

Inflexibilidad psicológica gestionada por profesionales sanitarios durante el estado de alarma vinculado al COVID-19

Carlos VALIENTE-BARROSO

*Instituto Clínico y de Investigación Interdisciplinar en Neurociencias, Cantabria (España)
Universidad Villanueva, Madrid (España)*

Javier SAIZ-OBESO

*Instituto Clínico y de Investigación Interdisciplinar en Neurociencias, Cantabria (España)
Clínica de fisioterapia y osteopatía Javier Saiz, Reinosa, Cantabria (España)*

Beatriz VALIENTE-BARROSO

*Instituto Clínico y de Investigación Interdisciplinar en Neurociencias, Cantabria (España)
Universidad Nacional de Educación a Distancia, UNED (España)*

Rebeca LOMBRAÑA-RUIZ

Universidad Nacional de Educación a Distancia (España)

Marta MARTÍNEZ-VICENTE

Universidad Internacional Isabel I, Burgos (España)

Resumen

La inflexibilidad psicológica o evitación experiencial implica el afrontamiento adaptativo o alteraciones emocionales y psicopatologías, un fenómeno a considerar tras la pandemia de COVID-19 y el impacto socio-sanitario generado. En este estudio se analiza la posible incidencia de inflexibilidad psicológica en los profesionales sanitarios, así como en otros profesionales relacionados con las ciencias de la salud y del sector educativo. Participaron 316 personas de edades entre los 22 y 75 años ($M = 41.94$; $DT = 12.37$) distribuidas en tres grupos según su profesión. Los resultados indican un pronunciado miedo a la pandemia, diferenciándose significativamente entre los sanitarios y los educadores, siendo estos últimos los que afrontarían con más normalidad una prolongación de la pandemia. Todos los participantes informan tener como expectativas positivas mejores valores y comportamientos coincidiendo con las sugerencias constructivas derivadas de la situación. Se propone que los profesionales sanitarios desarrollen herramientas y sean partícipes de terapias o intervenciones preventivas que incrementen la flexibilidad psicológica ante el estrés y el cansancio emocional en situaciones en las que la despersonalización se convierte en un mecanismo de evitación experiencial.

Abstract

Psychological inflexibility or experiential avoidance implies adaptive coping or emotional alterations and psychopathologies, a phenomenon to consider after the COVID-19 pandemic and the socio-sanitary impact generated. This study analyzes the possible incidence of psychological inflexibility in health professionals as well as in other professionals related to the health sciences and the education sector. 316 people aged between 22 and 75 years participated ($M = 41.94$; $SD = 12.37$) distributed in three groups according to their profession. Among the results, a pronounced fear of the pandemic stands out, significantly differentiating between health workers and educators, the latter being the ones who would face a prolongation of the pandemic more normally. All the participants report having better values and behaviors as positive expectations, coinciding with the constructive suggestions derived from the situation. It is proposed that healthcare professionals develop tools and participate in preventive therapies or interventions that increase psychological flexibility in the face of stress and emotional fatigue in situations in which depersonalization becomes an experiential avoidance mechanism.

Dirección de contacto: Marta Martínez Vicente. Facultad de Humanidades y Ciencias Sociales. c/ Fernán González, 76. 09003 Burgos. *Correo electrónico:* mmv3619@hotmail.com

Recibido: octubre de 2020. *Aceptado:* noviembre de 2020

El impacto socio-sanitario provocado por el progresivo incremento de contagios del coronavirus COVID-19 (SARS-CoV-2.78), desde mediados del mes de marzo en España, comprometió el adecuado funcionamiento de la gestión sanitaria del país, y, paralelamente, sobrecargó con niveles hasta ahora desconocidos el desempeño laboral de los profesionales sanitarios desde sus distintos y complementarios roles especializados. Desde el día 31 de enero, en el que se diagnosticó el primer caso de infección por COVID-19 en el país (La Gomera; Comunidad Canaria), hasta el 14 de marzo, jornada en la que se decreta el estado de alarma y el confinamiento de la población en sus domicilios, ya las cifras aludían a 9.191 contagios y más de 300 fallecidos por esta causa. Según fueron las cifras oficiales, en esta citada semana se produjo una impactante demanda de intervenciones sanitarias, implicando sobreesfuerzos de médicos y personal de enfermería, junto al no desdeñable respaldo en otra línea de los establecimientos farmacéuticos.

Este escenario, estaría propiciando la exposición de los profesionales sanitarios a notables niveles de estrés laboral y burnout. Así, como quedó señalado por Cebrià-Andreu (2005), la sobrecarga de trabajo es uno de los factores causales más relevantes en la incidencia de elevados niveles de estrés en profesionales sanitarios. Por su parte, el burnout supone una experiencia específica ligada al contexto laboral, para lo cual, en su génesis destacan factores como los conflictos de rol, la falta de feedback y de reconocimiento y la sobrecarga de trabajo, mostrándose más enfáticamente en trabajos que implican el contacto directo con otros seres humanos (Ballester-Arnal, Gómez-Martínez, Gil-Juliá, Ferrándiz-Sellés y Collado-Boira, 2016; Maslach, Schaufeli y Leiter, 2001; Pérez-Fuentes, Molero-Jurado, Gázquez-Linares y Simón-Márquez, 2019). A ello, en el ámbito sanitario añadimos el impacto personal que sobre el profesional conlleva la percepción de sufrimiento y la ausencia de tratamiento eficaz, o el sentimiento de autoeficacia relacionado con el afrontamiento de situaciones estresantes o la solución de problemas laborales, entre otras (Pérez-Fuentes, Simón-Márquez, Molero-Jurado *et al.*, 2018; Sicilia y Martínez, 2010).

