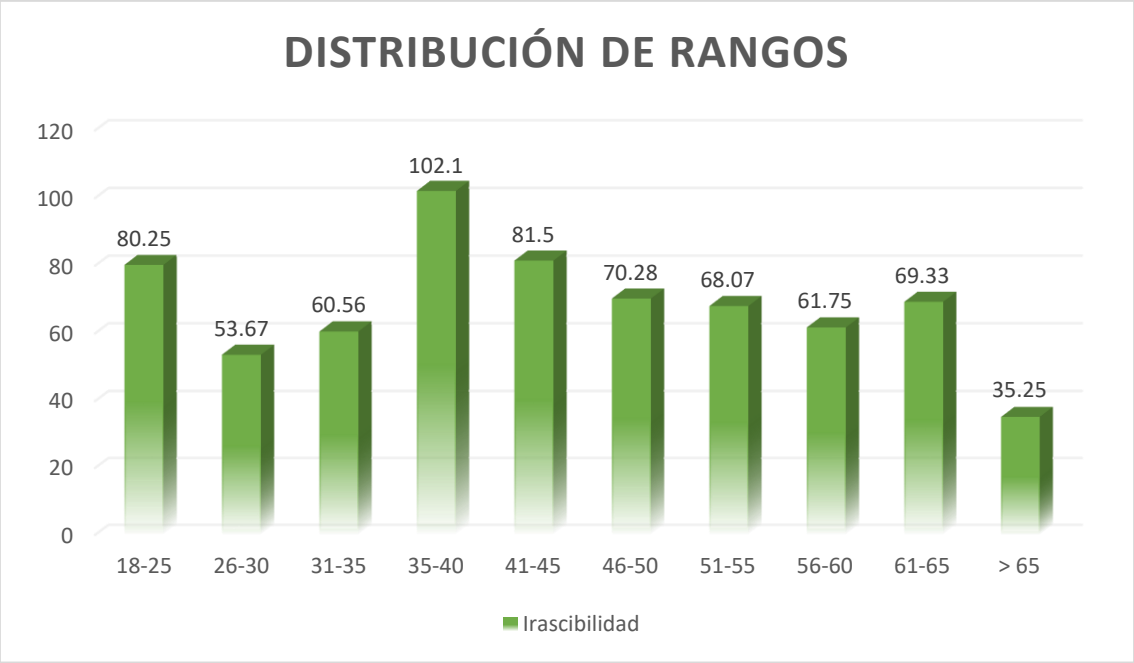

Figura 38. Diagrama de barras de la distribución de rangos de los factores significativos (aumento del consumo de alcohol).

Resultados parciales:

1) Se producen diferencias significativas en los rangos promedios debidas a la edad en el *aumento de la irascibilidad* (p = 0,037, tabla 92), de modo tal que son los adultos de entre 35 y 50 años, así como los jóvenes de 18 a 25 años, los que manifiestan mayores aumentos, frente a los mayores de 65 años y los adultos jóvenes de entre 26 y 35 años, que registran los menores incrementos (figura 38). Tamaño de efecto grande (d = 0,7820) y potencia adecuada (1-β = 0,9999).

2) Sin embargo, no se detectaron diferencias importantes (tabla 92) ni en la *conflictividad laboral* (p = 0,272) ni en la *no laboral* (p = 0,312).

6.3.5. Síntomas psicopatológicos

Tabla 93.

Estadísticas de grupo.

Variable independiente: Edad		N	Media	Desviación típica	Error promedio
Estrés psicológico	Entre 18 y 25 años.	8	3,7500	,88641	,31339
	Entre 26 y 30 años.	18	3,1667	1,20049	,28296
	Entre 31 y 35 años.	8	3,3750	,51755	,18298
	Entre 35 y 40 años.	15	4,2667	,79881	,20625
	Entre 41 y 45 años.	17	4,2353	,90342	,21911
	Entre 46 y 50 años.	20	3,6500	1,22582	,27410
	Entre 51 y 55 años	22	3,9091	1,30600	,27844
	Entre 56 y 60 años.	16	3,4375	1,03078	,25769
	Entre 61 y 65 años.	15	3,8000	,86189	,22254
	Más de 65 años.	2	1,5000	,70711	,50000
Ansiedad	Entre 18 y 25 años.	8	3,3750	,74402	,26305
	Entre 26 y 30 años.	18	2,3333	1,18818	,28006
	Entre 31 y 35 años.	8	2,7500	1,28174	,45316
	Entre 35 y 40 años.	15	3,9333	,70373	,18170
	Entre 41 y 45 años.	17	3,8824	1,26897	,30777
	Entre 46 y 50 años.	20	3,0500	1,05006	,23480
	Entre 51 y 55 años	22	3,2727	1,54863	,33017
	Entre 56 y 60 años.	16	3,0625	,99791	,24948
	Entre 61 y 65 años.	15	3,8000	,67612	,17457
	Más de 65 años.	2	1,5000	,70711	,50000
Depresión	Entre 18 y 25 años.	8	2,0000	1,06904	,37796
	Entre 26 y 30 años.	18	1,8333	1,09813	,25883
	Entre 31 y 35 años.	8	2,0000	1,51186	,53452
	Entre 35 y 40 años.	15	3,2000	1,37321	,35456
	Entre 41 y 45 años.	17	3,2353	1,75105	,42469
	Entre 46 y 50 años.	20	2,2000	1,05631	,23620
	Entre 51 y 55 años	22	2,5909	1,59341	,33972
	Entre 56 y 60 años.	16	1,8750	1,25831	,31458
	Entre 61 y 65 años.	15	2,9333	1,16292	,30026
	Más de 65 años.	2	1,5000	,70711	,50000

Tabla 94.

Estadísticos de prueba.

Variable independiente: Edad	Estrés psicológico	Ansiedad	Depresión
H de Kruskal-Wallis	21,769	31,102	19,696
gl	9	9	9
Sig. asintótica	,010	,000	,020

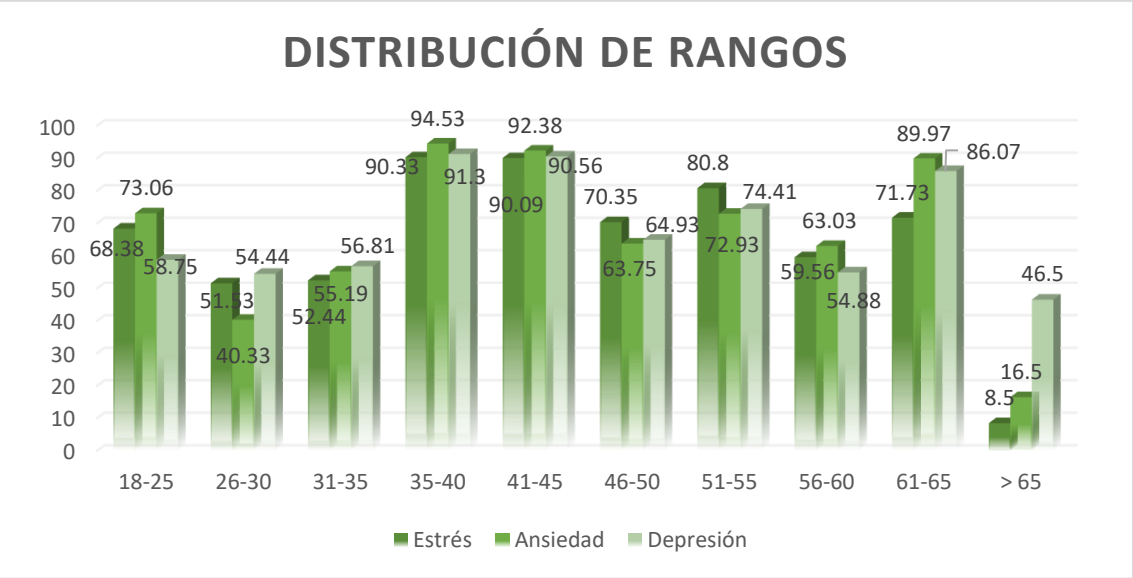

Figura 39. Diagrama de barras de la distribución de rangos de los factores significativos (aumento de estrés, ansiedad y depresión).

<u>Resultados parciales</u>:

1) Se producen diferencias significativas (tabla 94) en los rangos promedios debidas a la edad en el *aumento del estrés* (p = 0,010). Así pues, son los adultos de entre 35 y 45 años los que manifiestan mayores aumentos, frente a los mayores de 65 años, que registran los menores incrementos, seguido de los jóvenes de entre 26 y 30 años (figura 39). Tamaño de efecto grande (d = 0,6433) y potencia adecuada (1-β = 0,9999).

2) Igualmente, existen diferencias importantes (tabla 94) en el *aumento de la ansiedad* (p < 0,001). Similarmente al caso anterior, los adultos de entre 35 y 45 años, esta vez junto con los mayores de entre 61 y 65, son los que registran mayores aumentos, frente a los mayores de 65, que registran los menores incrementos, seguido de los jóvenes de entre 26 y 35 años (figura 39). Tamaño de efecto grande (d = 0,7559) y potencia adecuada (1-β = 0,9999).

3) Por último, también se halla relevancia en las diferencias de la variable *aumento en depresión* (p = 0,020, tabla 94). Adultos de entre 35 a 45 años y de 61 a 65 muestran mayores incrementos, frente a los mayores de 65 y los jóvenes-adultos de 18 a 35 años (figura 39). Tamaño de efecto grande (d = 0,5963) y potencia adecuada (1-β = 0,9997).

6.3.6. Grado de afectación por el estado de alarma

Tabla 95.

Estadísticas de grupo.

Variable independiente: Edad		N	Media	Desviación típica	Error promedio
Afectación laboral	Entre 18 y 25 años.	8	1,8750	,83452	,29505
	Entre 26 y 30 años.	18	1,6667	,84017	,19803
	Entre 31 y 35 años.	8	1,5000	,53452	,18898
	Entre 35 y 40 años.	15	2,2667	,96115	,24817
	Entre 41 y 45 años.	17	2,3529	1,11474	,27036
	Entre 46 y 50 años.	20	1,7000	,86450	,19331
	Entre 51 y 55 años	22	1,5909	,79637	,16979
	Entre 56 y 60 años.	16	1,8750	1,08781	,27195
	Entre 61 y 65 años.	15	2,2667	,88372	,22817
	Más de 65 años.	2	1,0000	,00000	,00000
Afectación personal	Entre 18 y 25 años.	8	2,8750	,99103	,35038
	Entre 26 y 30 años.	18	1,9444	,93760	,22099
	Entre 31 y 35 años.	8	2,2500	1,03510	,36596
	Entre 35 y 40 años.	15	2,3333	,72375	,18687
	Entre 41 y 45 años.	17	2,3529	1,11474	,27036
	Entre 46 y 50 años.	20	2,0500	,82558	,18460
	Entre 51 y 55 años	22	2,1364	1,08213	,23071
	Entre 56 y 60 años.	16	1,8750	,88506	,22127
	Entre 61 y 65 años.	15	2,2667	,88372	,22817
	Más de 65 años.	2	1,5000	,70711	,50000

Tabla 96.

Estadísticos de prueba.

Variable independiente: Edad	Afectación laboral	Afectación personal
H de Kruskal-Wallis	16,056	9,801
gl	9	9
Sig. asintótica	,066	,367

<u>Resultados parciales</u>:

No se detectaron diferencias significativas en el nivel de afectación debidas a la edad (tabla 96), ni en la *laboral* (p = 0,066) ni en la *personal* (p = 0,367).

6.4. Gestión de los estados psicológicos y edad

6.4.1. Compartición de los estados psicológicos

Tabla 97.

Estadísticas de grupo.

Variable independiente: Edad		N	Media	Desviación típica	Error promedio
En el trabajo	Entre 18 y 25 años.	8	2,2500	,70711	,25000
	Entre 26 y 30 años.	18	2,2222	,94281	,22222
	Entre 31 y 35 años.	8	2,8750	,64087	,22658
	Entre 35 y 40 años.	15	3,0000	,92582	,23905
	Entre 41 y 45 años.	17	2,8235	,80896	,19620
	Entre 46 y 50 años.	20	2,7000	,92338	,20647
	Entre 51 y 55 años	22	3,0455	,84387	,17991
	Entre 56 y 60 años.	16	2,6875	,87321	,21830
	Entre 61 y 65 años.	15	2,8000	1,01419	,26186
	Más de 65 años.	2	1,5000	,70711	,50000
Fuera del trabajo	Entre 18 y 25 años.	8	3,1250	,83452	,29505
	Entre 26 y 30 años.	18	2,6667	,90749	,21390
	Entre 31 y 35 años.	8	3,3750	,74402	,26305
	Entre 35 y 40 años.	15	2,8667	,91548	,23637
	Entre 41 y 45 años.	17	2,4706	1,06757	,25892
	Entre 46 y 50 años.	20	2,5500	,75915	,16975
	Entre 51 y 55 años	22	2,6818	,83873	,17882
	Entre 56 y 60 años.	16	2,5000	1,03280	,25820
	Entre 61 y 65 años.	15	2,8000	,86189	,22254
	Más de 65 años.	2	2,0000	,00000	,00000

Tabla 98.

Estadísticos de prueba.

	En el trabajo	Fuera del trabajo
H de Kruskal-Wallis	15,324	10,126
gl	9	9
Sig. asintótica	,082	,340

<u>Resultados parciales</u>:

No se hallaron diferencias significativas debidas a la edad a la hora de compartir los estados psicológicos (tabla 98), ni en el *ámbito laboral* (p = 0,082) ni *fuera de él* (p = 0,340).

6.4.2. Necesidad de atención psicológica

Tabla 99.

Estadísticas de grupo.

