



**UNIVERSITAS**  
*Miguel Hernández*

## **GRADO EN PSICOLOGÍA**

**Curso 2020/2021**

**Convocatoria de junio**

**Modalidad:** Estudio empírico

**Título:** Diferencias en ansiedad, estilo atribucional y crecimiento postraumático entre trabajadores y trabajadoras españoles sanitarios y no sanitarios durante el COVID-19

**Autora:** María Torregrosa Rabasco

**Tutor:** Ángel Solanes Puchol

Elche, a 29 de julio de 2021

## Resumen

A raíz de la situación provocada por la pandemia causada por el coronavirus en España, se implantaron numerosas medidas de seguridad, entre las más destacables, el decreto del estado de alarma y un periodo de confinamiento que solo permitía salir de casa para realizar necesidades básicas. Seguido a esto y hasta la fecha, el país atravesó cuatro olas de contagio que supusieron la saturación del sistema sanitario en varias ocasiones, así como pequeños confinamientos de menor impacto por comunidades autónomas. El objetivo de este estudio fue analizar las posibles diferencias en ansiedad, estilo atribucional y crecimiento postraumático entre trabajadores y trabajadoras españoles sanitarios y no sanitarios durante los meses de marzo y abril de 2021. Los resultados no mostraron diferencias estadísticamente significativas entre personas empleadas en el sector sanitario y externas a él. Por el contrario, se encontraron discrepancias en las puntuaciones entre sexos, rangos de edad y experiencia laboral. Se comprobó que las mujeres, las personas con menor experiencia laboral y las que más estabilidad económica y laboral tenían antes de la pandemia, sufrieron un mayor impacto psicológico tanto positivo como negativo. A modo de prospectiva de investigación se plantea llevar a cabo un estudio longitudinal teniendo en cuenta los resultados de la parte cualitativa del estudio que no se incluyeron en el trabajo.

**Palabras Clave:** Trabajadores sanitarios, COVID-19, Ansiedad, Estilo Atribucional, Crecimiento Postraumático.

## Abstract

As a result of the situation caused by the pandemic caused by the coronavirus in Spain, numerous security measures were implemented, the most notable of which were the decree of a state of alarm and a period of confinement that only allowed people to leave their homes for basic necessities. Following this, to date, the country has experienced four waves of contagion that have led to the saturation of the health system on several occasions, as well as smaller confinements of lesser impact by autonomous communities. The aim of this study was to analyze possible differences in anxiety, attributional style and post-traumatic growth between Spanish healthcare and non-healthcare workers during the months of March and April 2021. The results showed no statistically significant differences between people employed in the health sector and those outside it. On the contrary, discrepancies in scores were found between sexes, age ranges and work experience. It was found that women, those with less work experience and those with more financial and work stability

before the pandemic suffered a greater positive and negative psychological impact. As a prospective research project, we plan to carry out a longitudinal study, taking into account the results of the qualitative part of the study that were not included in the work.

**Keywords:** Healthcare workers, COVID-19, Anxiety, Attributional Style, Post-traumatic Growth



# Índice

## MARCO TEÓRICO

1. Introducción	4
-----------------	---

## MARCO EMPÍRICO

2. Método .....	9
2.1. Participantes .....	9
2.2. Variables e instrumentos .....	9
2.3. Procedimiento .....	10
2.4. Análisis estadístico.....	11
3. Resultados .....	11
4. Discusión	13
5. Conclusiones	15
6. Limitaciones del estudio	16
7. Prospectiva de investigación	17
8. Referencias	17



## MARCO TEÓRICO

### 1. Introducción

En los últimos meses, el mundo se ha visto sumido en una pandemia, declarada por la Organización Mundial de la Salud el 11 de marzo de 2020 a causa de la COVID-19. Una pandemia se declara cuando el brote de una enfermedad concreta afecta a más de un continente y los nuevos casos en los diferentes países se producen por transmisión comunitaria, es decir, ya no son importados (AMS, 2020).

Los coronavirus son una extensa familia vírica que produce enfermedades tanto en animales como en humanos. La COVID-19, está compuesta por el SARS-CoV-2 (coronavirus 2 del síndrome respiratorio severo). Este virus y la enfermedad que supone fueron conocidos por primera vez en la ciudad china de Wuhan, cuando estalló el primer brote a finales del año 2019. Los síntomas más comunes del coronavirus son: fiebre, tos, disnea, fatiga, pérdida del olfato y el gusto, entre otros. Sin embargo, en los casos más graves, principalmente, en personas de avanzada edad, puede producir neumonía y otras enfermedades respiratorias graves que pueden derivar en la muerte (Revista Habanera de Ciencias Médicas, 2020).

Con el fin de frenar el creciente aumento de contagios registrados, el Gobierno de España decretó el Estado de Alarma el 14 de febrero de 2020 y se estableció un periodo de confinamiento de 15 días en todo el territorio español, en el que se restringía la libertad de movimientos, salvo para actividades consideradas como esenciales o prioritarias. El confinamiento domiciliario fue extendiéndose de quincena en quincena, hasta adentrarse en un proceso de desescalada que desembocó en la denominada “nueva normalidad”, decretada el 21 de junio de 2020 (La Razón Histórica, 2020).