Como señalan diversos estudios, el fenómeno del burnout dentro de los profesionales sanitarios implica varios estadios y componentes, jalonados secuencialmente bajo los conceptos de cansancio o agotamiento emocional, despersonalización y percepción de ineficacia en el desempeño laboral. Esta fenomenología psicológica se puede comenzar a percibir a corto plazo tras la irrupción de una situación estresante, repercutiendo tanto en el bienestar del profesional como en la satisfacción del paciente receptor (Carrillo-García, Martínez-Roche, Gómez-García y Meseguer-de-Pedro, 2015). Con el fin de abordar el estrés laboral y el burnout desde una perspectiva más funcional-contextual, en base a la necesidad de definir el burnout como una relación mutua entre factores ambientales y personales, Ortiz-Fune (2018), propone su redefinición conceptual como evitación experiencial o,

expresando una capacidad más inclusiva, como inflexibilidad psicológica (Luciano, 2016), asumiendo la caracterización de aquella, definida como conducta orientada a evitar los eventos privados (pensamientos, emociones, sensaciones, recuerdos, predisposiciones conductuales) generados por las circunstancias laborales (Hayes, Wilson, Gifford, Follette y Strosahl, 1996).

La inflexibilidad psicológica implica un paradigma de funcionamiento humano que, integrado por varios componentes, se sustenta por diferentes modelos. Así, se ha descrito englobando seis procesos: atención flexible al momento presente, aceptación, defusión, el yo como contexto, valores y el compromiso con la acción (Hayes, Strosahl y Wilson, 2012), siendo causa de rigidez psicológica la sola ausencia de uno de ellos, implicando tanto sufrimiento humano como funcionamiento desadaptado. Por otra parte, de modo más simplificado o parsimonioso, la inflexibilidad psicológica también se ha integrado a partir de tres componentes, cuales son apertura, conciencia y compromiso (Strosahl, Robinson y Gustavson, 2012). A su vez, destaca el hecho de que la evitación experiencial -y, por tanto, la inflexibilidad psicológica-, implica un componente verbal, siendo el lenguaje un elemento crucial en la génesis y el mantenimiento de su existencia, a través de manifestaciones características como el moldeamiento de los eventos privados como causa, y por tanto, (1) la necesidad de control de tales eventos privados, (2) la literalidad del lenguaje o bidireccionalidad, que implica responder a un evento en términos de otro en base a las propiedades del repertorio relacional, (3) el dar razones de nuestro comportamiento y la búsqueda de coherencia desde su perspectiva cultural y (4) la formación de categorías o evaluación de los hechos en términos de bueno/malo por sus propiedades arbitrarias establecidas socialmente (Ferro García, 2000; Luciano Soriano y Valdivia Salas, 2006; Patrón-Espinosa, 2013). La irrupción de la inflexibilidad psicológica/evitación experiencial, si bien a corto plazo puede suponer una herramienta de afrontamiento adaptativa, alberga el riesgo de deriva en distintas alteraciones emocionales y psicopatologías (Barragán, Martos, Cardila *et al.*, 2015; Blanco Donoso, Moreno Jiménez, Llanta Abreu, *et al.*, 2017; Navarro-González, Ayechu-Díaz y Huarte-Labiano, 2015).

Apoyándonos en el concepto de inflexibilidad cognitiva, podríamos hipotetizar una plausible incidencia de este fenómeno en los profesionales sanitarios españoles durante la gestión profesional antes descrita contra el coronavirus COVID-19, y, consecuentemente, una afectación emocional significativa que cursaría con manifestaciones como malestar, displacer, despersonalización (sustrayendo valor a sus pacientes), disminución por el interés hacia los otros, así como pensamientos y emociones negativas (Molero, Pérez-Fuentes, Soriano *et al.*, 2020; Ntika, Sakellariou, Kefalas y Stamatopoulou, 2014; Páez Cala, 2020; Simón, Molero, Pérez-Fuentes *et al.*, 2017; Wang, Zhang, Lin *et al.*, 2016).

De este modo, en conexión con este supuesto, el objetivo de este estudio fue analizar la posible incidencia de inflexibilidad psicológica en los profesionales sanitarios transcurrida una semana después del inicio del estado de alarma, en paralelo con el incremento progresivo de pacientes y asistencia sanitaria por ello motivada, abarcando una ventana temporal acotada en solo 72 horas, es decir, desde el 22-03-2020 al 25-03-2020 (las cifras del 23-03-2020 ya ascendían a 33.089 contagiados y 2.182 fallecidos, con 4.517 nuevos diagnosticados y 2355 en UCI), y comparando dicho grupo profesional con otros sectores sanitarios (como psicólogos y fisioterapeutas) y otros grupos profesionales no sanitarios aunque equiparables en formación académica como son los del sector educativo. A su vez, también el estudio se propuso analizar la influencia que sobre este factor principal procedía de variables sociodemográficas como la edad, realizar ejercicio físico/deporte, el sexo, salir por trabajo y salir a la calle sin compromiso laboral.