Variable independiente: Edad		N	Media	Desviación típica	Error promedio
En el trabajo	Entre 18 y 25 años.	8	2,2500	,70711	,25000
	Entre 26 y 30 años.	18	2,2222	,94281	,22222
	Entre 31 y 35 años.	8	2,8750	,64087	,22658
	Entre 35 y 40 años.	15	3,0000	,92582	,23905
	Entre 41 y 45 años.	17	2,8235	,80896	,19620
	Entre 46 y 50 años.	20	2,7000	,92338	,20647
	Entre 51 y 55 años	22	3,0455	,84387	,17991
	Entre 56 y 60 años.	16	2,6875	,87321	,21830
	Entre 61 y 65 años.	15	2,8000	1,01419	,26186
	Más de 65 años.	2	1,5000	,70711	,50000
Fuera del trabajo	Entre 18 y 25 años.	8	3,1250	,83452	,29505
	Entre 26 y 30 años.	18	2,6667	,90749	,21390
	Entre 31 y 35 años.	8	3,3750	,74402	,26305
	Entre 35 y 40 años.	15	2,8667	,91548	,23637
	Entre 41 y 45 años.	17	2,4706	1,06757	,25892
	Entre 46 y 50 años.	20	2,5500	,75915	,16975
	Entre 51 y 55 años	22	2,6818	,83873	,17882
	Entre 56 y 60 años.	16	2,5000	1,03280	,25820
	Entre 61 y 65 años.	15	2,8000	,86189	,22254
	Más de 65 años.	2	2,0000	,00000	,00000

Tabla 100.

Estadísticos de prueba.

	Durante la alarma	Tras la alarma
H de Kruskal-Wallis	26,806	18,435
gl	9	9
Sig. asintótica	,002	,030

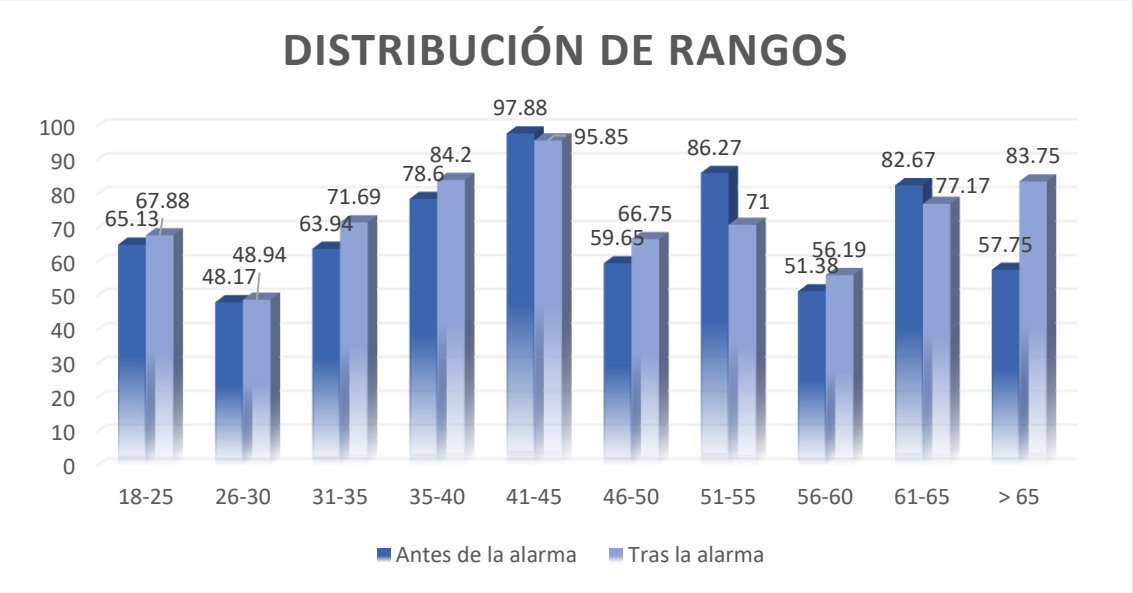

Figura 40. Diagrama de barras de la distribución de rangos de los factores significativos (necesidad de atención psicológica antes y después del estado de alarma).

Resultados parciales:

1) Se producen diferencias significativas (tabla 100) en los rangos promedios debidas a la edad en la *necesidad de atención psicológica durante el estado de alarma* (p = 0,002). Así pues, son los adultos de entre 41-45, 51-55 y 61-65 años los que manifiestan las mayores necesidades, frente a los jóvenes de entre 26-30 años y los adultos de entre 56-60, que registran las menores (figura 40). Tamaño de efecto grande (d = 0,4167) y potencia adecuada (1-β = 0,9438).

2) Igualmente, existen diferencias relevantes (tabla 100) en la *necesidad de atención psicológica tras el estado de alarma* (p = 0,030). Similarmente al caso anterior, los adultos de entre 35-45 años, pero también los mayores de 65 años, son los que estiman mayor necesidad tras la alarma, frente a los jóvenes de entre 26-30 años y los adultos de entre 56-60, que estiman las menores (figura 40). Tamaño de efecto entre mediano y grande (d = 0,3311) y potencia rozando la adecuación (1-β = 0,7623).

6.4.3. Sobre los servicios de atención psicológica

Tabla 101.

Estadísticas de grupo.

Variable independiente: Edad		N	Media	Desviación típica	Error promedio
Conocimiento del servicio	Entre 18 y 25 años.	8	2,1250	,64087	,22658
	Entre 26 y 30 años.	18	1,7778	,64676	,15244
	Entre 31 y 35 años.	8	2,3750	,74402	,26305
	Entre 35 y 40 años.	15	2,3333	1,11270	,28730
	Entre 41 y 45 años.	17	2,0000	,70711	,17150
	Entre 46 y 50 años.	20	1,9000	,78807	,17622
	Entre 51 y 55 años	22	2,0000	,81650	,17408
	Entre 56 y 60 años.	16	2,3125	,79320	,19830
	Entre 61 y 65 años.	15	2,2000	,86189	,22254
	Más de 65 años.	2	2,0000	1,41421	1,00000
Uso del servicio	Entre 18 y 25 años.	8	1,0000	,00000	,00000
	Entre 26 y 30 años.	18	1,0000	,00000	,00000
	Entre 31 y 35 años.	8	1,0000	,00000	,00000
	Entre 35 y 40 años.	15	1,0000	,00000	,00000
	Entre 41 y 45 años.	17	1,0000	,00000	,00000
	Entre 46 y 50 años.	20	1,0000	,00000	,00000
	Entre 51 y 55 años	22	1,0000	,00000	,00000
	Entre 56 y 60 años.	16	1,0000	,00000	,00000
	Entre 61 y 65 años.	15	1,1333	,51640	,13333
	Más de 65 años.	2	1,0000	,00000	,00000
Conveniencia de servicios específicos de atención psicológica para sanitarios	Entre 18 y 25 años.	8	3,5000	,75593	,26726
	Entre 26 y 30 años.	18	2,8889	1,02262	,24103
	Entre 31 y 35 años.	8	3,2500	,70711	,25000
	Entre 35 y 40 años.	15	3,4667	,51640	,13333
	Entre 41 y 45 años.	17	3,5294	,62426	,15141
	Entre 46 y 50 años.	20	3,2000	,69585	,15560

	Entre 51 y 55 años	22	3,2727	,63109	,13455
	Entre 56 y 60 años.	16	2,9375	,92871	,23218
	Entre 61 y 65 años.	15	3,2000	,77460	,20000
	Más de 65 años.	2	3,0000	,00000	,00000

Tabla 102.

Estadísticos de prueba.

	Conocimiento	Uso	Servicios específicos
H de Kruskal-Wallis	7,737	8,400	9,291
gl	9	9	9
Sig. asintótica	,561	,494	,411

Resultados parciales:

No se hallaron diferencias significativas debidas a la edad (tabla 102) ni en el *grado de conocimiento* del servicio (p = 0,561), ni en la frecuencia de uso (p = 0,494) ni en el grado de conveniencia de implantar servicios específicos de atención psicológica para sanitarios (p = 0,411).

6.4.4. Motivos del no uso del servicio

Tabla 103.

Estadísticas de grupo.

Variable independiente: Edad		N	Media	Desviación típica	Error promedio
Motivos de no uso del servicio	Entre 18 y 25 años.	8	3,2500	1,16496	,41188
	Entre 26 y 30 años.	18	3,0556	,63914	,15065
	Entre 31 y 35 años.	8	2,7500	,46291	,16366
	Entre 35 y 40 años.	15	3,2000	1,20712	,31168
	Entre 41 y 45 años.	17	3,1765	1,07444	,26059
	Entre 46 y 50 años.	20	3,2000	1,00525	,22478
	Entre 51 y 55 años	22	3,0000	,97590	,20806
	Entre 56 y 60 años.	16	3,0625	,57373	,14343
	Entre 61 y 65 años.	15	3,0667	1,03280	,26667
	Más de 65 años.	2	2,5000	,70711	,50000

Tabla 104.

Estadísticos de prueba.

	Motivos de no uso
H de Kruskal-Wallis	2,626
gl	9
Sig. asintótica	,977

Resultados parciales:

No se hallaron diferencias significativas debidas a la edad (tabla 103) en los motivos por los cuales los profesionales sanitarios no usaron el servicio (p = 0,977).

6.5. Estados psicológicos y riesgo de contagio autopercibido

6.5.1. Cogniciones y estados anímicos

Tabla 105.

Estadísticas de grupo.

Variable independiente: Riesgo de contagio.		N	Media	Desviación típica	Error promedio
Preocupación	Nulo o muy bajo.	6	2,8333	,75277	
	Bajo	23	3,0000	,79772	
	Medio	34	3,3824	,77907	
	Alto	47	3,3191	,72551	
	Muy alto	31	3,3548	,91464	
Inseguridad	Nulo o muy bajo.	6	1,6667	,81650	
	Bajo	23	2,2609	1,05388	
	Medio	34	3,0000	,85280	
	Alto	47	2,7660	,93745	
	Muy alto	31	3,0000	1,12546	
Confusión	Nulo o muy bajo.	6	1,8333	,75277	
	Bajo	23	1,9130	,84816	
	Medio	34	2,0882	,96508	
	Alto	47	2,2340	1,08773	
	Muy alto	31	2,1613	1,09839	
Miedo o temor	Nulo o muy bajo.	6	2,1667	1,16905	
	Bajo	23	2,7826	1,08530	
	Medio	34	3,3529	,73371	
	Alto	47	3,1064	,91447	
	Muy alto	31	3,3226	1,01282	
Tristeza o decaimiento	Nulo o muy bajo.	6	2,1667	,75277	
	Bajo	23	2,1304	,91970	
	Medio	34	2,8235	,93649	
	Alto	47	2,5532	1,03857	
	Muy alto	31	2,9355	1,12355	

Tabla 106.

Estadísticos de prueba.

	Preocupación	Inseguridad	Confusión	Miedo o temor	Tristeza o decaimiento
H de Kruskal-Wallis	6,826	15,117	1,473	10,475	10,858
gl	4	4	4	4	4
Sig. asintótica	,145	,004	,831	,033	,028

a. Prueba de Kruskal Wallis
b. Variable de agrupación: Exposición

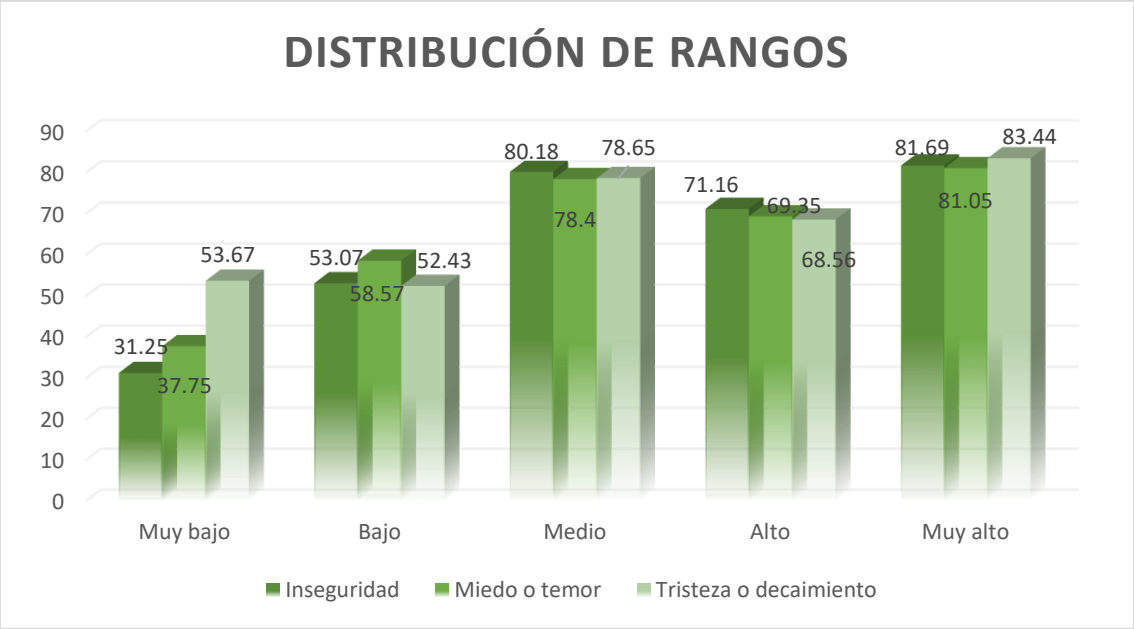

Figura 41. Diagrama de barras de la distribución de rangos de los factores significativos (inseguridad, miedo o temor y tristeza o decaimiento).

<u>Resultados parciales</u>:

1. Se hallaron diferencias significativas en función del riesgo de contagio (tabla 106) en la variable *aumento de la inseguridad* (p = 0,004), donde a partir de un riesgo medio de contagio, se puntúa con una mayor inseguridad que en riesgos bajos o muy bajos (figura 41). Tamaño de efecto pequeño (d = 0,1590) y potencia de contraste inadecuada (1-β = 0,2776).