Durante el confinamiento, la sociedad española sufrió un distanciamiento social a causa de las limitaciones drásticas de la actividad diaria, lo que generó un elevado estrés psicosocial, además de frustración ante la falta de control de la situación, miedo ante la desinformación y la posibilidad de contraerlo, preocupación por la salud de los seres queridos, etc. (AEPCP, 2020). Desde el inicio de la pandemia España ha atravesado cuatro olas de contagios y varios colapsos del sistema sanitario, así como la saturación reiterada de las Unidades de Cuidados Intensivos. En la actualidad, la población española atraviesa una quinta ola y suma 4.368.453 contagios y más de 81.000 fallecidos a causa del virus. El país está atravesando un proceso de vacunación que pretende inmunizar a

toda la población española, y acumula una incidencia de contagio de 664 casos por cada 100.000 habitantes (Gobierno de España, Ministerio de Sanidad a 27 de julio de 2021).

La situación de pandemia en el Estado español puede haber generado diferencias en determinados factores psicológicos entre las personas que han atravesado este periodo trabajando en el ámbito sanitario y las que han estado empleadas en puestos externos a él. Al igual que en el estudio sobre el impacto psicológico de la COVID-19 en sanitarios españoles en el que se estudiaba la variable *ansiedad* (Revista de Psiquiatría y Salud Mental, 2020) y la investigación en una muestra de sanitarios españoles en un estudio longitudinal acerca del crecimiento postraumático (Repositorio Comillas, 2020), se han incluido estas dos variables como objeto de estudio en el presente trabajo.

Tras la revisión bibliográfica realizada no se ha hallado ningún trabajo que recoja la variable estilo atribucional en personal sanitario, por esta razón se quiso incorporar al estudio con el fin de comprobar si afectaba de forma significativa a los resultados. Así pues, el presente estudio se centra en las variables: ansiedad, estilo atribucional y crecimiento postraumático.

### *Ansiedad*

La ansiedad, según el Diccionario de la Real Academia Española, es un estado de agitación, inquietud o zozobra del ánimo (RAE, 2020). Otros autores, la definen como una emoción complicada y aversiva manifestada a través de una tensión emocional que puede estar acompañada por síntomas somáticos (Ayuso, 1988; Bulbena, 1986).

Spielberger define la variable *ansiedad estado* como un estado transitorio emocional y temporalmente modificable, compuesto por una serie de manifestaciones fisiológicas, reacciones motoras y pensamientos de preocupación inmediatos percibidos por una persona ante una situación considerada como amenazante. Existe dos tipos de ansiedad: como estado emocional y como rasgo de personalidad. En base a esta categorización, este autor propuso la Teoría de Ansiedad Estado-Rasgo. La ansiedad-rasgo refiere características intrínsecas a la persona, estables y prolongadas en el tiempo. La *ansiedad-estado*, por su parte, se define como un estado transitorio emocional y temporalmente modificable, compuesto por una serie de manifestaciones fisiológicas, reacciones motoras y pensamientos de preocupación inmediatos en una persona ante una situación percibida como amenazante. A pesar de ser dos componentes diferentes de la ansiedad están

relacionados ya que, las personas con un mayor índice de ansiedad-rasgo, son más propensas a percibir un mayor número de estímulos como amenazantes y, por lo tanto, a sufrir con mayor frecuencia e intensidad episodios de ansiedad-estado (Spielberger, 1972).

Según el Consejo General de la Psicología (COP), el 43,7% de las personas que indicaron haber acudido a un psicólogo a lo largo de la pandemia (COVID-19) lo hicieron por problemas de ansiedad. Además, el 35% de los españoles afirman sentirse muy preocupados y el 44% bastante preocupados con la actualidad del Coronavirus (INFOCOP ONLINE, 2021). En el ámbito sanitario, se realizó un estudio sobre el impacto psicológico de la COVID-19 en 421 sanitarios españoles, publicado en la Revista de Psiquiatría y Salud Mental. Los resultados de la investigación indicaron que el 37% de los participantes sufría ansiedad (Revista de Psiquiatría y Salud Mental, 2020).

Por estas razones, uno de los objetivos del presente estudio será conocer las posibles diferencias en ansiedad-estado entre trabajadores y trabajadoras españoles sanitarios y externos a este ámbito, en el momento actual de la pandemia en el país.