Método

Participantes

Se plantea un estudio no experimental, transversal, descriptivo y diferencial. Tipo de muestreo no probabilístico incidental o casual. Inicialmente participaron 1019 personas, 342 hombres y 677 mujeres de edades comprendidas entre los 18 y los 97 años ($M = 41'88$; $DT = 14'146$) de las que fueron seleccionadas para este estudio según su profesión 316 personas (68 hombres y 248 mujeres) de edades comprendidas entre los 22 y 75 años ($M = 41'94$; $DT = 12'37$) distribuidas en tres grupos. En el grupo 1 se encuentran 62 profesionales de la sanidad (médicos, enfermería, auxiliares), el grupo 2 lo forman 62 profesionales relacionados con las ciencias de la salud (psicólogos, fisioterapeutas, farmacéuticos y gerocultores) y en el grupo 3 se agrupan 192 personas que trabajan en el sector de la educación (profesores de diferentes etapas educativas, orientadores y educadores sociales). Además, se conforman tres grupos según la edad calculando previamente los percentiles 33 (equivalente a 35 años) y 67 (equivalente a 47 años), de tal manera que se forman el grupo 1 ($n = 109$) de edades entre los 22-35 años, el grupo 2 ($n = 107$) de edades entre los 36-47 años y el grupo 3 ($n = 100$) de edades entre los 48 y 75 años. La Chi-cuadrado de Pearson indica que no existen asociaciones significativas entre el sexo y la profesión ($\chi^2 = 2'48$; $p > 0'05$), ni entre la edad y la profesión ($\chi^2 = 4'18$; $p > 0'05$).

Instrumento y procedimiento

Los datos se recogieron a través de una encuesta elaborada mediante un formulario Google y enviada vía WhatsApp a través de los contactos de los investigadores. En ella, se incluyen variables sociodemográficas considera-

das en este estudio como son el sexo, la edad y la profesión, además del resto de variables que se muestran en la tabla 1. Dentro de ellas, se encuentran las que se formulan a través de cuatro preguntas abiertas que sirven para recoger información sobre las sensaciones y pensamientos en ese momento, y que, posteriormente, se codifican nominalmente a través de un examen interjueces de tres investigadores.

Análisis de datos

Se realizan de modo independiente los análisis de las variables cuantitativas y cualitativas. En ambos casos, se lleva a cabo un análisis descriptivo calculando las frecuencias y porcentajes, así como un análisis diferencial considerando como variables independientes el grupo profesional, la edad, práctica de ejercicio físico/deporte en casa, el sexo, salir por trabajo y salir sin compromiso laboral. En el primer análisis se consideran como variables cuantitativas dependientes el sentimiento de miedo y el afrontamiento ante la prolongación de la pandemia, calculando la prueba no paramétrica H de Kruskal-Wallis para muestras independientes en el caso de la profesión, la edad y el ejercicio físico/deporte y la U de Mann-Whitney para dos muestras independientes para determinar si existen diferencias entre los grupos, tomados dos a dos, y para comparar las relaciones de las variables dependientes según el sexo, la salida para trabajar y salir a la calle sin compromiso laboral. En el caso de las variables cualitativas, una vez codificadas en una escala nominal, se estudian las asociaciones entre ellas y las independientes definidas anteriormente calculando la Chi-cuadrado de Pearson como contraste de hipótesis. En todos los casos, el valor de significación es de $p < 0'05$ y los análisis se realizan mediante el software SPSS versión 25.0 para Windows.

Resultados

Análisis descriptivo y diferencial de las variables cuantitativas

De los resultados que arroja el análisis descriptivo y porcentual, y que aparecen en la tabla 2, se observa un pronunciado miedo a la pandemia en un 41'1 % de los participantes, siendo la mayoría de ellos (23'7 %) los pertenecientes al grupo de los educadores. En contraposición, el menor porcentaje se observa en la respuesta "nada" de miedo (2'5 %), siendo además los sanitarios los que informan no tener ningún miedo ante esta situación. Ante la prolongación de la pandemia y, en consecuencia, del confinamiento, la mayoría (69'6 %) lo afrontaría con razonable normalidad, siendo el grupo de los educadores el que informa de mayor porcentaje en esta respuesta (44'3 %). Se constata que la opción "no podría" soportar una prolongación del confinamiento no puntúa, algo destacable ante este tipo de circunstancias tan estresantes.

Tabla 1. Variables del estudio cuantitativo y cualitativo.

Variables cuantitativas

Variable	Pregunta	Escala de medición
Sentimiento de miedo	¿Cuánto miedo sientes ante esta pandemia?	1 (nada) - 5 (mucho)
Afrontamiento ante prolongación de la pandemia	¿Piensas que podrás aguantar esta situación en el supuesto que se prolongara varias semanas o meses?	1 (no podría) - 5 (muy fácilmente)
Salir por trabajo	Por tu profesión ¿tienes posibilidad de estar horas fuera de casa?	Sí/No
Salir a la calle sin compromiso laboral	De no ser así ¿cuentas con facilidad para oxigenarte por la calle un tiempo superior al que tienen otros ciudadanos?	Sí/No
Práctica de ejercicio físico/deporte en casa	¿Estás practicando ejercicio físico/deporte en casa?	1 (nada) - 5 (mucho)

Variables cualitativas

Variable	Pregunta	Codificación
Situación personal percibida	¿Podrías describir tu situación personal en general a través de unas cuantas frases? (Sentimientos, pensamientos, temores, emociones, sensaciones corporales, etc.).	0 (preocupación por uno mismo) 1 (preocupación por otros) 2 (preocupación por otros y uno mismo a la vez) 3 (positivo) 4 (positivo/negativo)
Conductas novedosas autopercibidas	Situaciones como estas pueden sacar lo mejor de nosotros mismos ¿reconoces algún comportamiento o actitud personal que está aflorando en ti y te está sorprendiendo gratamente?	0 (negativa) 1 (positiva) 2 (causas comunes recíproco/proactivo)
Expectativas positivas	¿Qué consecuencias positivas piensas que se van a recoger después de esta situación?	0 (negativo) 1 (cambios institucionales) 2 (mejores valores/comportamientos)
Sugerencias constructivas	¿Qué sugerencia o consejo podrías compartir con el resto de ciudadanos con el propósito de ayudar?	0 (nada) 1 (quédate en casa) 2 (consejos logísticos en/para el hogar) 3 (combinación consejos logísticos/valores) 4 (valores)

Como era previsible el mayor porcentaje 13'3 % de la muestra que sale por trabajo corresponde al grupo de los sanitarios (67'7 %), seguido de los profesionales de ciencias de la salud (29 %) y los educadores (15'6 %) que conforman el grupo que menos sale a trabajar en total (9'5 %). Sin embargo, estos últimos son los que más salen a la calle sin compromiso laboral constituyendo un 21'8 % del total de los participantes que informan que sí lo hacen (39'9 %).