2. También el *miedo o temor* difiere de forma relevante según el riesgo de contagio (p = 0,033, tabla 106), de forma similar a como ocurre con la variable inseguridad (figura 41). Tamaño de efecto grande (d = 0,5985) y potencia de contraste muy adecuada (1-β = 0,9999).

3. Análogamente ocurre con la *tristeza o decaimiento* (p = 0,028; tabla 106). Tamaño de efecto entre mediano y grande (d = 0,2837) y potencia de contraste casi adecuada (1-β = 0,7608).

4. Sin embargo, no se detectaron diferencias importantes en los niveles de *preocupación* (p = 0,145) ni de *confusión* (p = 0,831).

6.5.2. Síntomas físicos

Tabla 107.

Estadísticas de grupo.

Variable independiente: Riesgo de contagio.		N	Media	Desviación típica	Error promedio
Cansancio	Nulo o muy bajo.	6	1,8333	,75277	,30732
	Bajo	23	2,2609	1,00983	,21056
	Medio	34	2,8529	,95766	,16424
	Alto	47	3,2553	,82008	,11962
	Muy alto	31	3,2581	1,03175	,18531
Problemas de sueño	Nulo o muy bajo.	6	2,3333	1,21106	,49441
	Bajo	23	1,8696	,96786	,20181
	Medio	34	2,6471	1,12499	,19293
	Alto	47	2,8936	1,10796	,16161
	Muy alto	31	2,7742	1,14629	,20588
Agitación	Nulo o muy bajo.	6	1,6667	,81650	,33333
	Bajo	23	1,7391	,91539	,19087
	Medio	34	2,6176	,88813	,15231
	Alto	47	2,5106	,97518	,14224
	Muy alto	31	2,5806	,95827	,17211

Tabla 108.

Estadísticos de prueba.

	Cansancio	Problemas de sueño	Agitación
H de Kruskal-Wallis	24,729	13,466	18,321
gl	4	4	4
Sig. asintótica	,000	,009	,001

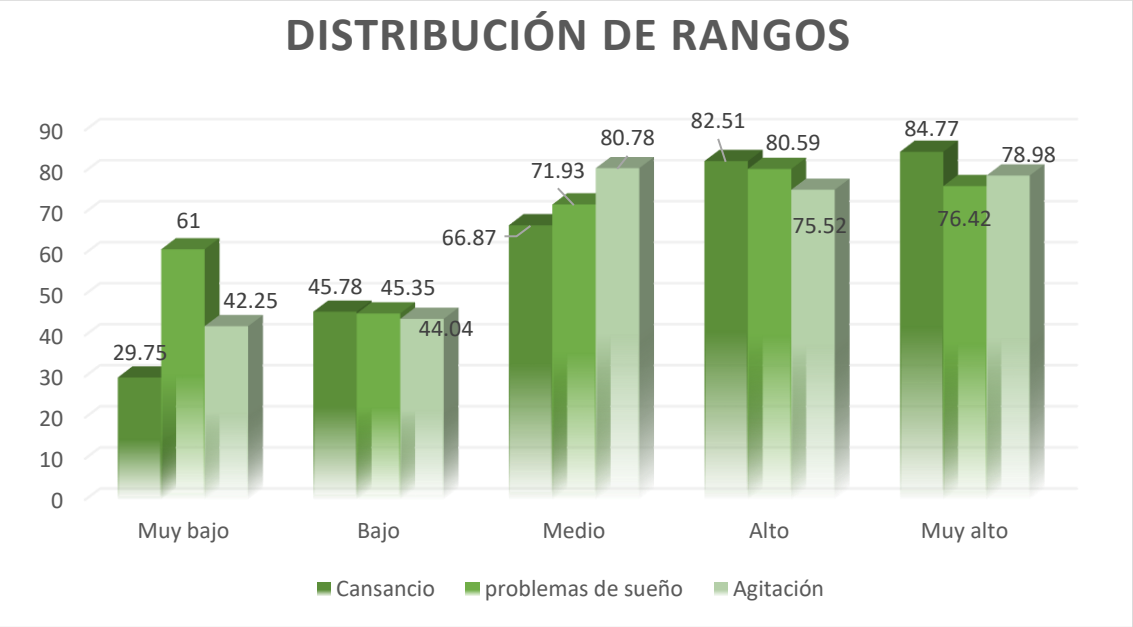

Figura 42. Diagrama de barras de la distribución de rangos de los factores significativos (cansancio, problemas de sueño y agitación).

Resultados parciales:

1. Se hallaron diferencias significativas en función del riesgo de contagio en la variable *cansancio* ($p < 0,001$; tabla 108), donde a partir de un riesgo medio hay mayores puntuaciones que en riesgos bajos o muy bajos (figura 42). Tamaño de efecto grande ($d = 0,4464$) y potencia de contraste adecuada ($1-\beta = 0,9938$).
2. También los *problemas de sueño* difieren de forma relevante en función del riesgo de contagio ($p = 0,009$, tabla 108), de forma similar a como ocurre con la variable inseguridad (figura 42). Tamaño de efecto entre mediano y grande ($d = 0,3532$) y potencia de contraste adecuada ($1-\beta = 0,9288$).
3. Análogamente ocurre con la *agitación psicomotriz* ($p = 0,001$; tabla 108; figura 42). Tamaño de efecto entre mediano y grande ($d = 0,3413$) y potencia de contraste adecuada ($1-\beta = 0,9092$).

6.5.3. Consumo de sustancias

Tabla 109.

Estadísticas de grupo.

Variable independiente: Riesgo de contagio.		N	Media	Desviación típica	Error promedio
Tabaquismo	Nulo o muy bajo.	6	1,3333	,81650	,33333
	Bajo	23	1,7391	1,45282	,30293
	Medio	34	2,1176	1,66542	,28562
	Alto	47	1,4681	1,08048	,15760
	Muy alto	31	1,9355	1,50412	,27015
Alcoholismo	Nulo o muy bajo.	6	1,5000	,54772	,22361
	Bajo	23	1,4348	,72777	,15175
	Medio	34	1,5588	,78591	,13478
	Alto	47	1,6170	,82233	,11995
	Muy alto	31	1,6452	,95038	,17069
Medicación	Nulo o muy bajo.	6	1,6667	,81650	,33333
	Bajo	23	1,5652	,72777	,15175
	Medio	34	2,1176	1,29719	,22247
	Alto	47	2,2979	1,08176	,15779
	Muy alto	31	2,1613	1,24088	,22287

Tabla 110.

Estadísticos de prueba.

	Tabaco	Alcohol	Fármacos
H de Kruskal-Wallis	4,164	1,066	7,575
gl	4	4	4
Sig. asintótica	,384	,900	,108

Resultados parciales:

No se hallaron diferencias significativas en el aumento del consumo de sustancias debidas al riesgo de contagio autopercibido (p > 0,05 en los tres casos; tabla 110), aunque se detecta una tendencia al aumento del consumo de tabaco y fármacos a partir de niveles medios de riesgo (tabla 109).

6.5.4. Irascibilidad y conflictividad

Tabla 111.

Estadísticas de grupo.

Variable independiente: Riesgo de contagio.		N	Media	Desviación típica	Error promedio
Irascibilidad	Nulo o muy bajo.	6	1,6667	,81650	,33333
	Bajo	23	1,8696	,96786	,20181
	Medio	34	2,5588	,82356	,14124
	Alto	47	2,4043	1,05624	,15407
	Muy alto	31	2,7419	,99892	,17941
Conflictividad laboral	Nulo o muy bajo.	6	1,6667	,81650	,33333
	Bajo	23	1,4348	,72777	,15175
	Medio	34	1,7353	,96323	,16519
	Alto	47	2,0000	1,02151	,14900
	Muy alto	31	1,6129	,76059	,13661
Conflictividad personal	Nulo o muy bajo.	6	1,6667	,81650	,33333
	Bajo	23	1,4348	,66237	,13811
	Medio	34	2,0294	,96876	,16614
	Alto	47	1,8723	,89969	,13123
	Muy alto	31	1,9355	,99785	,17922

Tabla 112.

Estadísticos de prueba.

	Irascibilidad	Conflictividad laboral	Conflictividad personal
H de Kruskal-Wallis	14,263	6,314	6,278
gl	4	4	4
Sig. asintótica	,007	,177	,179

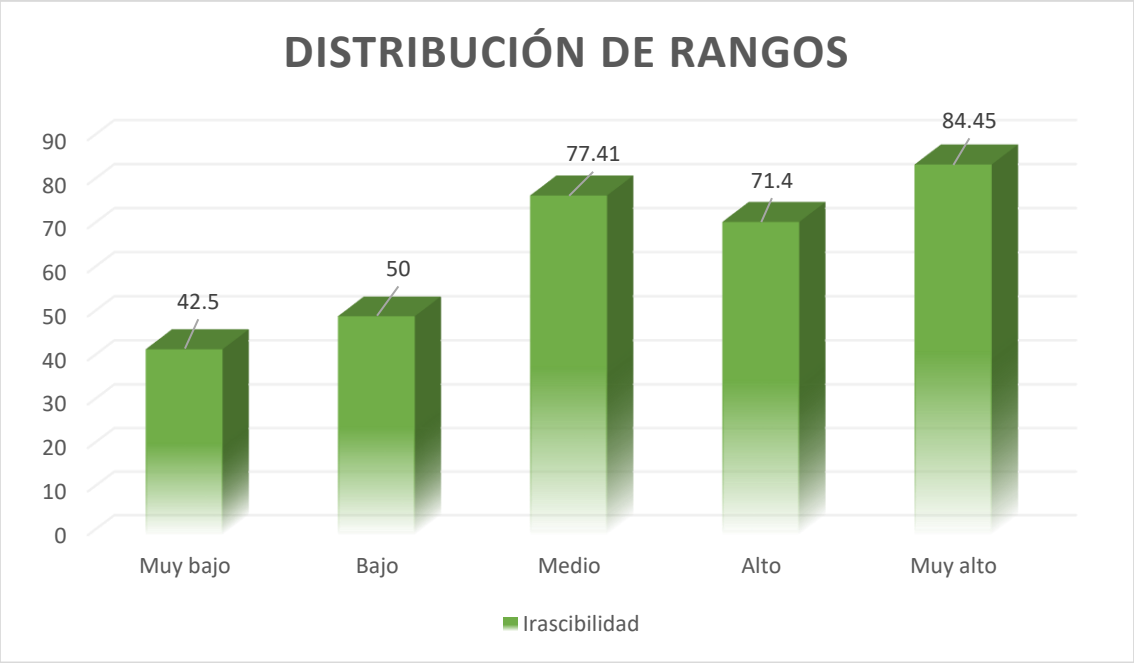

Figura 43. Diagrama de barras de la distribución de rangos de los factores significativos (irascibilidad).

<u>Resultados parciales</u>:

1. Se detectaron diferencias significativas en el *aumento de la irascibilidad* en función del riesgo de contagio autopercibido (p = 0,007; tabla 112), de modo que, a partir de niveles intermedios de riesgo, las puntuaciones promedias resultan notablemente mayores que en niveles bajos o muy bajos (tabla 111; figura 43). Tamaño de efecto entre mediano y grande (d = 0,3190) y potencia de contraste adecuada (1-β = 0,8626).

2. Sin embargo, las diferencias fueron estadísticamente nulas en el aumento de la *conflictividad laboral* (p = 0,177; tabla 112) y de la *conflictividad personal* (p = 0,179; tabla 112).

6.5.5. Síntomas psicopatológicos

Tabla 113.

Estadísticas de grupo.

Variable independiente: Riesgo de contagio.		N	Media	Desviación típica	Error promedio
Estrés psicológico	Nulo o muy bajo.	6	2,3333	,81650	,33333
	Bajo	23	2,7826	1,16605	,24314
	Medio	34	3,9118	,79268	,13594
	Alto	47	3,9574	1,02060	,14887
	Muy alto	31	4,0968	1,01176	,18172
Ansiedad	Nulo o muy bajo.	6	2,3333	1,03280	,42164
	Bajo	23	2,5652	1,07982	,22516
	Medio	34	3,4706	1,13445	,19456
	Alto	47	3,2766	1,19241	,17393
	Muy alto	31	3,6452	1,25295	,22504
Depresión	Nulo o muy bajo.	6	2,3333	1,50555	,61464
	Bajo	23	1,7826	1,20441	,25114
	Medio	34	2,7647	1,34972	,23148
	Alto	47	2,4043	1,42432	,20776
	Muy alto	31	2,7097	1,48758	,26718

Tabla 114.

Estadísticos de prueba.

	Estrés psicológico	Ansiedad	Depresión
H de Kruskal-Wallis	30,568	16,135	8,216
gl	4	4	4
Sig. asintótica	,000	,003	,084

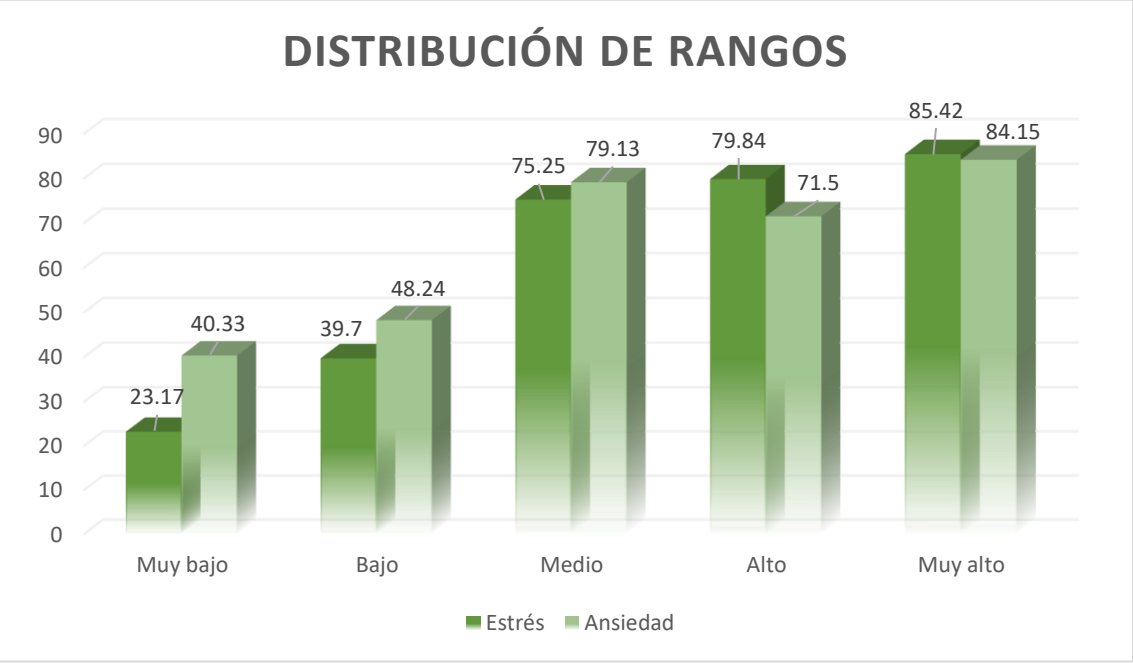

Figura 44. Diagrama de barras de la distribución de rangos de los factores significativos (estrés y ansiedad).