#### *Estilo Atribucional*

Todo aquello que ocurre en la vida de una persona está causado por algo o por alguien. El estilo atribucional es una variable cognitiva de personalidad que se ve reflejada en la forma en la que una persona explica los sucesos que le ocurren (Abramson, Seligman & Teasdale, 1975). A pesar de que las causas utilizadas para dar explicación a estos sucesos pueden ser muy diversas, la Teoría de la Indefensión Aprendida (Abramson, Seligman & Teasdale, 1978) descubrió que se pueden agrupar en tres dimensiones atribucionales:

- Internalidad-Externalidad: también denominada *locus de control* y refiere a dónde sitúa el sujeto las causas de un resultado concreto (Rotter, 1975). Esta dimensión se puede observar en el grado en el que una persona explica un suceso por causas internas, es decir, propias y personales, o externas a sí misma.
- Estabilidad-Inestabilidad: hace referencia a si las causas de un determinado suceso se mantendrán en el tiempo o no.
- Globalidad-Especificidad: en función de si las causas de una situación afectan a todos los ámbitos de la vida de una persona o a uno en concreto. Esta dimensión está relacionada con la percepción de la persona sobre el control que tiene sobre la situación y la causa de esta.

Según Weiner (1985), las atribuciones influyen en la forma de sentir. Las personas que son capaces de atribuirse a sí mismas los acontecimientos positivos y a causas externas los negativos, tienen una mayor autoestima. Cuando esta situación se da al revés, se ve afectado el desarrollo personal y social. Además, cuando se tiene, o se cree que se tiene, el control sobre las causas de una situación concreta, se fortalece la capacidad de los individuos de hacer frente a los estímulos adversos (cf. Hewstone, 1992).

Volviendo a la Teoría de la Indefensión Aprendida (Abramson, Seligman & Teasdale, 1978) las atribuciones causales pueden dar lugar a consecuencias afectivas, siendo depresión clínica la de mayor gravedad. Además, según los autores Williams, Lees-Harvery & Brown (1997), afecta también a las respuestas afectivo-conductuales en lo que tiene que ver con las respuestas ante eventos traumáticos, como puede ser, en este caso, la pandemia por COVID-19.

Haciendo referencia al ámbito sanitario, los únicos estudios que se han encontrado con relación a esta variable se llevaron a cabo con pacientes clínicos que padecían diversas enfermedades tanto físicas como psicológicas. Respecto a los trabajadores y las trabajadoras de este sector, únicamente se tiene constancia de la mención del estilo atribucional en un estudio que sostiene que, tanto el medio hospitalario como el de atención primaria, son ambientes muy estresantes para el personal de enfermería. Por esta razón, un estilo atribucional adecuado facilitará el sentimiento de autoeficacia de las personas que ocupan estos puestos y les facilitará un estilo de afrontamiento que potencie su defensa contra las acciones amenazantes para su propio “Yo” (Revista Información Psicológica, 2007). Por lo tanto, esta variable psicológica será estudiada, según se conoce tras la búsqueda bibliográfica, por primera vez en trabajadores y trabajadoras del sector sanitario.

### *Crecimiento Postraumático*

La variable *crecimiento postraumático* hace referencia a cambios positivos que pueden ocurrir a partir de la lucha ante una crisis vital importante (Calhoun, Cann, & Tedeschi, 2010, p. 5). La evolución de la pandemia en España ha supuesto situaciones de estrés y potencialmente traumáticas para toda la población como han sido el Estado de Alarma, el confinamiento, las medidas de restricción, etc. Sin embargo, el personal sanitario puede haber desarrollado mayores secuelas traumáticas ante las numerosas saturaciones de las Unidades de Cuidados Intensivos (UCI), las recurrentes olas de contagios y la cifra de

mueritos por coronavirus que asciende a más de 81.000 en el mes de julio (Gobierno de España, Ministerio de Sanidad a 27 de julio de 2021).

No obstante, la bibliografía demuestra que la mayor parte de las personas afectadas por un suceso traumático tienen la capacidad de desarrollar una respuesta adaptativa (Vázquez, Castilla & Hervás, 2009). Además, a veces son incluso capaces de beneficiarse de este tipo de situaciones (Alonso et al., 2020). Por esto, existe la posibilidad de que algunos/as de los/as participantes de este estudio, hayan experimentado algún cambio positivo en su autopercepción, en sus relaciones con otros y/o en su espiritualidad a raíz de la situación de pandemia que han vivido durante el último año.

Esta variable fue investigada en una muestra de sanitarios españoles en un estudio longitudinal durante los meses de marzo (N = 3055), julio (N = 855) y noviembre (N = 592) de 2020, adaptando el *Inventario de Crecimiento Postraumático* (utilizado en este estudio) para incorporar la dimensión “crecimiento comunitario”. Los resultados de esta investigación mostraron que alrededor del 18% de los y las participantes obtuvieron un nivel moderado o alto de crecimiento postraumático. Además, se encontraron variables que favorecían el crecimiento, algunas de ellas fueron: ser mujer, estar en riesgo de perder el trabajo, conocer a alguien que haya fallecido por COVID-19, entre otras (Repositorio Comillas, 2021).

Por tanto, la presente investigación es un estudio transversal que tiene por **objetivo** analizar las posibles diferencias en ansiedad, estilo atribucional y crecimiento postraumático entre trabajadores y trabajadoras españoles sanitarios y no sanitarios durante los meses de marzo y abril de 2021, teniendo en cuenta la evolución de la pandemia por COVID-19.