En cuanto a la práctica de ejercicio físico/deporte en casa un 36'1 % de los participantes hace algo/suficiente, y, de los grupos considerados, el mayor porcentaje corresponde a los educadores (36'1 %) en comparación con el total de la muestra y de los otros dos grupos siendo los que más lo realizan a nivel algo/suficiente (21'5 %), bastante (11'1 %) y mucho (1'6 %).

El análisis diferencial en función de los tres grupos profesionales indica que no existen diferencias significativas en sentimiento de miedo ($\chi^2 = 5'61$; $p > 0'05$), ni en afrontamiento ante la prolongación de la pandemia ($\chi^2 =$

0'66; $p > 0'05$). No obstante, se realizaron análisis entre los grupos tomados de dos a dos mediante la prueba *U* de Mann Whitney, que indican la inexistencia de diferencias significativas entre el grupo de sanitarios y el de ciencias de la salud, tanto en sentimiento de miedo ($U = 1709'50$; $z = -1'12$; $p > 0'05$) como en afrontamiento ante la prolongación de la pandemia ($U = 1870'00$; $z = -0'31$; $p > 0'05$), pero sí entre el grupo de sanitarios y el del sector de educación en sentimiento de miedo ($U = 4820'50$; $z = -2'39$; $p < 0'05$), como se constata en los porcentajes presentados en la tabla 2, siendo mayores en bastante (23'7 %) y mucho (4'4 %) miedo en los profesionales del sector educativo en comparación con los sanitarios (8'5 % bastante y 3'2 % mucho miedo), no encontrándose diferencias significativas en estos dos grupos en afrontamiento ante la prolongación de la pandemia ($U = 5628'00$; $z = -0'81$; $p > 0'05$).

Considerando la edad, se encuentran diferencias significativas en sentimiento de miedo ($\chi^2 = 10'30$; $p < 0'01$), determinándose las mismas entre los grupos de edad 1 y

Tabla 2. Distribución de frecuencias y porcentajes por grupos profesionales.

Variable	Grupo profesional										
	Sanitarios			CC. Salud			Educadores			Total	
	n	% Grupo	% Total	n	% Grupo	% Total	n	% Grupo	% Total	n	%
Miedo											
Nada	0	0	0	4	6.5	1.3	4	2.1	1.3	8	2.5
Poco	5	8.1	1.6	9	14.5	2.8	28	14.6	8.9	42	13.3
Algo	20	32.3	6.3	14	22.6	4.4	71	37.0	22.5	105	33.2
Bastante	27	43.5	8.5	28	45.2	8.9	75	39.1	23.7	130	41.1
Mucho	10	16.1	3.2	7	11.3	2.2	14	7.3	4.4	31	9.8
Prolongación											
Con bastante dificultad	13	21	4.1	13	21	4.1	28	14.6	8.9	54	17.1
Con razonable normalidad	41	66.1	13	39	62.9	12.3	140	72.9	44.3	220	69.6
Fácilmente	7	11.3	2.2	8	12.9	2.5	18	9.4	5.7	33	10.4
Muy fácilmente	1	1.6	.3	2	3.2	.6	6	3.1	1.9	9	2.8
Total	62	100	19.6	62	100	19.6	192	100	60.8	316	100
Salir por trabajo											
Sí	42	67.7	13.3	18	29	5.7	30	15.6	9.5	90	226
No	20	32.3	6.3	44	71	13.9	162	84.4	51.3	28.5	71.5
Salir a la calle sin compromiso laboral											
Sí	31	50	9.8	26	41.9	8.2	69	35.9	21.8	126	39.9
No	31	50	9.8	36	58.1	11.4	123	64.1	38.9	190	60.1
Práctica de ejercicio físico/deporte en casa											
Nada	12	19.4	3.8	12	19.4	3.8	17	8.9	5.4	41	13
Poco	17	27.4	5.4	17	27.4	5.4	67	34.9	21.2	101	32
Algo/suficiente	24	38.7	7.6	22	35.5	7.0	68	35.4	21.5	114	36.1
Bastante	8	12.9	2.5	7	11.3	2.2	35	18.2	11.1	50	15.8
Mucho	1	1.6	.3	4	6.5	1.3	5	2.6	1.6	10	3.2

3 ($U = 4312'50$; $z = -2'75$; $p < 0'01$), así como entre los grupos 2 y 3 ($U = 4199'50$; $z = -2'83$; $p < 0'05$), con diferencias que indican que los jóvenes (grupo 1) tienen bastante (15'5 %) y mucho miedo (4'1 %) en comparación con aquellos de mayor edad del grupo 3, los cuales manifiestan bastante miedo en un 11'1 %, y mucho miedo en el 1'6 %. Sin embargo, no se encuentran diferencias significativas entre edad y afrontamiento ante la prolongación de la pandemia ($\chi^2 = 4'01$; $p > 0'05$), ni tampoco entre ejercicio físico/deporte y sentimiento de miedo ($\chi^2 = 3'11$; $p > 0'05$) y afrontamiento ante la prolongación de la pandemia ($\chi^2 = 2'35$; $p > 0'05$).