Resultados parciales:

1. Se detectaron diferencias significativas en el *aumento del estrés psicológico* en función del riesgo de contagio autopercibido ($p < 0,001$; tabla 114), de modo que, a partir de niveles intermedios de riesgo, las puntuaciones promedias resultan notablemente mayores que en niveles bajos o muy bajos (tabla 113; figura 44). Tamaño de efecto grande ($d = 0,5204$) y potencia de contraste adecuada ($1-\beta = 0,9995$).
2. También fueron notables las diferencias debidas al riesgo en la variable *aumento del nivel de ansiedad* ($p = 0,003$; tabla 114). De forma análoga al caso anterior, a mayor riesgo autopercibido, mayores puntuaciones o rangos promedios (tabla 113; figura 44). Tamaño de efecto grande ($d = 0,3960$) y potencia de contraste adecuada ($1-\beta = 0,9738$).
3. Sin embargo, las diferencias resultaron nulas en el caso del *aumento de los niveles de depresión* ($p = 0,084$; tabla 114), de modo que los valores de esta variable son independientes del riesgo de contagio.

6.5.6. Grado de afectación por el estado de alarma

Tabla 115.

Estadísticas de grupo.

Variable independiente: Riesgo de contagio.		N	Media	Desviación típica	Error promedio
Afectación laboral	Nulo o muy bajo.	6	2,3333	,81650	,33333
	Bajo	23	2,7826	1,16605	,24314
	Medio	34	3,9118	,79268	,13594
	Alto	47	3,9574	1,02060	,14887
	Muy alto	31	4,0968	1,01176	,18172
Afectación personal	Nulo o muy bajo.	6	2,3333	1,03280	,42164
	Bajo	23	2,5652	1,07982	,22516
	Medio	34	3,4706	1,13445	,19456
	Alto	47	3,2766	1,19241	,17393
	Muy alto	31	3,6452	1,25295	,22504

Tabla 116.

Estadísticos de prueba.

	Afectación laboral	Afectación personal
H de Kruskal-Wallis	18,623	10,887
gl	4	4
Sig. asintótica	,001	,028

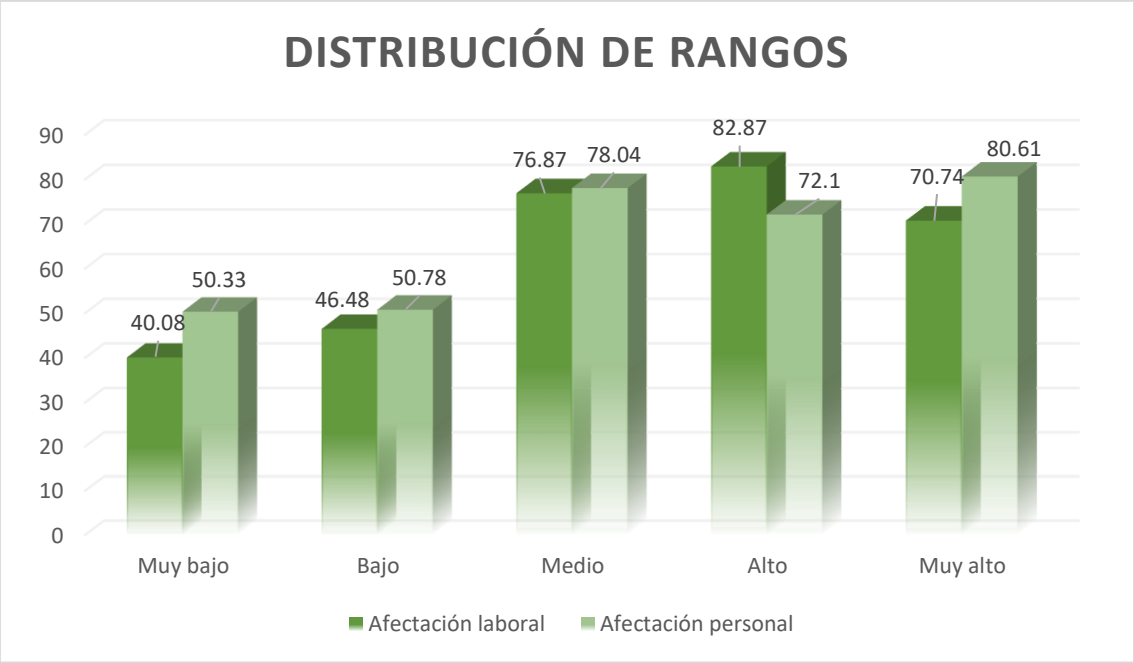

Figura 45. Diagrama de barras de la distribución de rangos de los factores significativos (afectación laboral y afectación personal).

Resultados parciales:

1. Se detectaron diferencias relevantes en la *afectación laboral* de los estados psicológicos según el riesgo de contagio autopercibido (p = 0,001; tabla 116). De modo que, a partir de niveles intermedios de riesgo, las puntuaciones promedias resultan notablemente mayores que en niveles bajos o muy bajos (tabla 115 y figura 45). Tamaño de efecto grande (d = 0,5332) y potencia de contraste adecuada (1-β = 0,9997).

2. También resultaron significativas las diferencias debidas al riesgo en la variable *afectación personal* (p = 0,028; tabla 116). De forma análoga al caso anterior, a mayor riesgo autopercibido, mayores puntuaciones o rangos promedios (tabla 115; figura 45). Tamaño de efecto grande (d = 0,3982) y potencia de contraste adecuada (1-β = 0,9753).

6.6. Gestión de los estados psicológicos y riesgo de contagio

6.6.1 Compartición de los estados psicológicos

Tabla 117.

Estadísticas de grupo.

Variable independiente: Riesgo de contagio.		N	Media	Desviación típica	Error promedio
Afectación laboral	Nulo o muy bajo.	6	2,3333	1,03280	,42164
	Bajo	23	2,4348	,99206	,20686
	Medio	34	2,6471	,84861	,14554
	Alto	47	2,8298	,81612	,11904
	Muy alto	31	2,9032	,97826	,17570
Afectación personal	Nulo o muy bajo.	6	2,8333	1,16905	,47726
	Bajo	23	2,6522	,83168	,17342
	Medio	34	2,7059	,83591	,14336
	Alto	47	2,8511	,88413	,12896
	Muy alto	31	2,4839	,99569	,17883

Tabla 118.

Estadísticos de prueba.

	Afectación laboral	Afectación personal
H de Kruskal-Wallis	5,964	3,277
gl	4	4
Sig. asintótica	,202	,513

<u>Resultados parciales</u>:

Las diferencias fueron estadísticamente nulas en lo relativo al *grado de afectación* en función del riesgo de contagio autopercibido, tanto a nivel laboral como en el ámbito personal ($p > 0,05$ en ambos casos; tabla 118).

6.6.2. Necesidad de atención psicológica

Tabla 119.

Estadísticas de grupo.

Variable independiente: Riesgo de contagio.		N	Media	Desviación típica	Error promedio
Durante el estado de alarma	Nulo o muy bajo.	6	1,8333	1,32916	,54263
	Bajo	23	1,6522	,64728	,13497
	Medio	34	2,1765	1,11384	,19102
	Alto	47	1,8936	1,02648	,14973
	Muy alto	31	2,0645	1,23654	,22209
Después del estado de alarma	Nulo o muy bajo.	6	1,6667	,81650	,33333
	Bajo	23	2,0000	,73855	,15400
	Medio	34	2,4412	,78591	,13478
	Alto	47	2,4043	1,03545	,15104
	Muy alto	31	2,2903	,78288	,14061

Tabla 120.

Estadísticos de prueba.

	Durante el estado de alarma	Después del estado de alarma
H de Kruskal-Wallis	2,724	7,237
gl	4	4
Sig. asintótica	,605	,124

Resultados parciales:

También en este caso las diferencias resultaron estadísticamente nulas respecto a la *necesidad de atención psicológica* en función del riesgo de contagio autopercibido, tanto durante como después del estado de alarma ($p > 0,05$ en ambos casos; tabla 120).

6.6.3. Sobre el servicio de atención psicológica

Tabla 121.

Estadísticas de grupo.

Variable independiente: Riesgo de contagio.		N	Media	Desviación típica	Error promedio
Conocimiento del servicio	Nulo o muy bajo.	6	2,0000	,63246	,25820
	Bajo	23	2,0870	,79275	,16530
	Medio	34	2,0000	,69631	,11942
	Alto	47	2,2553	,89608	,13071
	Muy alto	31	1,9032	,83086	,14923
Uno del servicio	Nulo o muy bajo.	6	1,0000	,00000	,00000
	Bajo	23	1,0000	,00000	,00000
	Medio	34	1,0000	,00000	,00000
	Alto	47	1,0426	,29173	,04255
	Muy alto	31	1,0000	,00000	,00000
Conveniencia de servicios específicos de	Nulo o muy bajo.	6	2,5000	1,04881	,42817
	Bajo	23	3,0870	,73318	,15288

atención psicológica para sanitarios	Medio	34	3,4706	,78760	,13507
	Alto	47	3,2553	,73627	,10740
	Muy alto	31	3,1613	,63754	,11450

Tabla 122.

Estadísticos de prueba.

	Conocimiento del servicio	Uso del servicio	Conveniencia de servicios específicos
H de Kruskal-Wallis	3,484	2,000	10,022
gl	4	4	4
Sig. asintótica	,480	,736	,040

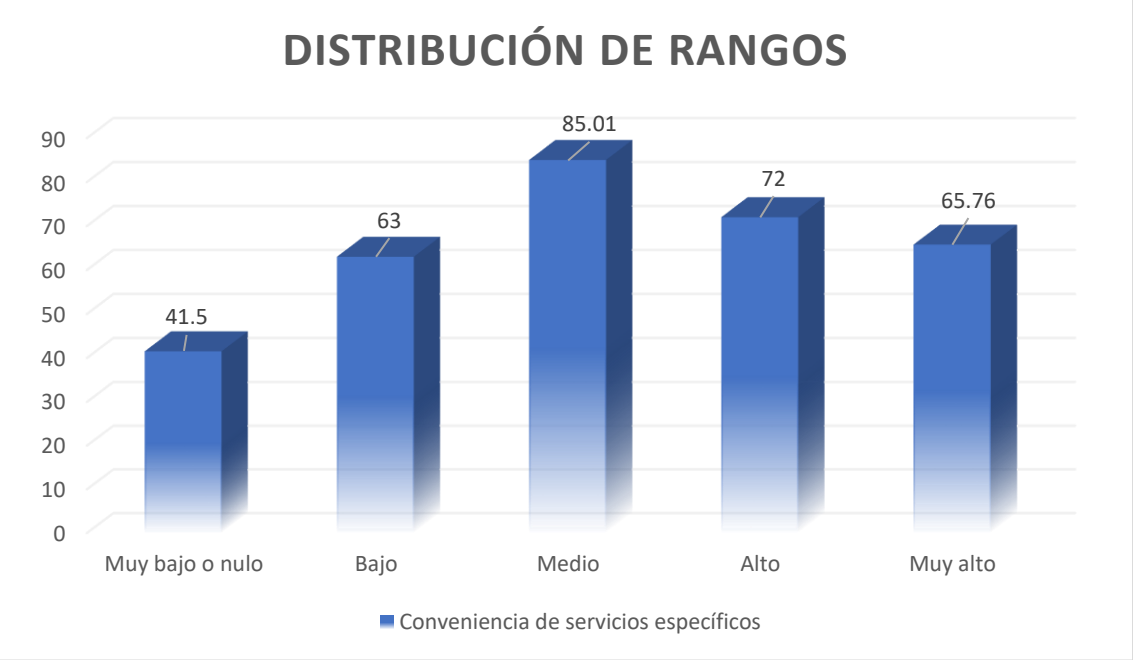

Figura 46. Diagrama de barras de la distribución de rangos de los factores significativos (conveniencia de servicios específicos).

<u>Resultados parciales</u>:

1. No se detectaron diferencias significativas en el *nivel de conocimiento del servicio de atención psicológica* en función del riesgo de contagio autopercibido (p = 0,480; tabla 122).
2. Tampoco resultaron estadísticamente relevantes las diferencias debidas al riesgo en la variable *uso del servicio de atención psicológica* (p = 0,736; tabla 122).
3. Sin embargo, las diferencias resultaron significativas en el caso de la *conveniencia de servicios específicos de atención psicológica para sanitarios* (p = 0,040; tabla 122). De modo que, a partir de valores medios de riesgo de

contagio, la conveniencia de estos servicios les parece mucho mayor que en el caso de riesgo bajo y nulo o muy bajo (tabla 121 y figura 46). Tamaño de efecto entre mediano y pequeño (d = 0,2029) y potencia de contraste adecuada (1-β = 0,9517).