Por ello, para alcanzar el objetivo propuesto, nos planteamos las siguientes **hipótesis**:

- H1. El personal sanitario sufrirá más ansiedad que las personas que trabajan en el resto de los ámbitos.
- H2. Los hombres sufrirán menor nivel de ansiedad que las mujeres.
- H3. Las mujeres tendrán un mayor crecimiento postraumático.
- H4. Las personas contratadas por duración indefinida tendrán un menor crecimiento postraumático.

H5. No existirán diferencias significativas en la variable estilo atribucional entre sanitarios/as y no sanitarios/as.

H6. Las personas del grupo de edad más bajo sufrirán mayor ansiedad

## MARCO EMPÍRICO

### 2. Método

#### 2.1. Participantes

En el estudio participaron un total de 102 trabajadores de la provincia de Alicante, de los cuales 50 (49%), eran trabajadores y trabajadoras del ámbito sanitario y 52 (51%) eran empleados no pertenecientes a este ámbito. Del total de la muestra de sujetos encuestados, 84 fueron mujeres (82,4%). La muestra se dividió en tres grupos de edad: a) menores de 25 años, 23 sujetos (22,5%), b) entre 25 y 45 años, 44 sujetos (43,2%) y c) mayores de 45 años, 35 (34,3%). Por otro lado, se estableció una clasificación de los participantes según su nivel de estudios. Los estudios podrían haberse finalizado o no: a) graduado escolar, 9 sujetos (8,8%), b) bachillerato, 35 (34,3%), c) diplomados, 26 (25,5%), d) licenciado, 16 (15,7%) y d) postgrados, 16 (15,7%).

Haciendo referencia a los datos socio laborales, la media de años trabajados se situó en 14,78 años, con una desviación típica de 11,908, y con un máximo de 42 años y un mínimo de 1. El número de participantes cuyo contrato laboral era de duración indefinida fue 54 (52,9%), los que estaban contratados por una duración definida fueron 28 (27,5%); el resto (19,6%), declaró tener otro tipo de contrato. Respecto a las horas de trabajo semanal, el resultado fue: a) hasta 24 horas, 17 sujetos (16,7%), b) de 24 a 40 horas, 73 sujetos (71,6%) y c) más de 41 horas, 12 sujetos (11,8%). Finalmente, se tuvo en cuenta el horario de trabajo. El 52,9% de los participantes (54 sujetos) tenía un horario fijo y el 48% restante, rotatorio.

#### 2.2. Variables e instrumentos

La evaluación de la variable *ansiedad estado* se llevó a cabo mediante el Cuestionario de Ansiedad Estado (STAI-S) elaborado por Spielberger et al. (1971) y adaptado al español por Gualberto Buena-Casal et al. (1982, 2011). Este instrumento está formado por un total de 20 ítems dispuestos en una graduación tipo Likert que va desde nada (0) hasta mucho

(3). A mayor puntuación obtenida, mayor nivel de ansiedad estado. El alfa de Cronbach obtenido para este instrumento oscila entre .84 y .93.

Para evaluar el estilo atribucional se utilizó el Cuestionario de Estilo Atribucional (ASQ-E) elaborado por Palomares et al. (1988), adaptación española del ASQ original de Peterson et al. (1982). Este cuestionario contiene 12 situaciones hipotéticas, la mitad con resultados positivos y la otra mitad negativos. El instrumento fue diseñado para medir diferencias individuales entre tres dimensiones atribucionales: Internalidad-Externalidad, Estabilidad-Inestabilidad y Globalidad-Especificidad. La prueba consta de una parte cualitativa en la que los sujetos describen la causa más importante por la que creen que podría darse cada situación hipotética. Además, cuenta con 36 ítems con formato de respuesta en una escala tipo Likert en las que los resultados van desde 1 (atribución a causas externas, inestables y específicas) a 7 (atribución causas internas, estables y globales). Este instrumento cuenta con un alfa de Cronbach de un .75 para las situaciones positivas y .72 para las negativas.

Por último, la variable *crecimiento postraumático* se evaluó mediante la traducción española del Inventario de Crecimiento Postraumático (PTGI, Tedeschi y Calhoun, 1996). Este instrumento está formado por 21 ítems con una escala de respuesta tipo Likert que va de 0 (no ha habido ningún cambio en mi vida) a 5 (ha habido un cambio enorme en mi vida); y mide tres dimensiones: Autopercepción, Relación con otros y Cambio espiritual. El alfa de Cronbach en el estudio original de este inventario fue de .86.

### 2.3. Procedimiento

Realizada la revisión bibliográfica y, posteriormente, seleccionadas las pruebas, se procedió a unificarlas en un único cuestionario elaborado en la plataforma online Google Forms, junto a las variables sociodemográficas y sociolaborales presentadas anteriormente.

A continuación, se envió el enlace a todas las personas posibles, mayores de 18 años que estuvieran trabajando actualmente, tanto en el ámbito sanitario como en el ámbito no sanitario, para conseguir un tamaño muestral adecuado. En el mismo cuestionario online, al comienzo, se les explicó la finalidad de la investigación, haciendo hincapié en la confidencialidad y el anonimato de los resultados, así como en que la información proporcionada sería utilizada con fines investigativos y nunca evaluativos; tratamiento

anónimo y confidencial de los datos, y se solicitó aceptar los términos de participación a todos los sujetos que lo cumplimentaron.