En cuanto al sexo, los resultados indican que existen diferencias significativas en sentimiento de miedo ($U = 5664'00$; $z = -4'39$; $p < 0'01$), en el que puntúan más alto las mujeres; un 36.4 % de ellas tiene bastante miedo frente al 4'7 % de los hombres, y un 9'2 % informa de tener mucho miedo ante esta situación en comparación con el 0'6 % de ellos (figura 1). En este análisis diferencial también se encuentran

diferencias significativas en afrontamiento ante la prolongación de la pandemia ($U = 7075'50$; $z = -2'51$; $p < 0'05$), demostrándose la tendencia a un mayor afrontamiento con razonable normalidad del 54'1 % de las mujeres frente al

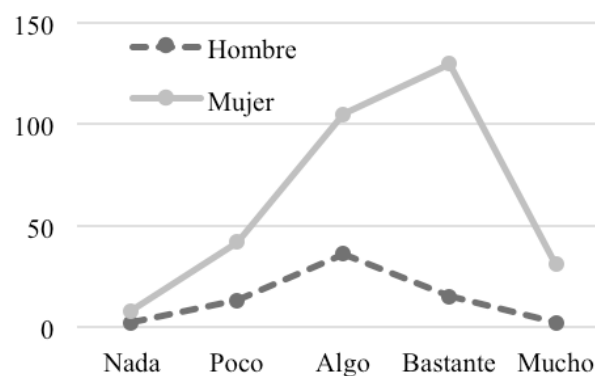


Figura 1. Miedo a la pandemia según el sexo.

15'5 % de los hombres, fácilmente el 8'2 % de las mujeres y el 2'2 % de los hombres, y muy fácilmente un mayor porcentaje por parte de los hombres (1'9 %) en comparación con las mujeres (0'9 %) (figura 2).

Teniendo en cuenta si salen o no a trabajar los resultados indican que no existen diferencias significativas en sentimiento de miedo ($\chi^2 = 9873'00; p > 0'05$), en afrontamiento ante la prolongación de la pandemia ($\chi^2 = 9261'00; p > 0'05$). Por último, según la posibilidad de salir a la calle sin compromiso laboral no existen diferencias significativas en sentimiento de miedo ($\chi^2 = 11138'50; p > 0'05$) y en afrontamiento ante la prolongación de la pandemia ($\chi^2 = 11856'50; p > 0'05$).

Análisis descriptivo y diferencial de las variables cualitativas

En la tabla 3, se muestran las frecuencias/porcentajes de las variables cualitativas, plasmando que un 42'5 % del total de la muestra está preocupado por uno mismo, correspondiendo dentro de esta percepción un 48'4 % a los participantes del grupo de ciencias de la salud. Un 49'3 % de los participantes manifiesta que las conductas novedosas autopercibidas son positivas, siendo el 51'1 % de los profesionales del sector educativo, mientras que tan solo

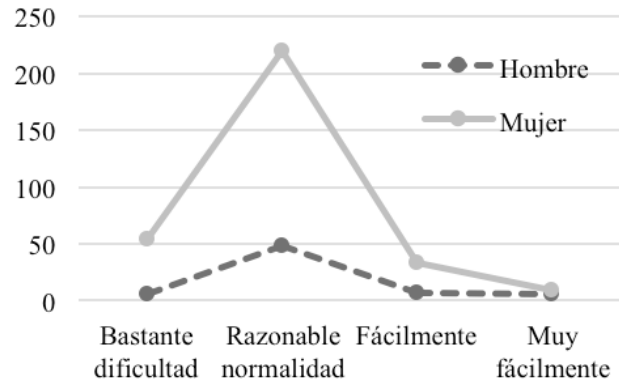


Figura 2. Afrontamiento ante la prolongación de la pandemia según el sexo.

el 26'5 % informa de que estas conductas ante la situación presente sean negativas. El 69 % del total manifiesta que las expectativas positivas corresponden a mejores valores, coincidiendo que son estos los propuestos en mayor proporción como sugerencias constructivas (55' %).

Los resultados del análisis diferencial indican que no existen relaciones de dependencia entre grupo profesional situación personal percibida ($\chi^2 = 5'68; p > 0'05$), conductas novedosas autopercibidas ($\chi^2 = 5'62; p > 0'05$), expectativas

Tabla 3. Tabla de contingencia (frecuencias/porcentajes) según el grupo profesional.

Variable	Profesión			
	Sanitarios	CC. Salud	Educadores	Total
Situación personal percibida				
Preocupación por uno mismo	25 (41%)	30 (48.4%)	79 (41.4%)	134 (42.5%)
Preocupación por otros	7 (11.3%)	4 (6.5%)	19 (9.9%)	30 (9.5%)
Preocupación por otros y uno mismo	7 (11.5%)	7 (11.3%)	33 (17.2%)	47 (14.9%)
Positivo	7 (11.5%)	7 (11.5)	28 (14.6%)	42 (13.3%)
Positivo/negativo	16 (26.2%)	14 (22.6%)	33 (17.2%)	63 (20%)
Conductas novedosas autopercibidas				
Negativa	13 (22%)	13 (23.6%)	54 (28.7%)	80 (26.5%)
Positiva	27 (45.8%)	26 (47.3%)	96 (51.1%)	149 (49.3%)
Causas comunes	20 (33.3%)	16 (29.1%)	37 (19.7%)	73 (24.17%)
Expectativas positivas				
Negativo	8 (13.6%)	8 (14.5%)	23 (12.4%)	39 (13%)
Cambios institucionales	11 (18.6%)	9 (16.4%)	32 (17.2%)	52 (17.3%)
Mejores valores	40 (67.8%)	38 (69.1%)	129 (69.4%)	207 (69%)
Sugerencias constructivas				
Nada	2 (3.4%)	2 (3.8%)	6 (3.3%)	10 (3.4%)
Quédate en casa	6 (10.2%)	9 (17%)	17 (9.2%)	32 (10.8)
Consejos logísticos	12 (20.3%)	3 (5.7%)	24 (13%)	39 (13.2%)
Consejos logísticos/valores	11 (18.6%)	10 (18.9%)	31 (16.8%)	52 (17.6%)
Valores	28 (47.5%)	29 (54.7)	106 (57.6)	163 (55.1%)