6.6.4. Motivos de no uso del servicio

Tabla 123.

Estadísticas de grupo.

Variable independiente: Riesgo de contagio.		N	Media	Desviación típica	Error promedio
Motivo de no uso	Nulo o muy bajo.	6	2,8333	,40825	,16667
	Bajo	23	2,8696	,34435	,07180
	Medio	34	3,2353	1,12973	,19375
	Alto	47	3,2128	,97660	,14245
	Muy alto	31	2,9355	,92864	,16679

Tabla 124.

Estadísticos de prueba.

	Motivo de no uso
H de Kruskal-Wallis	3,050
gl	4
Sig. asintótica	,550

<u>Resultados parciales</u>:

No se detectaron diferencias significativas en el *motivo de no uso del servicio de atención psicológica* en función del riesgo de contagio autopercibido (p = 0,550; tabla 124).

7. Resultados del análisis psicométrico

7.1. Análisis de fiabilidad

Se procedió a calcular la consistencia interna de los ítems las distintas subescalas, de los bloques y del total del cuestionario mediante el *coeficiente alpha de Cronbach*, el cual mide la consistencia interna de un conjunto de ítems; es decir, hasta qué punto las respuestas de los sujetos a los distintos ítems que pretenden medir cierto contructo son similares o congruentes entre sí o, lo que es lo mismo, si las correlaciones entre las contestaciones a dichos ítems presentan altas cuantías. Para la interpretación de los resultados, y como criterio general, se siguen las recomendaciones de George y Mallery (2003), citado en Frías-Navarro (2019, pp. 6-7), según las cuales, valores de fiabilidad menores a 0,5 son inaceptables, entre 0,5 y 0,6 pobres, entre 0,6 y 0,7 cuestionables, entre 0,7 y 0,8 aceptables, entre 0,8 y 0,9 buenos y mayores a 0,9 excelentes.

Tabla 125. *Valores de consistencia interna*.

Bloques	Subescalas	Alfa de Cronbach	Alfa de Cronbach basado en elementos estandarizados	N de elementos
Estados psicológicos	Cogniciones y estados anímicos	,865	,867	5
	Síntomas físicos	,777	,780	3
	Consumo de sustancias	,252	,235	3
	Irascibilidad y conflictividad	,760	,759	3
	Síntomas psicopatológicos	,821	,828	3
	Afectación por el estado de alarma	,665	,665	2
	Total	,917	,918	19
Gestión de los estados psicológicos	Estados compartidos	,520	,520	2
	Necesidad de atención	,653	,661	2
	Sobre el servicio de atención psicológica	,399	,355	4
	Total	,643	,638	8
Fiabilidad global	Todas las subescalas	,914	,910	27

Resultados parciales (tabla 125):

1. El bloque *estados psicológicos* presenta un coeficiente de fiabilidad excelente (α = 0,917), ya que sus distintas subescalas presentan valores altos en su mayoría (buenos o aceptables) excepto la subescala de consumo de sustancias, que es inaceptable (α = 0,252) y la del grado de afectación, que resulta cuestionable (α = 0,665).
2. La fiabilidad del bloque *gestión de los estados psicológicos* resultó cuestionable en su conjunto (α = 0,643) porque, igualmente, sus subescalas fueron cuestionables, pobres o inaceptables.
3. Sin embargo, al incluir en el análisis todos los ítems de las variables dependientes analizadas, la fiabilidad global del cuestionario resultó excelente (α = 0,914).

7.2. Análisis de validez

En un primer intento por establecer indicios de validez teórica, conceptual o de constructo, ante la escasez de estudios previos sobre COVID-19, y a la espera de poder extender el estudio por distintas regiones del país y confirmar o no la utilidad del instrumento, se aplica un análisis factorial exploratorio a los ítems del cuestionario, con objeto de analizar las saluraciones o correlaciones relevantes (r ≥ 0,35) en los factores o componentes principales, y establecer criterios heurísticos de interpretación; esto es, en relación al valor de las saturaciones que se agrupan en unos u otros componentes (Méndez y Rondón, 2012).

Tabla 126.
Matriz de componentes rotados.

	Factores o componentes						
ítems	1	2	3	4	5	6	7
Inseguridad	,794						
Estrés psicológico	,777						
Miedo o temor	,765						
Cansancio	,742						
Tristeza o decaimiento	,722						
Preocupación	,700						
Problemas de sueño	,678						
Agitación	,664						
Ansiedad	,652		,359				
Confusión	,602						
Medicación	,366						
Necesidad de atención psicológica		,722					
Necesidad de atención futura		,714					,350
Depresión	,397	,606	,397				
Conflictividad personal			,775				

Conflictividad laboral			,744				
Irascibilidad	,567		,646				
Afectación personal			,551				
Estados compartidos fuera del trabajo				,842			
Estados compartidos en el trabajo	,351			,609			
Motivo no uso					,882		
Afectación laboral	,418	,430			,489		
Conocimiento del servicio				,420	,480	,361	
Uso del servicio						,748	
Consumo de alcohol						,727	
Servicio específico para sanitarios							,769
Consumo de tabaco						,382	,450

Método de extracción: análisis de componentes principales.
Método de rotación: Varimax con normalización Kaiser.
a. La rotación ha convergido en 19 iteraciones.

Resultados parciales (tabla 126):

1. En el primer factor o componente se agrupan, significativa y exclusivamente, los ítems siguientes: inseguridad, estrés, miedo o temor, cansancio, tristeza o decaimiento, preocupación, trastornos del sueño, agitación, ansiedad, confusión y medicación. En estos ítems, por tanto, existen evidencias de validez convergente.
2. Saturan significativamente en el segundo factor: necesidad de atención psicológica (presente y futura) y depresión, aunque ésta última también lo hace en los componentes 1 y 3 en menor cuantía. Por tanto, los ítems de necesidad de atención muestran evidencias de validez convergente y el de depresión de validez nomológica.
3. Saturan de forma relevante y exclusiva en el tercer factor: conflictividad (personal y laboral), irascibilidad y afectación personal, por lo que estos ítems muestran de nuevo evidencias de validez convergente.
4. En el cuarto factor o componente se agrupan de forma exclusiva (evidencias de validez convergente) únicamente los ítems de los estados compartidos (en el trabajo y fuera de él).
5. En el quinto factor se agrupan de forma exclusiva (validez convergente) los motivos de no uso del servicio y la afectación laboral y, de forma mayoritaria, aunque no de muy contundentemente, el conocimiento sobre el servicio (evidencias de validez nomológica).
6. En el sexto factor hacen lo propio el uso del servicio y el consumo de alcohol (validez convergente).

7. Y cierran el agrupamiento, en el séptimo factor, la conveniencia de servicios específicos para sanitarios (validez convergente) y el consumo de tabaco (validez nomológica).
8. Gracias a estas evidencias, de momento no procede eliminar ningún ítem del cuestionario, sin que ello no suponga alguna acción de mejora si, finalmente, se lleva a cabo un análisis psicométrico en mayor profundidad.

8. Resumen de resultados

De los análisis descriptivos puede decirse que, si bien el perfil de la persona encuestada quedó definido por las respuestas de la mayoría, simple en muchos casos y absoluta en otros cuantos, otro sector nada desdeñable ha opinado de forma distinta los que reflejan los valores modales. En este sentido, cabe destacar los siguientes hechos:

1) Respecto a la información sociodemográfica, el 71,6% de los respondientes fueron mujeres. Si bien la media de edad se sitúa en 45,25 años, los valores más frecuentes oscilaron entre 51 y 55 años (15,6%), seguido de 46 a 50 (14,2%) y de 26 a 30 (12,8%), aunque las edades se mostraron bastante repartidas (tablas 1 a 4 y figuras 1 y 2).
2) A nivel laboral, casi tres de cada cuatro encuestados (74,5%) trabajaban en centros sanitarios públicos (entre hospitales y centros de salud). El 86,5% lo abarcaron profesiones puramente sanitarias como enfermeros (48,2%), médicos (19,9%), auxiliares de clínica (14,9%), fisioterapeutas (5,7%) y celadores (3,5%). Y el 95,7% percibió algún riesgo de contagio en sus respectivos puestos (79,4% entre bastante, alto y muy alto, frente al 20,6% entre nulo, bajo o muy bajo) (tablas 5 a 10 y figuras 3 a 5).
3) Si nos referimos a los cambios experimentados por los sanitarios a nivel cognitivo y anímico, el 98,6% reconoció sentirse más preocupado que antes del estado de alarma (80,8% entre bastante y mucho más, y 17,6% sólo algo más). Mayor inseguridad en el 85,1% (61,7% entre bastante y mucho, y 23,4% sólo algo más). Mayor confusión en dos de cada tres encuestados (34% entre bastante y mucho, y 31,9% sólo algo más). Más miedo o temor en el 92,2% de los casos (74,5% entre bastante y mucho, y 17,7% sólo algo más). Y estuvieron más tristes o decaídos en el 84,4% (51,7% entre bastante y mucho, y 32,6% sólo algo más) (tablas 11 a 20 y figuras 6 a 10).

4) En el plano físico, el 89,4% se halló más cansado que antes (66,7% entre bastante y mucho, y 22,7% sólo algo más). El 77,3% tuvo más problemas de sueño (53,9% entre bastante y mucho, y 23,4% sólo algunos más). Y el 80,9% se sintió más agitado que antes (41,1% entre bastante y mucho, y 39,7% sólo algo más) (tablas 21 a 26 y figuras 11 a 13).

5) En lo relativo al consumo de sustancias, la mayoría no fuma (71,6%), pero del 28,4% que lo hace, el 20,6% fuma más que antes (15,6% entre bastante y mucho, y 5% sólo algo más). También es abstemia una mayoría (58,9%), pero del 41,1% que bebe, el 2,8% lo hace entre bastante y mucho más, frente al 9,9% sólo algo más. Del 58,9% que toma medicación, el 12% lo ha hecho entre bastante y mucho más que antes, frente al 25,5% sólo algo más (tablas 27 a 32 y figuras 14 a 16).

6) La irascibilidad fue mayor que antes en el 78% de los casos (45,4% entre bastante y mucho más, y 32,6% sólo algo más). Casi la mitad de la muestra (48,9%) experimentó mayor conflictividad laboral (19,2% entre bastante y mucho, y 29,8% sólo algo más). Y en el 53,9% se produjo una mayor conflictividad personal (27,3% entre bastante y mucho, y 27,7% sólo algo más) (tablas 33 a 38 y figuras 17 a 19).

7) En el plano psicopatológico, el 88,6% padeció más estrés psicológico (60,3% entre bastante y mucho, y 28,4% sólo algo más). El 75,9% más ansiedad (40,4% entre bastante y mucha, y 35,5% sólo algo más). Y no creen padecer depresión en un 39,7% (aunque un 25% ha aumentado sus niveles entre bastante y mucho, y 23,4% sólo algo más) (tablas 39 a 44 y figuras 20 a 22).

8) A nivel general, la pandemia ha afectado laboralmente al 56% (27% entre bastante y mucho, y 29,1% sólo algo) y ha afectado personalmente al 71,6% (36,2% entre bastante y mucho, y 35,5% sólo algo) (tablas 45 a 48 y figuras 23 y 24).

9) En cuanto a la gestión de los cambios, el 92,8% compartió sus estados psicológicos con los compañeros de trabajo (55,3% a menudo o a diario, frente al 37,6% que sólo lo hacía a veces) y, en la misma proporción, con otras personas fuera del entorno laboral (54,6% a menudo o a diario, frente al 38,3% sólo a veces) (tablas 49 a 52 y figuras 25 y 26).

10) Respecto a la necesidad de atención psicológica, el 54,6% declaró haberla necesitado durante el estado de alarma (28,4% de forma moderada o alta, en contraposición al 26,2% que lo hizo de forma escasa). Pero el 83% declara que, posiblemente, necesitará algún tipo de atención psicológica a medio o largo plazo

(un 34,7% bastante o mucho, contrapuesto al 65,2 que opina entre nada o poco) (tablas 53 a 56 y figuras 27 y 28).

11) Prácticamente la totalidad de la muestra (99,3%), nunca usó los servicios gratuitos de atención psicológica telefónica, principalmente porque el conocimiento sobre su existencia fue nulo o escaso para el 67,4% de los sujetos, frente al 32,6% con conocimiento moderado o alto, por considerarlos poco útiles (57,1%) o no necesitarlos realmente (22,7%), frente al 20,2% que no lo hizo por temor a posibles consecuencias laborales (13,5%) o por evitar preocupar a sus seres queridos (5,7%). No obstante, están de acuerdo en la conveniencia de disponer de un servicio de atención psicológica específica para el personal sanitario en un 98,6% de los casos, siendo bastante o muy necesario para el 82,9%, frente al 15,6% que opina que le resultará poco o nada necesario (tablas 57 a 64 y figuras 29 a 32).

De los análisis inferenciales (contrastes de medias), pueden destacarse los siguientes hechos:

1) En cuanto a la influencia del sexo:

    a. Las mujeres se sintieron más inseguras, más tristes o decaídas, más cansadas y más agitadas que los hombres durante el estado de alarma. Además, consumieron más tabaco en el caso de las personas fumadoras.

    b. También ellas se sintieron más afectadas que los hombres en el plano personal, pero no así en el ámbito laboral, donde no se hallaron diferencias.

    c. Respecto a los motivos por los cuales los sanitarios no usaron el servicio de atención psicológica, los hombres no lo hicieron para no preocupar a sus seres queridos, mientras las mujeres se reparten entre la creencia en su inutilidad, la innecesaridad y el temor a posibles consecuencias laborales.

    d. Sin embargo, hombres y mujeres no difirieron en el aumento de síntomas psicopatológicos, en la forma de gestionar sus estados psicológicos, en la necesidad de recepción de atención psicológica ni en sus opiniones sobre el servicio habilitado.