#### 2.4. Análisis estadístico

Los análisis estadísticos se realizaron con el programa informático SPSS 25 (IBM, 2017). En primer lugar, se calcularon los estadísticos descriptivos correspondientes a los datos sociodemográficos y sociolaborales, y posteriormente, para someter a prueba las hipótesis establecidas, se efectuaron pruebas T y análisis de varianza de un factor ANOVA. Todos los análisis se realizaron con un nivel de confianza del 95%.

### 3. Resultados

#### *Análisis descriptivo*

Para comenzar, se hallaron los estadísticos descriptivos de las tres variables objeto de estudio. En la tabla 1 se pueden observar los valores máximos y mínimos, así como las medias, varianzas y desviaciones típicas.

Tabla 1. Descriptivos variables objeto de estudio.

Factor	Mínimo	Máximo	Media	DT	Varianza
<i>Ansiedad</i>	3	56	24,92	11,52	132,71
<i>Estilo Atribucional</i>	119	234	165,13	19,56	382,62
Internalidad/Externalidad	35	76	54,80	8,01	64,22
Estabilidad/Inestabilidad	37	84	56,13	8,24	67,86
Globalidad/Especificidad	24	84	54,21	10,61	112,60
<i>Crecimiento postraumático</i>	0	105	54,059	25,06	627,95

Nota:  $p < .05$ .

#### *Comparación entre grupos*

A continuación, se compararon las medias de las tres variables en los dos grupos principales de esta investigación: trabajadores y trabajadoras del sector sanitario y el formado por los empleados y empleadas externos a él. Para la realización de este cálculo, se llevó a cabo una prueba T con un nivel de confianza del 95%.

En la tabla 2, se pueden observar los resultados obtenidos. Como puede comprobarse, no se han obtenido diferencias estadísticamente significativas entre estos dos grupos para ninguna de las variables. Esta información nos sirve para contrastar las hipótesis 1 y 5, no cumpliéndose la primera, pero sí la quinta.

Tabla 2. Prueba T sanitarios/no sanitarios para las tres variables objeto de estudio.

Factor	Sector	N	Media	DT	Sig. (bilateral)
Ansiedad	Sanitario	50	24,28	11,04	0.584
	No sanitario	52	25,54	12,04	
Estilo Atribucional	Sanitario	50	164,54	20,92	0.764
	No sanitario	52	165,71	18,35	
Crecimiento Postraumático	Sanitario	50	54,76	27,08	0.769
	No sanitario	52	53,29	23,20	

Nota:  $p < .05$ .

Continuado con las pruebas T, se realizó la misma operación para la variable *sexo*, con el fin de contrastar las hipótesis 2 y 3. Los resultados (tabla 3) sirvieron para confirmar ambas, ya que existieron diferencias estadísticamente significativas en las puntuaciones en *ansiedad estado* y *crecimiento postraumático*, ambas mayores en el grupo de mujeres.

Tabla 3. Prueba T *sexo* para las tres variables objeto de estudio.

Factor	Sexo	N	Media	DT	Sig. (bilateral)
Ansiedad	Hombre	18	19,72	11,92	0.034*
	Mujer	84	26,04	11,19	
Estilo Atribucional	Hombre	18	160,83	17,85	0.306
	Mujer	84	166,06	19,88	
Crecimiento Postraumático	Hombre	18	31,56	22,74	0.000†
	Mujer	84	58,82	22,92	

Nota: † $p < .001$ ; \*\* $p < .01$ ; \* $p < .05$

Para poner a prueba la hipótesis 4, se clasificó a los participantes en tres grupos en función del tipo de contrato laboral que tenían en el momento del pase del cuestionario: a) contrato de duración determinada, b) contrato de duración indefinida y c) otro. Los resultados de

la prueba de ANOVA mostraron diferencias estadísticamente significativas entre al menos dos de los grupos para la variable Crecimiento Postraumático.

Con la realización de las pruebas post-hoc se confirmó que las diferencias existían también entre los grupos que conformaban esta hipótesis. No obstante, no se confirma ya que la mayor puntuación fue obtenida por el grupo a, a pesar de que se hipotetizaba que el grupo b puntuaría más alto en esta variable. Cabe añadir que también se hallaron diferencias significativas con el grupo conformado por personas con otro tipo de contrato, pero no formaban parte de la H4.

Tabla 4. Prueba ANOVA *tipo de contrato* para la variable *Crecimiento Postraumático*.

Variable	D. Determinada		D. Indefinida		Otro		F	p
	M	DT	M	DT	M	DT		
Crecimiento Postraumático	65.21	21.79	52.11	25.06	43,45	24,48	5,115	.008**

Nota: †p < .001; \*\*p < .01; \*p < .05

Para poner a prueba la H6, se realizó una prueba de ANOVA dividiendo la muestra en tres grupos de edad: a) menores de 25 años (N = 23), b) entre 25 y 45 años (N = 44) y c) mayores de 45 años (N = 35). Esta hipótesis se descartó ya que no se hallaron diferencias estadísticamente significativas entre grupos, además de que la mayor puntuación fue obtenida por el grupo c (mayores de 45 años).