positivas ($\chi^2 = 1'50$; $p > 0'05$) y sugerencias constructivas ($\chi^2 = 7'89$; $p > 0'05$). Son relevantes los porcentajes elevados en mejores valores como expectativas positivas que tienen todos los grupos, al igual que en valores como sugerencias constructivas derivadas de la situación.

La edad también es independiente de situación personal percibida ($\chi^2 = 10'33$; $p > 0'05$), conductas novedosas autopercebidas ($\chi^2 = 8'48$; $p > 0'05$) y expectativas positivas ($\chi^2 = 3'52$; $p > 0'05$), siendo las asociaciones dependientes entre la edad y sugerencias constructivas ($\chi^2 = 20'40$; $p < 0'05$), en las que las frecuencias observadas son significativamente elevadas en valores en el grupo 1 (52'4%), grupo 2 (59%), grupo 3 (53'8%), y en los tres grupos de edad en general (55'1%). Según la práctica de ejercicio físico/deporte no se encuentran asociaciones dependientes con situación personal percibida ($\chi^2 = 17'23$; $p > 0'05$), conductas novedosas autopercebidas ($\chi^2 = 9'79$; $p > 0'05$), expectativas positivas ($\chi^2 = 16'98$; $p > 0'05$) y sugerencias constructivas ($\chi^2 = 13'88$; $p > 0'05$).

Considerando el sexo, se demuestra su independencia con situación personal percibida ($\chi^2 = 5'77$; $p > 0'05$), conductas novedosas autopercebidas ($\chi^2 = 0'55$; $p > 0'05$) y sugerencias constructivas ($\chi^2 = 3'28$; $p > 0'05$), siendo su relación dependiente con expectativas positivas ($\chi^2 = 7'166$; $p < 0'05$), en la que los porcentajes más altos tanto en hombres (79%) como en mujeres (66'4%) corresponden a mejores valores/comportamientos (69%).

Por último, salir a trabajar es independiente a situación personal percibida ($\chi^2 = 8'37$; $p > 0'05$), conductas novedosas autopercebidas ($\chi^2 = 2'13$; $p > 0'05$), expectativas positivas ($\chi^2 = 1'60$; $p > 0'05$) y sugerencias constructivas ($\chi^2 = 3'54$; $p > 0'05$), así como salir sin compromiso laboral con situación personal percibida ($\chi^2 = 8'64$; $p > 0'05$), conductas novedosas autopercebidas ($\chi^2 = 5'68$; $p > 0'05$), expectativas positivas ($\chi^2 = 6'66$; $p > 0'05$) y sugerencias constructivas ($\chi^2 = 5'34$; $p > 0'05$).

Discusión

El esfuerzo y la perseverancia de las personas se ponen a prueba en situaciones de estrés en las que cobran especial relevancia los juicios de autoeficacia que favorecen o interfieren en la elección y desarrollo de tareas ante las que las personas se sienten incompetentes (Maffei, Spontón, Spontón *et al.*, 2012). Así se han sentido muchos grupos profesionales del sector sanitario, de las ciencias de la salud y educativo, y toda la sociedad en general, ante la aparición del COVID-19 y el confinamiento derivado del estado de alarma declarado a mediados del mes marzo, poniéndose a prueba la capacidad de resistencia del ser humano no solo a nivel físico sino también y, especialmente, a nivel emocional. Se plantea este estudio con la información recogida sobre la percepción y los sentimientos experimentados durante esos primeros momentos de incertidumbre, dudas y angustia generada,

entre otras, por el desconocimiento y la desinformación.

Los resultados recogidos sobre los sentimientos de miedo y el afrontamiento ante una prolongación temporal de la pandemia, confirman a priori la inexistencia de diferencias significativas entre los tres grupos de profesionales considerados (sector sanitario, de ciencias de la salud y educativo), si bien son relevantes las diferencias demostradas comparando los grupos dos a dos, siendo los sanitarios los que menos miedo mostraron frente a los profesionales del sector educativo. Estos últimos son los que afrontarían con razonable normalidad una prolongación de la pandemia en comparación con el resto de grupos. Hay que tener en cuenta que el miedo es una respuesta humana básica que aparece cuando la persona siente amenazada su integridad física y/psicológica y que, además, depende de la reevaluación cognitiva adaptativa que haga cada uno y de su inteligencia emocional. Así, es preciso como señala Extremera (2020) estudiar si en el confinamiento las personas con inteligencia emocional responden con menor intensidad al estrés poniendo en práctica estrategias de afrontamiento más eficaces.