2) En lo relativo al efecto de la edad:

   a. Las personas mayores de 65 años sintieron menor preocupación, menor inseguridad y menor temor que el resto de franjas de edad, correspondiendo los mayores aumentos a los sujetos de edades intermedias y a los más jóvenes.
   b. Así mismo, son los sanitarios de edades intermedias (35 a 55 años) los que más agitación y más problemas de sueño padecieron.
   c. Sin embargo, quienes experimentaron un mayor aumento del consumo de alcohol fueron los adultos jóvenes de 26 a 30 años, y los mayores de 56. Y son estos mismos adultos jóvenes y los mayores de 65 quienes, por el contrario, experimentaron menor aumento de la irascibilidad.
   d. De otro lado, el incremento de estrés psicológico durante el estado de alarma lo padecieron mayormente los adultos de 35 a 45 años. Si hablamos de ansiedad y depresión, de nuevo los adultos de 35 a 45 y los de 61 a 65 fueron los más afectados por síntomas relacionados con estas psicopatologías.
   e. Por último, hubo mayor necesidad de atención psicológica durante el estado de alarma sobre todo a partir de los 45 años, pero quienes creen que la necesitarán en un futuro cercano son los adultos de 35 a 45 y los mayores de 65.

3) Respecto a la influencia del riesgo de contagio autopercibido:

   a. A mayor riesgo de contagio mayor inseguridad, mayor miedo o temor y mayor tristeza o decaimiento.
   b. Análogamente, a mayor riesgo mayor cansancio, mayores problemas de sueño, mayor agitación psicomotriz y mayor irascibilidad.
   c. Así mismo, los sanitarios padecen más estrés y ansiedad en la medida en que el riesgo de contagio se percibe mayor, lo cual también repercute directamente en el grado de afectación personal y laboral que les ha supuesto someterse a tales niveles de riesgo.
   d. Por último, a mayor riesgo, mayor creencia en la conveniencia de instaurar servicios de atención psicológica específicos para personal sanitario.

4) En referencia a la fiabilidad y validez del instrumento, obtenidas en esta primera aplicación entre profesionales sanitarios:

   a. A pesar de la excelencia de la fiabilidad global, el hecho de superar ligeramente el valor de 0,9, puede estar indicando alguna redundancia o multicolinealidad entre ítems que, de confirmarse, habría que detectar y corregir. No obstante, se trata de un muy buen indicativo de la consistencia interna entre los ítems, como primera evidencia científica.

   b. Si hablamos de validez y observamos las saturaciones o correlaciones significativas detectadas por el análisis factorial, y que se agrupan en los distintos factores o componentes, o bien lo hacen sólo en un componente, o se reparten entre varios de forma congruente; es decir, no hay dos saturaciones relevantes en más de un componente o, si las hay, la de mayor cuantía se agrupa en el factor que le corresponde, lo que nos garantiza ciertas evidencias de validez (convergente o nomológica).

9. Discusión

Los resultados obtenidos en el presente estudio son congruentes con las conclusiones del estudio realizado en China en enero del presente año, al inicio de la pandemia (Lozano-Vargas, 2020), donde se detectó un significativo aumento de estrés, ansiedad, síntomas depresivos, insomnio, negación, ira y temor entre el personal sanitario, que se enfrentó por primera vez a los rigores de la pandemia en aquel país, confirmándose, igualmente, una mayor incidencia en mujeres que en hombres. Sin embargo, nuestro estudio introduce dos factores explicativos más (edad y riesgo de contagio autopercibido) que logra aumentar la variabilidad explicada de dichos aumentos. Tampoco en el estudio de China, y sí en esta ocasión, se contemplaron otras variables afectadas por el impacto del COVID-19, ni se hace mención a la gestión de los estados o malestares psicológicos ni a los servicios de atención psicológica, lo que supone una nueva aportación a estas recientes investigaciones.

Respecto a estos servicios, los profesionales sanitarios hicieron un casi nulo uso por distintos motivos, entre los que destaca la innecesariedad o poca utilidad que le atribuyeron en aquellos momentos, lo cual pudiera estar relacionado con el Síndrome

de Superman o con la estigmatización laboral que aún hoy supone acudir a un profesional de la Psicología cuando las circunstancias superan o desbordan a las personas intervinientes. Además, el temor a consecuencias laborales y a preocupar a los seres queridos, parecen explicar conjuntamente esta circunstancia.

En España se cuenta con un reciente estudio orientado a la población general (Balluerka et cols., 2020), pero escasean las investigaciones dirigidas a colectivos laborales sensibles. No obstante, hay suficiente constancia respecto al mayor riesgo de padecer afectaciones psicológicas entre el personal sanitario, con respecto a la población general, pues incluso antes de la actual pandemia, estaban ya sometidos a sobrecargas laborales, situaciones estresantes (relacionadas con el cuidado y atención de los pacientes), así como a emociones negativas procedentes tanto de pacientes como de familiares (García-Morán y Gil-Lacruz, 2016). Obviamente, al sumarle el efecto de esta emergencia sanitaria mundial, el riesgo de padecer algún trastorno o desajuste psicológico se antoja más que probable, si no a corto plazo (Síndrome de Superman), sí a medio o largo plazo cuando el distrés y las situaciones ansiógenas se cronifiquen y puedan desembocar en estados depresivos y/o estrés postraumático, como se refiere en el estudio publicado por el COP (2020), donde se estima un considerable aumento de la demanda psicológica en la población, que se verá afectada en torno a un 25%, y que, muy probablemente, tenga una mayor incidencia aún en colectivos más vulnerables, entre los cuales se sitúa el personal sanitario.

Gracias a los resultados del presente estudio, se ha podido “radiografiar” la situación actual del personal sanitario de Ceuta en un momento concreto, cuando el prolongado confinamiento generaba el mayor temor, pero la tasa de contagios era de las menores del país y los existentes estaban bastante controlados, así como los fallecimientos se estabilizaron en dos amigos septuagenarios que se habían contagiado entre sí. Sin embargo, desde la aplicación de la encuesta hasta la fecha actual (mediados de septiembre) dicha tasa ha aumentado considerablemente y de forma acelerada, coincidiendo con el restablecimiento de las vías de conexión con la península y el trasiego de viajeros durante la época estival, como también ha aumentado considerablemente el número de fallecidos.

A día veinte de septiembre, Ceuta ha superado la centena de casos de contagio y ha elevado el número de muertes a once. Cifras que superan con creces los peores datos registrados al principio de la pandemia. Por ello, es fácilmente imaginable que el personal sanitario de la ciudad, al igual que el de otras comunidades y grandes ciudades, experimente un nuevo aumento de la sintomatología medida en el presente

estudio. Por todo ello, como profesionales de la Psicología, no debemos bajar la guardia y apostar por el restablecimiento del servicio gratuito de atención psicológica telefónica o telemática, si bien de una manera quizás más especializada y dirigida a la profesión sanitaria, como demanda un considerable porcentaje de los profesionales encuestados. Desde todos los frentes, se ha de actuar para sensibilizar a la clase política y responsables sanitarios de la necesidad de cuidar la salud mental de aquellos que, al servicio de la población, se encuentran más expuestos a las consecuencias de la pandemia, pues de su bienestar integral depende el buen hacer de su desempeño laboral, y los aspectos psicológicos son fundamentales para evitar el absentismo y un bajo rendimiento laboral, además de las afectaciones personales que estos rebrotes puedan acarrear fuera del lugar de trabajo, a nivel personal y/o familiar.

10. Conclusiones

- ✓ La pandemia por COVID-19 ha afectado psicológicamente a la muestra de profesionales sanitarios, aumentando sus cogniciones negativas, empeorando su salud física, la irascibilidad y conflictividad laboral y personal, y generando un incremento de sintomatología psicopatológica.
- ✓ Pese a la reconocida necesidad de atención psicológica durante los primeros meses de la pandemia, los sanitarios apenas usaron los servicios psicológicos por motivos relacionados con las consecuencias laborales, la innecesaridad y el temor a preocupar al círculo íntimo.
- ✓ Las afectaciones psicológicas analizadas inciden de distinta manera según el sexo, la edad y el riesgo de contagio, siendo mayor en mujeres, en edades intermedias y jóvenes, y en los casos en que se percibe mayor riesgo de contagio.
- ✓ En su primera andadura, el cuestionario, siendo susceptible de mejora, ha mostrado una alta fiabilidad de los ítems y evidencias de validez conceptual.

11. Limitaciones del estudio y propuestas de mejora

Si bien la muestra es estadísticamente aceptable por su tamaño y representatividad con respecto a la población de referencia (personal sanitario que trabajó en los diversos servicios en la ciudad de Ceuta durante el estado de alarma), no lo es en el caso de la extrapolación de resultados al resto del territorio nacional. Entre otras razones, además del tamaño muestral, porque Ceuta, por su peculiaridad geográfica y acompañada del

cierre de fronteras con Marruecos y la suspensión de líneas marítimas y aéreas con la península, no sufrió la pandemia con todo su rigor y crudeza como ocurrió en otras zonas del país. Los casos de contagio fueron escasos y se pudieron controlar adecuadamente y, hasta la fecha del estudio, tan sólo se produjeron dos fallecimientos, a diferencia de lo que ocurrió en otras comunidades y ciudades españolas, mucho más afectadas por el COVID-19, donde algunos hospitales se desbordaron y los ingresos y las muertes se contaban a cientos cada día.

Sería deseable, con la colaboración de todos los colegios de la Psicología del país, haciendo de puente con los respectivos colegios de médicos y del reto del personal sanitario de sus respectivas ciudades y comunidades, extender el análisis a todo el territorio nacional y profundizar en el estudio del efecto que ejercen los distintos lugares y circunstancias sobre las variables medidas (especialmente allí donde los sanitarios trabajaron en difíciles circunstancias durante el confinamiento y los peores momentos de la pandemia).

Desde el COPCE, se apuesta firmemente por la utilidad de estos y otros estudios sobre la salud mental de ciertos colectivos sensibles (fuerzas y cuerpos de seguridad, transportistas, trabajadores de supermercados o, ahora con la “vuelta al cole”, profesores, etc.) que, por su labor durante el estado de alarma y durante esta última fase de rebrotes, son susceptibles de afectarse psicológicamente ante el impacto emocional que supone afrontar su ya de por sí estresante trabajo, con un significativo mayor riesgo, si cabe, en situaciones de emergencia sanitaria.

Además, con dichos estudios podemos contribuir a conocer la situación específica de dichos colectivos, detectar posibles deficiencias en nuestros servicios de atención psicológica, reenfocarlos, diversificarlos o especializarlos y, en definitiva, mejorarlos, siempre con la pretensión de prevenir trastornos psicológicos y colaborar en la salud mental de la población en general y de aquellos colectivos que, particularmente, trabajaron durante la alarma más expuestos que la media, al servicio del resto de la población.

Por otro lado, respecto al cuestionario elaborado para la ocasión, sería también conveniente someterlo a un exhaustivo análisis de la calidad de los ítems para determinar sus índices de dificultad y de discriminación, y eliminar así aquellos que hayan sido irrelevantes o redundantes, o bien modificarlos hasta lograr sus mejores adecuaciones y lograr así una óptima validez de contenido (representatividad, relevancia y proporcionalidad de los ítems), especialmente los relacionados con la

gestión de los estados psicológicos y con el servicio de atención psicológica, que parecen adolecer de una aparente mayor disgregación u heterogeneidad.

Así mismo, para determinar la existencia de otros aspectos de utilidad (como la validez predictiva o la validez confirmatoria de constructo) sería conveniente, como se apuntaba anteriormente, aplicar el instrumento a una muestra mucho más diversificada geográficamente y de mayor tamaño, así como definir criterios comparativos basados en investigaciones previas llevadas a cabo en otros países (como, por ejemplo, los realizados en China al inicio de la pandemia) como criterios de validez.

11. Referencias bibliográficas

Balluerka, N. et cols. (2020). Las consecuencias psicológicas de la COVID-19 y el confinamiento (informe de investigación). *Servicio de Publicaciones de la Universidad del País Vasco*. Recuperado de: https://www.ub.edu/web/ub/ca/menu_eines/noticies/docs/Consecuencias_psicologicas_COVID-19.pdf

Cárdenas, M. y Arancibia, H. (2014). Potencia estadística y cálculo del tamaño del efecto en G*Power: Complementos a las pruebas de significación estadística y su aplicación en psicología. *Salud y sociedad, 5*(2), 210-224. Recuperado de: https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/4945415.pdf

Frías-Navarro, D. (2019). Apuntes de consistencia interna de las puntuaciones de un instrumento de medida. *Universidad de Valencia. España*. Recuperado de: https://www.uv.es/friasnav/AlfaCronbach.pdf

García-Moran, M.C., y Gil-Lacruz, M. (2016). El estrés en el ámbito de los profesionales de la salud. *Persona, (19)*, 11-30. Disponible en: https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=1471/147149810001

Lázaro, A. (2020, 03 de abril). De la peste negra al coronavirus: confinamientos que marcaron la Historia. *Redacción médica.com*. Recuperado de: https://www.redaccionmedica.com/la-revista/noticias/de-la-peste-negra-al-coronavirus-confinamientos-que-marcaron-la-historia-5161

Lozano-Vargas, A. (2020). Impacto de la epidemia del Coronavirus (COVID-19) en la salud mental del personal de salud y en la población general de China. *Revista de Neuro-Psiquiatría*, *83*(1), 51-56. Recuperado de: https://dx.doi.org/10.20453/rnp.v83i1.3687

Lloret-Segura, S., Ferreres-Traver, A., Hernández-Baeza, A., y Tomás-Marco, I. (2014). El Análisis Factorial Exploratorio de los Ítems: una guía práctica, revisada y actualizada. *Anales de Psicología*, *30*(3), 1151-1169. Recuperado de: https://dx.doi.org/10.6018/analesps.30.3.199361

Méndez, C. y Rondón, M.A. (2012). Introducción al análisis factorial exploratorio. *Revista Colombiana de Psiquiatría, 41*(1), 197-207. ISSN: 0034-7450. Recuperado de: https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=806/80624093014

Ortega, E. (2020, 02 de julio). Covid-19: España suma más sanitarios infectados que Italia y Francia juntos. *Redacción médica.com*. Recuperado de: https://www.redaccionmedica.com/secciones/medicina/covid-19-espana-suma-mas-sanitarios-infectados-que-italia-y-francia-juntos-4071

APÉNDICE

6. Resultados del análisis inferencial (Pruebas de normalidad)

6.1. Estados psicológicos y sexo

6.1.1. Cogniciones y estados anímicos

Tabla 1.