Finalmente, a pesar de que no formaban parte de las hipótesis, cabe destacar dos resultados que se han obtenido en el proceso de análisis estadístico. La prueba post-hoc para la variable ansiedad según el tipo de contrato, mostró una puntuación significativamente mayor para las personas que tenían otro tipo de contrato frente a las que estaban contratadas de forma indefinida. Además, los trabajadores y trabajadoras que llevan menos de 20 años trabajando puntuaron significativamente más alto en crecimiento postraumático frente a los que llevaban 20 años o más empleados.

#### 4. Discusión

Tras la búsqueda bibliográfica sobre la historia de la pandemia en el país, se suponía que el personal sanitario sufriría más ansiedad que las personas que trabajan en el resto de los sectores laborales (H1). Sin embargo, los datos obtenidos no mostraron diferencias significativas entre los empleados en esta variable.

Una posible explicación puede residir en el hecho de que, según los datos del Ministerio de Sanidad en el momento de recogida de muestra (Gobierno de España, Ministerio de Sanidad, abril de 2021) el país se encontraba atravesando el proceso de vacunación contra el virus y el servicio sanitario español ya no estaba saturado. Por lo tanto, probablemente en estas fechas el hecho de ocupar un puesto de trabajo en el sector sanitario no generó diferencias significativas a la hora de obtener una mayor puntuación en *ansiedad estado*.

Para la H2, se esperaba que los hombres puntuaran más bajo en *ansiedad estado* que las mujeres. Según los resultados obtenidos, las mujeres han puntuado significativamente más alto en esta variable, por lo que se confirma esta hipótesis.

Esto se esperaba ya que, en todos los estudios que se encontraron sobre ansiedad, la muestra de mujeres puntuaba más alto. Además, las mujeres, principalmente las que se encuentran en edad reproductiva, son de dos a tres veces más vulnerables que los hombres para desarrollar trastornos de ansiedad (Alonso et al., 2004; Carrasco-Galán & Espinar-Fellmann, 2008).

En base a los resultados de las investigaciones previas (Repositorio Comillas, 2021), la H3 anticipaba que las mujeres que participaron en este estudio tendrían un mayor crecimiento postraumático que los hombres. Las puntuaciones obtenidas en los análisis estadísticos confirman la H3, coincidiendo con los datos del artículo mencionado.

Siguiendo la línea de la investigación mencionada anteriormente, se encontraron variables laborales que favorecían el crecimiento después de un evento traumático como estar en riesgo de perder el empleo o haber sufrido un descenso salarial. Por esta razón, se propuso también que las personas contratadas por duración indefinida tendrían un menor crecimiento postraumático (H4), ya que viven una mayor estabilidad laboral. Por el contrario, se rechaza la hipótesis ya que los resultados mostraron lo contrario (Comillas, 2021).

Una posible explicación puede residir en que existen determinados sectores que se han visto mayormente afectados por la crisis del coronavirus, como la hostelería, la confección de ropa, los juegos de azar, entre otros (Diario Expansión, 2020). Por esta razón, puede que el crecimiento postraumático derivado del ámbito laboral resida mayormente en el sector en el que se esté trabajando y cómo se haya visto afectado por la pandemia, que en la duración del contrato que se tenga.

Para la H5 se supuso que no existirían diferencias significativas en la variable estilo atribucional entre sanitarios/as y no sanitarios/as. Tras la realización de la prueba T para esta variable entre los grupos sanitario/no sanitario se confirmó esta hipótesis, ya que no se hallaron diferencias estadísticamente significativas. Además, tampoco se encontraron al profundizar en las tres dimensiones atributivas que se tuvieron en cuenta en esta investigación.

Como ya se ha mencionado, no se encontraron estudios que investigaran la influencia de esta variable en empleados/as del sector sanitario. Por esta razón, resulta complicado encontrar una explicación a los resultados mediante información veraz y contrastada.

El estilo atribucional es una variable cognitiva de personalidad que se ve reflejada en la forma en la que una persona explica los sucesos que le ocurren (Abramson, Seligman & Teasdale, 1975). Al parecer, las atribuciones que realizan las personas no están directamente relacionadas con el puesto de trabajo que se ocupa, si no con otro tipo de variables que no se contemplan en la presente investigación.

Finalmente, la H6 anticipaba que las personas del grupo de edad más bajo sufrirían mayor ansiedad. Esta hipótesis fue propuesta a causa de la dificultad que encuentran las personas jóvenes de cara a su futuro laboral, pudiendo la pandemia haber empeorado esta situación, provocando ansiedad en ellas. Por el contrario, los resultados dejaron ver que fueron los sujetos mayores de 45 años los que puntuaron más alto en esta variable.