Aunque no se evidencian diferencias entre los grupos en la situación personal percibida, sí que es importante señalar que todos los participantes manifiestan una mayor preocupación por ellos mismos, en la línea de estudios previos que concluyen que, ante este tipo de pandemias, se incrementan los niveles de preocupación, la agitación emocional y el estrés tanto en los profesionales sanitarios como en la población en general (Adler, Kim, Thomas y Sipos, 2018), constituyendo una prioridad sanitaria la promoción del bienestar subjetivo y psicológico para preservar adecuados niveles de salud mental. En el caso concreto de la población sanitaria puede ser el detonante que incremente el malestar subjetivo, afectando por ejemplo a la estabilidad y calidad del sueño como consecuencia de la carga excesiva de trabajo, deterioro que se ha demostrado ser mayor en el personal de enfermería (Díaz-Ramiro, Rubio-Valdehita, López-Núñez y Aparicio-García, 2000). Además, todos los participantes manifiestan tener como expectativas positivas y sugerencias constructivas, mejores valores derivados de una situación dramática consecuencia de la propagación del virus. Se evidencia por lo tanto, en consonancia con estudios previos, que enfrentarse a situaciones adversas puede derivar en nuevas oportunidades de aprendizaje y de desarrollo personal (Matthews, Zeidner y Roberts, 2017), priorizándose comportamientos prosociales y altruistas que no dependen de la edad ni del sexo y, en los que las habilidades interpersonales como la sensibilidad, la empatía y la compasión desencadenan redes de colaboración y apoyo hacia los demás, creándose relaciones solidarias y positivas favoreciendo una inteligencia emocional de un extraordinario valor social (Extremera, 2020).

Según la edad, el miedo es superior en la franja de menor edad, aunque podrían aguantar con cierta normalidad una prolongación de la pandemia; no obstante, las diferen-

cias no son significativas entre los grupos formados. Es importante dejar constancia que son los del segundo grupo aquellos que indican como sugerencias constructivas los valores de la persona, en consonancia con estudios previos que demuestran que la edad está relacionada con el bienestar, los valores y la realización personal (Ortega Loubon, Salas y Correa, 2011; Zubieta, Fernández y Sosa, 2012), así como con la satisfacción laboral de los profesionales sanitarios (Carrillo-García *et al.*, 2015). Tampoco parece que tener miedo o afrontar la situación dependa de la actividad física/deportiva o de salir de casa, ya sea con o sin compromiso laboral, sino como en otras circunstancias y así se constata, más bien se relaciona con la capacidad de afrontamiento y gestión del estrés asociado a las competencias emocionales (Morales, 2017).

Se aprecia la tendencia de mayores sentimientos de miedo por parte de las mujeres, al igual que una mayor capacidad de afrontamiento en comparación con los hombres, resultados que podrían estar en la línea de otros anteriores que indican que, si bien no existen diferencias significativas en autoeficacia general entre ambos sexos (Rocha Sánchez y Ramírez de Garay, 2011), sí que las mujeres son más empáticas a nivel afectivo (Pérez-Fuentes *et al.*, 2018) y sufren de niveles superiores de burnout y de cansancio emocional (Ávila Toscano, Gómez Hernández y Montiel Salgado, 2010; Barragán *et al.*, 2015; Bracco Bruce, Wakeham Nieri, Valdez Oyague y Velázquez Castro, 2018), ansiedad, depresión y distrés (Gómez-Martínez, Ballester-Arnal, Gil-Juliá y Abizanda-Campos, 2015). El sexo no influye en variables relacionadas con la inflexibilidad psicológica como las incluidas en este estudio que analizan la percepción de la situación personal, las conductas novedosas manifestadas, las expectativas y las sugerencias constructivas derivadas de la misma, las cuales pueden incrementar las habilidades empáticas, el desarrollo de las personalidad y conductas prosociales (Martínez, Méndez y García-Sevilla, 2015), la adaptación y gestión al cambio, verificando la flexibilidad para ajustarse a la realidad presente (Buenrostro-Guerrero, Valdez-Sierra, Soltero-Avelar *et al.*, 2012; Pérez-Fuentes *et al.*, 2018). En el caso de los sanitarios sometidos a la exposición de un brote como puede ser el COVID-19, es mayor la tendencia a experimentar estrés emocional severo, implicando problemas físicos y emocionales que pueden afectar la productividad laboral (Díaz-Ramiro *et al.*, 2020; Soriano, Pérez-Fuentes, Molero-Tortosa y González, 2019). Resulta preciso recordar un mayor *engagement* en los profesionales con niveles elevados de inteligencia emocional, la cual actúa como amortiguadora y protectora del estrés (Molero Jurado, Pérez-Fuentes, Barragán Martín *et al.*, 2020; Pérez-Fuentes, Molero Jurado, Mercader Rubio *et al.*, 2020; Quiliano y Quiliano, 2020). Por lo que, en estos momentos, debe abordarse la inteligencia emocional por su aporte teórico en el estudio del papel de las habilidades emocionales en el funcionamiento interpersonal y el proceso

de afrontamiento (Extremera, 2020).

El presente estudio no está exento de limitaciones, entre las que destacan las propias de un estudio transversal, mediante el que se recogen los datos en un momento temporal concreto y a través de la información aportada por los participantes. Además, el porcentaje de mujeres es superior al de hombres, tanto en la muestra total inicial como en la seleccionada en concreto para el estudio mostrado, lo cual podría sesgar e influir en la representatividad de los resultados.

Como conclusión, sería interesante realizar un estudio posterior con la misma muestra y, así, comparar el modo en el que podrían variar a lo largo del tiempo los sentimientos de miedo y afrontamiento ante la pandemia al término del confinamiento. Así, tomando como referencia estudios previos (Barragán *et al.*, 2015; Ortiz-Fune, 2018), se propone que los profesionales sanitarios desarrollen herramientas y sean partícipes de terapias o intervenciones preventivas que incrementen la flexibilidad psicológica ante el estrés y el cansancio emocional en situaciones en las que la despersonalización se convierte en un mecanismo de evitación experiencial.