Variable independiente: Sexo		Kolmogorov-Smirnov Estadístico	gl	Sig.
Preocupación	Hombre	,269	40	,000
	Mujer	,306	101	,000
Inseguridad	Hombre	,184	40	,002
	Mujer	,234	101	,000
Confusión	Hombre	,242	40	,000
	Mujer	,209	101	,000
Tristeza o decaimiento	Hombre	,227	40	,000
	Mujer	,201	101	,000
Miedo o temor	Hombre	,226	40	,000
	Mujer	,294	101	,000

6.1.2. Síntomas físicos

Tabla 2.

Variable independiente: Sexo		Kolmogorov-Smirnov Estadístico	gl	Sig.
Cansancio	Hombre	,202	40	,000
	Mujer	,262	101	,000
Problemas de sueño	Hombre	,252	40	,000
	Mujer	,192	101	,000
Agitación	Hombre	,243	40	,000
	Mujer	,254	101	,000

6.1.3. Consumo de sustancias

Tabla 3.

Variable independiente: Sexo		Kolmogorov-Smirnov Estadístico	gl	Sig.
Consumo de tabaco	Hombre	,500	40	,000
	Mujer	,390	101	,000
Consumo de alcohol	Hombre	,317	40	,000
	Mujer	,368	101	,000
Consumo de fármacos	Hombre	,278	40	,000
	Mujer	,225	101	,000

6.1.4. Irascibilidad y conflictividad

Tabla 4.

Variable independiente: Sexo		Kolmogorov-Smirnov Estadístico	gl	Sig.
Irascibilidad	Hombre	,178	40	,003
	Mujer	,208	101	,000
Conflictividad laboral	Hombre	,303	40	,000
	Mujer	,302	101	,000
Conflictividad personal	Hombre	,302	40	,000
	Mujer	,275	101	,000

6.1.5. Síntomas psicopatológicos

Tabla 5.

Variable independiente: Sexo		Kolmogorov-Smirnov Estadístico	gl	Sig.
Estrés psicológico	Hombre	,233	40	,000
	Mujer	,193	101	,000
Ansiedad	Hombre	,201	40	,000
	Mujer	,225	101	,000
Depresión	Hombre	,254	40	,000
	Mujer	,241	101	,000

6.1.6. Grado de afectación general por el estado de alarma

Tabla 6.

Variable independiente: Sexo		Kolmogorov-Smirnov Estadístico	gl	Sig.
Afectación laboral	Hombre	,274	40	,000
	Mujer	,265	101	,000
Afectación personal	Hombre	,236	40	,000
	Mujer	,206	101	,000

6.2. Gestión de los estados psicológicos y sexo

6.2.1. Compartición de los estados psicológicos

Tabla 7.

Variable independiente: Sexo		Kolmogorov-Smirnov Estadístico	gl	Sig.
Compartidos en el trabajo	Hombre	,301	40	,000
	Mujer	,215	101	,000
Compartidos fuera del trabajo	Hombre	,194	40	,001
	Mujer	,257	101	,000

6.2.2. Necesidad de atención psicológica

Tabla 8.

Variable independiente: Sexo		Kolmogorov-Smirnov Estadístico	gl	Sig.
Durante el estado de alarma	Hombre	,313	40	,000
	Mujer	,252	101	,000
Tras el estado de alarma	Hombre	,271	40	,000
	Mujer	,289	101	,000

6.2.3. Sobre los servicios de atención psicológica

Tabla 9.

Variable independiente: Sexo		Kolmogorov-Smirnov Estadístico	gl	Sig.
Conocimiento del servicio	Hombre	,231	40	,000
	Mujer	,225	101	,000
Uso del servicio	Hombre	------	40	------
	Mujer	,530	101	,000
Conveniencia de servicios psicológicos específicos	Hombre	,259	40	,000
	Mujer	,278	101	,000

6.3. Estados psicológicos y edad

6.3.1. Cogniciones y estados anímicos

Tabla 10.

Variable independiente: Edad		Kolmogorov-Smirnov Estadístico	gl	Sig.
Preocupación	Entre 18 y 25 años.	,391	8	,001
	Entre 26 y 30 años.	,283	18	,001
	Entre 31 y 35 años.	,375	8	,001
	Entre 35 y 40 años.	,385	15	,000
	Entre 41 y 45 años.	,331	17	,000
	Entre 46 y 50 años.	,366	20	,000
	Entre 51 y 55 años	,290	22	,000
	Entre 56 y 60 años.	,239	16	,015
	Entre 61 y 65 años.	,403	15	,000
	Más de 65 años.	------	2	------
Inseguridad	Entre 18 y 25 años.	,326	8	,013
	Entre 26 y 30 años.	,234	18	,010
	Entre 31 y 35 años.	,222	8	,200*
	Entre 35 y 40 años.	,326	15	,000
	Entre 41 y 45 años.	,324	17	,000
	Entre 46 y 50 años.	,255	20	,001
	Entre 51 y 55 años	,227	22	,004
	Entre 56 y 60 años.	,220	16	,037
	Entre 61 y 65 años.	,270	15	,004
	Más de 65 años.	,260	2	------
Confusión	Entre 18 y 25 años.	,371	8	,002
	Entre 26 y 30 años.	,261	18	,002
	Entre 31 y 35 años.	,301	8	,031
	Entre 35 y 40 años.	,234	15	,027
	Entre 41 y 45 años.	,225	17	,022
	Entre 46 y 50 años.	,279	20	,000
	Entre 51 y 55 años	,175	22	,078
	Entre 56 y 60 años.	,216	16	,044
	Entre 61 y 65 años.	,293	15	,001
	Más de 65 años.	.	2	.
Miedo o temor	Entre 18 y 25 años.	,513	8	,000

	Entre 26 y 30 años.	,232	18	,012
	Entre 31 y 35 años.	,216	8	,200*
	Entre 35 y 40 años.	,385	15	,000
	Entre 41 y 45 años.	,290	17	,000
	Entre 46 y 50 años.	,281	20	,000
	Entre 51 y 55 años	,292	22	,000
	Entre 56 y 60 años.	,330	16	,000
	Entre 61 y 65 años.	,287	15	,002
	Más de 65 años.	,260	2	.
Tristeza o decaimiento	Entre 18 y 25 años.	,513	8	,000
	Entre 26 y 30 años.	,210	18	,035
	Entre 31 y 35 años.	,222	8	,200*
	Entre 35 y 40 años.	,225	15	,040
	Entre 41 y 45 años.	,298	17	,000
	Entre 46 y 50 años.	,216	20	,016
	Entre 51 y 55 años	,288	22	,000
	Entre 56 y 60 años.	,361	16	,000
	Entre 61 y 65 años.	,202	15	,101
	Más de 65 años.	,260	2	.

6.3.2. Síntomas físicos

Tabla 11.

Variable independiente: Edad		Kolmogorov-Smirnov		
		Estadístico	gl	Sig.
Cansancio	Entre 18 y 25 años.	,435	8	,000
	Entre 26 y 30 años.	,213	18	,030
	Entre 31 y 35 años.	,220	8	,200*
	Entre 35 y 40 años.	,288	15	,002
	Entre 41 y 45 años.	,247	17	,007
	Entre 46 y 50 años.	,243	20	,003
	Entre 51 y 55 años	,321	22	,000
	Entre 56 y 60 años.	,265	16	,004
	Entre 61 y 65 años.	,241	15	,019
	Más de 65 años.	,260	2	-----
Problemas de sueño	Entre 18 y 25 años.	,250	8	,150
	Entre 26 y 30 años.	,300	18	,000
	Entre 31 y 35 años.	,317	8	,018
	Entre 35 y 40 años.	,324	15	,000
	Entre 41 y 45 años.	,367	17	,000
	Entre 46 y 50 años.	,254	20	,001
	Entre 51 y 55 años	,239	22	,002
	Entre 56 y 60 años.	,296	16	,001
	Entre 61 y 65 años.	,248	15	,014
	Más de 65 años.	-----	2	-----
Agitación	Entre 18 y 25 años.	,300	8	,032
	Entre 26 y 30 años.	,244	18	,006
	Entre 31 y 35 años.	,300	8	,032
	Entre 35 y 40 años.	,249	15	,013
	Entre 41 y 45 años.	,190	17	,105
	Entre 46 y 50 años.	,250	20	,002
	Entre 51 y 55 años	,239	22	,002
	Entre 56 y 60 años.	,348	16	,000
	Entre 61 y 65 años.	,268	15	,005
	Más de 65 años.	-----	2	-----

6.3.3. Consumo de sustancias

Tabla 12.

Variable independiente: Edad		Kolmogorov-Smirnov		
		Estadístico	gl	Sig.
Tabaco	Entre 18 y 25 años.	,455	8	,000
	Entre 26 y 30 años.	,343	18	,000
	Entre 31 y 35 años.	-----	8	-----
	Entre 35 y 40 años.	,451	15	,000
	Entre 41 y 45 años.	,462	17	,000
	Entre 46 y 50 años.	,444	20	,000
	Entre 51 y 55 años	,318	22	,000
	Entre 56 y 60 años.	,373	16	,000
	Entre 61 y 65 años.	,513	15	,000
	Más de 65 años.	,260	2	-----
Alcohol	Entre 18 y 25 años.	,325	8	,013
	Entre 26 y 30 años.	,252	18	,004
	Entre 31 y 35 años.	,263	8	,109
	Entre 35 y 40 años.	,428	15	,000
	Entre 41 y 45 años.	,521	17	,000
	Entre 46 y 50 años.	,446	20	,000
	Entre 51 y 55 años	,361	22	,000
	Entre 56 y 60 años.	,307	16	,000
	Entre 61 y 65 años.	,234	15	,026
	Más de 65 años.	,260	2	-----
Fármacos	Entre 18 y 25 años.	,371	8	,002
	Entre 26 y 30 años.	,409	18	,000
	Entre 31 y 35 años.	,281	8	,062
	Entre 35 y 40 años.	,243	15	,017
	Entre 41 y 45 años.	,245	17	,008
	Entre 46 y 50 años.	,280	20	,000
	Entre 51 y 55 años	,256	22	,001
	Entre 56 y 60 años.	,382	16	,000
	Entre 61 y 65 años.	,207	15	,084
	Más de 65 años.	,260	2	-----

6.3.4. Irascibilidad y conflictividad

Tabla 13.

Variable independiente: Edad		Kolmogorov-Smirnov		
		Estadístico	gl	Sig.
Irascibilidad	Entre 18 y 25 años.	,300	8	,033
	Entre 26 y 30 años.	,272	18	,001
	Entre 31 y 35 años.	,327	8	,012
	Entre 35 y 40 años.	,249	15	,013
	Entre 41 y 45 años.	,285	17	,001
	Entre 46 y 50 años.	,237	20	,005
	Entre 51 y 55 años	,234	22	,003
	Entre 56 y 60 años.	,321	16	,000
	Entre 61 y 65 años.	,305	15	,001
	Más de 65 años.	,260	2	-----
Conflictividad laboral	Entre 18 y 25 años.	,371	8	,002
	Entre 26 y 30 años.	,406	18	,000
	Entre 31 y 35 años.	,391	8	,001
	Entre 35 y 40 años.	,200	15	,110
	Entre 41 y 45 años.	,284	17	,001
	Entre 46 y 50 años.	,267	20	,001
	Entre 51 y 55 años	,364	22	,000
	Entre 56 y 60 años.	,256	16	,006
	Entre 61 y 65 años.	,242	15	,018

	Más de 65 años.	-----	2	-----
Conflictividad no laboral	Entre 18 y 25 años.	,300	8	,032
	Entre 26 y 30 años.	,330	18	,000
	Entre 31 y 35 años.	,300	8	,033
	Entre 35 y 40 años.	,227	15	,036
	Entre 41 y 45 años.	,306	17	,000
	Entre 46 y 50 años.	,284	20	,000
	Entre 51 y 55 años	,337	22	,000
	Entre 56 y 60 años.	,318	16	,000
	Entre 61 y 65 años.	,283	15	,002
	Más de 65 años.	-----	2	-----

6.3.5. Síntomas psicopatológicos

Tabla 14.

Variable independiente: Edad		Kolmogorov-Smirnov		
		Estadístico	gl	Sig.
Estrés psicológico	Entre 18 y 25 años.	,301	8	,031
	Entre 26 y 30 años.	,223	18	,019
	Entre 31 y 35 años.	,391	8	,001
	Entre 35 y 40 años.	,287	15	,002
	Entre 41 y 45 años.	,272	17	,002
	Entre 46 y 50 años.	,262	20	,001
	Entre 51 y 55 años	,253	22	,001
	Entre 56 y 60 años.	,211	16	,056
	Entre 61 y 65 años.	,258	15	,008
	Más de 65 años.	,260	2	-----
Ansiedad	Entre 18 y 25 años.	,443	8	,000
	Entre 26 y 30 años.	,277	18	,001
	Entre 31 y 35 años.	,327	8	,012
	Entre 35 y 40 años.	,271	15	,004
	Entre 41 y 45 años.	,243	17	,009
	Entre 46 y 50 años.	,281	20	,000
	Entre 51 y 55 años	,186	22	,047
	Entre 56 y 60 años.	,337	16	,000
	Entre 61 y 65 años.	,283	15	,002
	Más de 65 años.	,260	2	-----
Depresión	Entre 18 y 25 años.	,325	8	,013
	Entre 26 y 30 años.	,276	18	,001
	Entre 31 y 35 años.	,371	8	,002
	Entre 35 y 40 años.	,242	15	,018
	Entre 41 y 45 años.	,257	17	,004
	Entre 46 y 50 años.	,326	20	,000
	Entre 51 y 55 años	,250	22	,001
	Entre 56 y 60 años.	,319	16	,000
	Entre 61 y 65 años.	,256	15	,009
	Más de 65 años.	,260	2	-----

6.3.6. Grado de afectación del estado de alarma

Tabla 15.