Una explicación a esto puede residir en cómo afecta el virus a la población. En edades más avanzadas, el coronavirus puede producir neumonía y otras enfermedades respiratorias graves que pueden derivar en la muerte (Revista Habanera de Ciencias Médicas, 2020). Además, hay más posibilidades de que las personas mayores de 45 años tengan una familia que mantener, por lo que la incertidumbre por el futuro supone una amenaza para su estabilidad familiar y económica.

## **5. Conclusiones**

Las principales conclusiones que se extraen del presente estudio son las siguientes:

- La pertenencia al sector sanitario no influye en las variables objeto de estudio (ansiedad estado, estilo atribucional y crecimiento postraumático) con respecto al

resto de trabajadores y trabajadoras en el momento de la pandemia en el que se realizó el estudio (abril-mayo).

- El tipo de *estilo atribucional* parece no influir demasiado en el resto de las variables del estudio.
- Durante la pandemia Covid-19 en España las personas con menos de 20 años de experiencia laboral y las mujeres han vivido un mayor crecimiento postraumático.
- Las personas que tenían una mayor estabilidad antes de la pandemia sufren mayores niveles de ansiedad por miedo a perderla.
- Las mujeres han sufrido mayores consecuencias psicológicas (tanto positivas como negativas) que los hombres.

## **6. Limitaciones del estudio**

Esta investigación cuenta con algunas limitaciones que deben tenerse en cuenta. Para comenzar, se trata de un estudio transversal. Por esta razón, la información recabada puede no haber sido tan certera como podría haberlo sido si se hubiera pasado el cuestionario a la muestra en diferentes momentos de la pandemia (estudio longitudinal)

Otra de las limitaciones reside en la diferencia entre el porcentaje de participación de hombres y mujeres en el estudio. La distribución de la muestra fue de 84 mujeres frente a 18 hombres, tanto para personal sanitario como no sanitario, por lo que puede que la diferencia entre sexos no sea del todo representativa.

A la hora de realizar la distinción entre trabajadores sanitarios y no sanitarios, no se especificó ningún criterio para el primer grupo más que la consideración por parte del/ de la participante de que su puesto de trabajo pertenecía a ese sector.

Finalmente, cabe añadir que se considera que el punto temporal de la pandemia en el que se realizó la investigación pudo haber influido en los resultados, ya que podrían divergir si se hubiera llevado a cabo en otro momento como, por ejemplo, cuando las UCI se encontraban saturadas.

## 7. Prospectiva de investigación

Finalmente, se añadirán algunas posibles futuras líneas de investigación que podrían llevarse a cabo a raíz de la realización de este trabajo.

Como se ha mencionado en el apartado anterior, podría ser interesante llevar a cabo la investigación en diferentes momentos posteriores de la pandemia, de forma que se convierta en un estudio longitudinal, facilitando así la recogida de información de forma representativa.

Durante este estudio, únicamente se tuvo en cuenta la parte cuantitativa del cuestionario empleado para medir la variable estilo atribucional (ASQ-E). Por el contrario, podría resultar de interés tener en cuenta los ítems de respuesta libre que componen la parte cualitativa del instrumento, llevando a cabo una investigación quasi-cuanti en el futuro.

Si se quisiera replicar la investigación, se podría tratar de buscar muestras más parejas para realizar comparativas, por ejemplo, personal sanitario (médicos/as, enfermeros/as...) y gente que trabaja en sanidad, pero su puesto no pertenece al ámbito sanitario (personal de limpieza, de mantenimiento, administrativos/as, etc.).

Finalmente, con el fin de contrastar los resultados obtenidos en este estudio, cabría la posibilidad de realizar una búsqueda bibliográfica en los próximos 6 meses, de lo que se haya podido investigar post-pandemia en relación con las variables estudiadas en este trabajo.

## 8. Referencias

- Arenas, M. C., & Puigcerver, A. (2009). Diferencias entre hombres y mujeres en los trastornos de ansiedad: una aproximación psicobiológica. *Escritos de Psicología*, 3(1), 20-29 [en red]. Recuperado el 24/03/2021 en [https://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1989-38092009000300003&script=sci\\_arttext&tlng=en](https://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1989-38092009000300003&script=sci_arttext&tlng=en)
- Cheng, H., & Furnham, A. (2001). Attributional style and personality as predictors of happiness and mental health. *Journal of Happiness Studies*, 2, 307-327.
- Collazo Castiñeira, P., Rodríguez Rey, R., Garrido Hernansaiz, H., & Collado, S. (2021). Creciendo ante la adversidad: crecimiento postraumático ante la crisis sanitaria de

- la Covid-19 en España [en red]. *Repositorio Comillas*. Recuperado el 22/06/2021 en: <https://repositorio.comillas.edu/xmlui/handle/11531/55554>
- Coronado-Hijón, A. (2004). Dificultades de aprendizaje y estilo atribucional. *Revista de humanidades*, 14, 35-46.
- Delgado, M. (2020). *Resiliencia en jóvenes españoles ante la cuarentena por la COVID-19*. España: Facultad de Psicología y Logopedia, Universidad de La Laguna.
- Enrique, A. (2004). Neuroticismo, extraversión y estilo atribucional en veteranos de guerra: una aproximación desde el estrés postraumático. *Interdisciplinaria*, 21(2), 213-246.
- Fernández Riquelme, S. (2020). Primera Historia de la crisis del Coronavirus en España. *La Razón Histórica*, 44, 12-22.
- Fonseca-Pedrero, E., Paino, M., Sierra-Baigrie, S., Lemos-Giráldez, S. y Muñiz, J. (2012). Propiedades psicométricas del “Cuestionario de ansiedad estado-rasgo” (STAI) en universitarios. *Psicología Conductual*, 20(3), 547-561.
- García, F.E., Cova Solar, F., & Melipillán, R. (2013). Propiedades Psicométricas del Inventario de Crecimiento Postraumático en población chilena afectada por un desastre natural. *Revista Mexicana de Psicología*, 30(2), 143-151.
- Gobierno de España (2021). Situación Actual. *Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social* [Documento WWW]. Recuperado el 27/07/2021 disponible en <https://www.mscbs.gob.es/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/nCoV/situacionActual.htm>
- Grupo de Investigación Corona Social. (2020). *Ensayos desconfiados. Ideas de debate para la post pandemia* (1ª ed.). Badajoz, España: Corona Social y anthropiQa 2.0.
- Hernansanz Iglesias, F. (2020). Epidemiología básica de COVID-19. *Actualización en Medicina de Familia*. Disponible en: [https://amf-semfyc.com/web/article\\_ver.php?id=2686](https://amf-semfyc.com/web/article_ver.php?id=2686)
- INFOCOP ONLINE (2021). *La ansiedad y la depresión: principales motivos de consulta psicológica desde el inicio de la pandemia*, Consejo General de Psicología de España, según el CIS tomado el 10/05/2021 en [http://www.infocop.es/view\\_article.asp?id=16839&cat=44](http://www.infocop.es/view_article.asp?id=16839&cat=44)

- Manzano García, G. (2008). Síndrome de burnout y riesgos psicosociales en personal de enfermería. Prevalencia e intervención. *Información Psicológica*, 91-92, 23-31.
- Pérez Abreu, M.R., Gómez Tejeda, J.J., & Dieguez Guach, R.A. (2020). Características clínico-epidemiológicas de la COVID-19. *Revista Habanera de Ciencias Médicas*, 19(2), 1-15.
- Real Academia Española. (2021). *Diccionario de la lengua española*, 23.<sup>a</sup> ed., [versión 23.4 en línea]. tomado el 10/05/2021 de <https://dle.rae.es/ansiedad>
- Ries, F., Castañeda Vázquez, C., Campos Mesa, M.C., & Del Castillo Andrés, O. (2012). Relaciones entre ansiedad-rasgo y ansiedad-estado en competiciones deportivas. *Cuadernos de Psicología del Deporte*, 12(2), 9-16
- Sandín, B., Valiente, R.M., García-Escalera, J., & Chorot, P. (2020). Impacto psicológico de la pandemia de COVID-19: Efectos negativos y positivos en población española asociados al periodo de confinamiento nacional. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 25(1), 1-22.
- Sanjuán, P., Magallares, A., González, J.L., & Pérez-García, A. (2013). Estudio de la validez de la versión española del cuestionario de estilo atribucional ante situaciones negativas. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 18(1), 61-71.
- Sanjuán, P., & Palomares, A. (2014). Análisis del estilo atribucional en estudiantes con estado de ánimo depresivo. *Taylor & Francis Online*, 19, 25-33. [en red] tomado el 16/05/2021 disponible en: [https://www.tandfonline.com/doi/pdf/10.1174/02109399860341861?casa\\_token=nejCUi2tah-IAAAAA:xEz\\_QFou7doh4sbZudlkqNzbLWZ1cqG7TWuIaQRIMiauCr-ICcy11hZss\\_LvvNbG3APdyUNiVcaY](https://www.tandfonline.com/doi/pdf/10.1174/02109399860341861?casa_token=nejCUi2tah-IAAAAA:xEz_QFou7doh4sbZudlkqNzbLWZ1cqG7TWuIaQRIMiauCr-ICcy11hZss_LvvNbG3APdyUNiVcaY)
- Santamaría, M. D., Ozamiz-Etxebarria, N., Rodríguez, I. R., Alboniga-Mayor, J. J., & Gorrotxategi, M. P. (2021). Impacto psicológico de la COVID-19 en una muestra de profesionales sanitarios españoles. *Revista de psiquiatría y salud mental*, 14(2), 106-112.
- Sierra, J.C., Ortega, V., & Zubeidat, I. (2003). Ansiedad, angustia y estrés: tres conceptos a diferenciar. *Revista Mal-Estar Subjetividade*, 3(1), 10-59.

Spielberger, R.D., Gorsuch, R.L., & Lushene, R.E. (2015). *Cuestionario de Ansiedad Estado-Rasgo* (9ª ed. revisada). Adaptación Española, Madrid: TEA Ediciones.