Variable independiente: Edad		Kolmogorov-Smirnov		
		Estadístico	gl	Sig.
Afectación laboral	Entre 18 y 25 años.	,228	8	,200
	Entre 26 y 30 años.	,286	18	,000
	Entre 31 y 35 años.	,325	8	,013
	Entre 35 y 40 años.	,244	15	,017
	Entre 41 y 45 años.	,190	17	,105
	Entre 46 y 50 años.	,291	20	,000

	Entre 51 y 55 años	,362	22	,000
	Entre 56 y 60 años.	,289	16	,001
	Entre 61 y 65 años.	,330	15	,000
	Más de 65 años.	-----	2	-----
Afectación personal	Entre 18 y 25 años.	,300	8	,032
	Entre 26 y 30 años.	,232	18	,011
	Entre 31 y 35 años.	,220	8	,200
	Entre 35 y 40 años.	,288	15	,002
	Entre 41 y 45 años.	,190	17	,105
	Entre 46 y 50 años.	,274	20	,000
	Entre 51 y 55 años	,217	22	,008
	Entre 56 y 60 años.	,256	16	,006
	Entre 61 y 65 años.	,219	15	,052
	Más de 65 años.	,260	2	-----

6.4. Gestión de los estados psicológicos y edad

6.4.1. Compartición de los estados psicológicos

Tabla 16.

Variable independiente: Edad		Kolmogorov-Smirnov		
		Estadístico	gl	Sig.
En el trabajo	Entre 18 y 25 años.	,263	8	,109
	Entre 26 y 30 años.	,260	18	,002
	Entre 31 y 35 años.	,327	8	,012
	Entre 35 y 40 años.	,260	15	,007
	Entre 41 y 45 años.	,257	17	,004
	Entre 46 y 50 años.	,276	20	,000
	Entre 51 y 55 años	,251	22	,001
	Entre 56 y 60 años.	,222	16	,034
	Entre 61 y 65 años.	,252	15	,011
	Más de 65 años.	,260	2	-----
Fuera del trabajo	Entre 18 y 25 años.	,228	8	,200*
	Entre 26 y 30 años.	,269	18	,001
	Entre 31 y 35 años.	,300	8	,033
	Entre 35 y 40 años.	,295	15	,001
	Entre 41 y 45 años.	,219	17	,029
	Entre 46 y 50 años.	,266	20	,001
	Entre 51 y 55 años	,246	22	,001
	Entre 56 y 60 años.	,186	16	,143
	Entre 61 y 65 años.	,290	15	,001
	Más de 65 años.	-----	2	-----

6.4.2. Necesidad de atención psicológica

Tabla 17.

Variable independiente: Edad		Kolmogorov-Smirnov[a]		
		Estadístico	gl	Sig.
Durante el estado de alarma	Entre 18 y 25 años.	,301	8	,031
	Entre 26 y 30 años.	,435	18	,000
	Entre 31 y 35 años.	,280	8	,065
	Entre 35 y 40 años.	,240	15	,020
	Entre 41 y 45 años.	,290	17	,000
	Entre 46 y 50 años.	,337	20	,000
	Entre 51 y 55 años	,176	22	,075
	Entre 56 y 60 años.	,392	16	,000
	Entre 61 y 65 años.	,202	15	,100

	Más de 65 años.	,260	2	.
Después del estado de alarma	Entre 18 y 25 años.	,513	8	,000
	Entre 26 y 30 años.	,317	18	,000
	Entre 31 y 35 años.	,263	8	,109
	Entre 35 y 40 años.	,195	15	,128
	Entre 41 y 45 años.	,247	17	,007
	Entre 46 y 50 años.	,288	20	,000
	Entre 51 y 55 años	,284	22	,000
	Entre 56 y 60 años.	,356	16	,000
	Entre 61 y 65 años.	,362	15	,000
	Más de 65 años.	,260	2	.

6.4.3. Sobre los servicios de atención psicológica

Tabla 18.

		Kolmogorov-Smirnov[a]		
Variable independiente: Edad		Estadístico	gl	Sig.
Conocimiento del servicio	Entre 18 y 25 años.	,327	8	,012
	Entre 26 y 30 años.	,301	18	,000
	Entre 31 y 35 años.	,300	8	,033
	Entre 35 y 40 años.	,259	15	,008
	Entre 41 y 45 años.	,265	17	,003
	Entre 46 y 50 años.	,223	20	,010
	Entre 51 y 55 años	,208	22	,014
	Entre 56 y 60 años.	,307	16	,000
	Entre 61 y 65 años.	,258	15	,008
	Más de 65 años.	,260	2	.
Uso del servicio	Entre 18 y 25 años.	.	8	.
	Entre 26 y 30 años.	.	18	.
	Entre 31 y 35 años.	.	8	.
	Entre 35 y 40 años.	.	15	.
	Entre 41 y 45 años.	.	17	.
	Entre 46 y 50 años.	.	20	.
	Entre 51 y 55 años	.	22	.
	Entre 56 y 60 años.	.	16	.
	Entre 61 y 65 años.	,535	15	,000
	Más de 65 años.	.	2	.
Conveniencia de servicios específicos de atención psicológica para sanitarios	Entre 18 y 25 años.	,371	8	,002
	Entre 26 y 30 años.	,210	18	,035
	Entre 31 y 35 años.	,263	8	,109
	Entre 35 y 40 años.	,350	15	,000
	Entre 41 y 45 años.	,363	17	,000
	Entre 46 y 50 años.	,263	20	,001
	Entre 51 y 55 años	,304	22	,000
	Entre 56 y 60 años.	,281	16	,001
	Entre 61 y 65 años.	,249	15	,013
	Más de 65 años.	.	2	.

6.4.4. Motivos del no uso del servicio

Tabla 19.

		Kolmogorov-Smirnov[a]		
Variable independiente: Edad		Estadístico	gl	Sig.
Motivos de no uso del servicio	Entre 18 y 25 años.	,335	8	,009
	Entre 26 y 30 años.	,424	18	,000
	Entre 31 y 35 años.	,455	8	,000
	Entre 35 y 40 años.	,240	15	,020

	Entre 41 y 45 años.	,271	17	,002
	Entre 46 y 50 años.	,379	20	,000
	Entre 51 y 55 años	,318	22	,000
	Entre 56 y 60 años.	,481	16	,000
	Entre 61 y 65 años.	,326	15	,000
	Más de 65 años.	,260	2	.

6.5. Estados psicológicos y riesgo de contagio autopercibido

6.5.1. Cogniciones y estados anímicos

Tabla 20.

Variable independiente: Riesgo de contagio.		Kolmogorov-Smirnov		
		Estadístico	gl	Sig.
Preocupación	Nulo o muy bajo.	,254	6	,200*
	Bajo	,199	23	,018
	Medio	,315	34	,000
	Alto	,294	47	,000
	Muy alto	,373	31	,000
Inseguridad	Nulo o muy bajo.	,293	6	,117
	Bajo	,193	23	,026
	Medio	,265	34	,000
	Alto	,237	47	,000
	Muy alto	,297	31	,000
Confusión	Nulo o muy bajo.	,254	6	,200*
	Bajo	,250	23	,001
	Medio	,213	34	,000
	Alto	,202	47	,000
	Muy alto	,210	31	,001
Miedo o temor	Nulo o muy bajo.	,223	6	,200*
	Bajo	,217	23	,006
	Medio	,311	34	,000
	Alto	,240	47	,000
	Muy alto	,361	31	,000
Tristeza o decaimiento	Nulo o muy bajo.	,254	6	,200*
	Bajo	,252	23	,001
	Medio	,222	34	,000
	Alto	,213	47	,000
	Muy alto	,248	31	,000

6.5.2. Síntomas físicos

Tabla 21.

Variable independiente: Riesgo de contagio.		Kolmogorov-Smirnov		
		Estadístico	gl	Sig.
Cansancio	Nulo o muy bajo.	,254	6	,200*
	Bajo	,211	23	,009
	Medio	,208	34	,001
	Alto	,286	47	,000
	Muy alto	,345	31	,000
Problemas de sueño	Nulo o muy bajo.	,209	6	,200*
	Bajo	,250	23	,001
	Medio	,182	34	,006
	Alto	,245	47	,000
	Muy alto	,212	31	,001
Agitación psicomotriz	Nulo o muy bajo.	,293	6	,117

	Bajo	,269	23	,000
	Medio	,227	34	,000
	Alto	,274	47	,000
	Muy alto	,212	31	,001

6.5.3. Consumo de sustancias

Tabla 21.

Variable independiente: Riesgo de contagio.		Kolmogorov-Smirnov		
		Estadístico	gl	Sig.
Tabaco	Nulo o muy bajo.	,492	6	,000
	Bajo	,434	23	,000
	Medio	,396	34	,000
	Alto	,455	47	,000
	Muy alto	,378	31	,000
Alcohol	Nulo o muy bajo.	,319	6	,056
	Bajo	,421	23	,000
	Medio	,350	34	,000
	Alto	,348	47	,000
	Muy alto	,300	31	,000
Fármacos	Nulo o muy bajo.	,293	6	,117
	Bajo	,347	23	,000
	Medio	,247	34	,000
	Alto	,189	47	,000
	Muy alto	,245	31	,000

6.5.4. Irascibilidad y conflictividad

Tabla 22.

Variable independiente: Riesgo de contagio.		Kolmogorov-Smirnov		
		Estadístico	gl	Sig.
Irascibilidad	Nulo o muy bajo.	,293	6	,117
	Bajo	,250	23	,001
	Medio	,281	34	,000
	Alto	,203	47	,000
	Muy alto	,215	31	,001
Conflictividad laboral	Nulo o muy bajo.	,293	6	,117
	Bajo	,377	23	,000
	Medio	,307	34	,000
	Alto	,240	47	,000
	Muy alto	,338	31	,000
Conflictividad personal	Nulo o muy bajo.	,293	6	,117
	Bajo	,396	23	,000
	Medio	,238	34	,000
	Alto	,259	47	,000
	Muy alto	,277	31	,000

6.5.5. Síntomas psicopatológicos

Tabla 23.

Variable independiente: Riesgo de contagio.		Kolmogorov-Smirnov		
		Estadístico	gl	Sig.
Estrés psicológico	Nulo o muy bajo.	,293	6	,117

	Bajo	,226	23	,004
	Medio	,228	34	,000
	Alto	,240	47	,000
	Muy alto	,236	31	,000
Ansiedad	Nulo o muy bajo.	,293	6	,117
	Bajo	,178	23	,057
	Medio	,209	34	,001
	Alto	,251	47	,000
	Muy alto	,192	31	,005
Depresión	Nulo o muy bajo.	,254	6	,200*
	Bajo	,351	23	,000
	Medio	,187	34	,004
	Alto	,263	47	,000
	Muy alto	,230	31	,000

6.6. Gestión de los estados psicológicos

6.6.1. Compartición de los estados psicológicos

Tabla 24.

Variable independiente: Riesgo de contagio.		Kolmogorov-Smirnov		
		Estadístico	gl	Sig.
Compartición laboral	Nulo o muy bajo.	,293	6	,117
	Bajo	,322	23	,000
	Medio	,248	34	,000
	Alto	,228	47	,000
	Muy alto	,217	31	,001
Compartición personal	Nulo o muy bajo.	,223	6	,200*
	Bajo	,349	23	,000
	Medio	,226	34	,000
	Alto	,215	47	,000
	Muy alto	,235	31	,000

6.6.2. Necesidad de atención psicológica

Tabla 25.

Variable independiente: Riesgo de contagio.		Kolmogorov-Smirnov		
		Estadístico	gl	Sig.
Durante el estado de alarma	Nulo o muy bajo.	,293	6	,117
	Bajo	,322	23	,000
	Medio	,248	34	,000
	Alto	,228	47	,000
	Muy alto	,217	31	,001
Después del estado de alarma	Nulo o muy bajo.	,223	6	,200*
	Bajo	,349	23	,000

	Medio	,226	34	,000
	Alto	,215	47	,000
	Muy alto	,235	31	,000

6.6.3. Sobre el servicio de atención psicológica

Tabla 26.

Variable independiente: Riesgo de contagio.		Kolmogorov-Smirnov		
		Estadístico	gl	Sig.
Conocimiento del servicio	Nulo o muy bajo.	,333	6	,036
	Bajo	,223	23	,004
	Medio	,265	34	,000
	Alto	,223	47	,000
	Muy alto	,249	31	,000
Uso del servicio	Nulo o muy bajo.	.	6	.
	Bajo	.	23	.
	Medio	.	34	.
	Alto	,537	47	,000
	Muy alto	.	31	.
Conveniencia de servicios específicos de atención psicológica para sanitarios	Nulo o muy bajo.	,183	6	,200*
	Bajo	,243	23	,001
	Medio	,367	34	,000
	Alto	,270	47	,000
	Muy alto	,310	31	,000

6.6.4. Motivo de no uso del servicio

Tabla 27.

Variable independiente: Riesgo de contagio.		Kolmogorov-Smirnov		
		Estadístico	gl	Sig.
Motivo de no uso	Nulo o muy bajo.	,492	6	,000
	Bajo	,517	23	,000
	Medio	,288	34	,000
	Alto	,352	47	,000
	Muy alto	,279	31	,000