Referencias

- Adler, A.B., Kim, P.Y., Thomas, S.J. y Sipos, M.L. (2018). Quarantine and the U.S. military response to the Ebola crisis: soldier health and attitudes. *Public Health*, 155, 95-98 [DOI: 10.1016/j.puhe.2017.11.020].
- Ávila Toscano, J.H., Gómez Hernández, L.T. y Montiel Salgado, M.M. (2010). [Características demográficas y laborales asociadas al Síndrome de Burnout en profesionales de la salud](#). *Pensamiento Psicológico*, 8(15), 39-52.
- Ballester-Arnal, R., Gómez-Martínez, S., Gil-Juliá, B., Ferrándiz-Sellés, M. D. y Collado-Boira, E. (2016). [Burnout y factores estresantes en profesionales sanitarios de las unidades de cuidados intensivos](#). *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 21(2), 129-136 [DOI: 10.5944/rppc.vol.21.num.2.2016.16146].
- Barragán, A.B., Martos, Á., Cardila, F., Molero, M.M., Pérez-Fuentes, M.C. y Gázquez, J.J. (2015). [Variables relacionadas y prevalencia del burnout en profesionales sanitarios](#). *European Journal of Health Research (EJHR)*, 1(1), 5-14 [DOI: 10.30552/ejhr.v1i1.1].
- Blanco Donoso, L.M., Moreno Jiménez, B., Llanta Abreu, M.C., Martínez Ochoa, Y. y Garrosa Hernández, E. (2017). [Flexibilidad psicológica y atención plena: analizando su valor añadido sobre los niveles de energía y motivación entre enfermeras procedentes de España y Cuba](#). *Summa Psicológica UST*, 14(2), 24-34 [DOI: 10.18774/448x.2017.14.343].
- Bracco Bruce, L., Wakeham Nieri, A., Valdez Oyague, R. y Velázquez Castro, T. (2018). [Síndrome de Agotamiento](#)

- [Profesional, variables sociodemográficas y condiciones laborales en trabajadores penitenciarios peruanos](#). *Apuntes de Psicología*, 36(3), 117-128.
- Buenrostro-Guerrero, A.E., Valadez-Sierra, M.D., Soltero-Avelar, R., Nava-Bustos, G., Zambrano-Guzmán, R. y García-García, A. (2012). [Inteligencia emocional y rendimiento académico en adolescentes](#). *Revista de Educación y Desarrollo*, 20, 29-37.
- Carrillo-García, C., Martínez-Roche, M.E., Gómez-García, C.I. y Meseguer-de-Pedro, M. (2015). [Satisfacción laboral de los profesionales sanitarios de un Hospital Universitario: análisis general y categorías laborales](#). *Anales de Psicología*, 31(2), 645-650 [DOI: 10.6018/analesps.31.2.169791].
- Cebrià-Andreu, J. (2005). [Comentario: el síndrome de desgaste profesional como problema de salud pública](#). *Gaceta Sanitaria*, 19(6), 470.
- Díaz-Ramiro, E.M., Rubio-Valdehita, S., López-Núñez, M.I. y Aparicio-García, M.E. (2020). [Los hábitos de sueño como predictores de la salud psicológica en profesionales sanitarios](#). *Anales de Psicología*, 36(2), 242-246 [DOI: 10.6018/analesps.350301].
- Extremera, N. (2020). [Afrontando el estrés causado por la pandemia COVID-19: futura agenda de investigación desde la inteligencia emocional](#). *Revista Internacional de Psicología Social*, 35(3), 631-638 [DOI: 10.1080/02134748.2020.1783857].
- Ferro García, R. (2000). [Aplicación de la terapia de aceptación y compromiso en un ejemplo de evitación experiencial](#). *Psicothema*, 12(3), 445-450.
- Gómez-Martínez, S., Ballester-Arnal, R., Gil-Julíá, B. y Abizanda-Campos, R. (2015). [Ansiedad, depresión y malestar emocional en los profesionales sanitarios de las Unidades de Cuidados Intensivos](#). *Anales de Psicología*, 31(2), 743-750 [DOI: 10.6018/analesps.31.2.158501].
- Hayes, S.C., Strosahl, K. y Wilson, K.G. (2012). *Terapia de aceptación y compromiso. Proceso y práctica del cambio consciente (Mindfulness)*. Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Hayes, S.C., Wilson, K.G., Gifford, E.V., Follette, V.M. y Strosahl, K. (1996). [Experiential Avoidance and Behavioral Disorders: A Functional Dimensional Approach to Diagnosis and Treatment](#). *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64(6), 1152-1168 [DOI: 10.1037/0022-006X.64.6.1152].
- Luciano, C. (2016). [Evolución de ACT. Análisis y Modificación de Conducta](#), 42(165-166), 3-14.
- Luciano Soriano, M.C. y Valdivia Salas, M.S. (2006). [La Terapia de Aceptación y Compromiso \(ACT\). Fundamentos, características y evidencias](#). *Papeles del Psicólogo*, 27(2), 79-91.
- Maffei, L., Spontón, C., Spontón, M., Castellano, E. y Medrano, L.A. (2012). [Adaptación del Cuestionario de Autoeficacia Profesional \(AU-10\) a la población de trabajadores cordobeses](#). *Pensamiento Psicológico*, 10(1), 51-62.
- Martínez, J.P., Méndez, I. y García-Sevilla, J. (2015). [Burnout y empatía en cuidadores profesionales de personas mayores](#). *European Journal of Investigation in Health, Psychology and Education*, 5(3), 325-333 [DOI: 10.30552/ejihpe.v5i3.135].
- Maslach, C., Schaufeli, W.B. y Leiter, M.P. (2001). [Job Burnout](#). *Annual Review of Psychology*, 52, 397-422 [DOI: 10.1146/annurev.psych.52.1.397].
- Matthews, G., Zeidner, M. y Roberts, R.D. (2017). Emotional Intelligence, Health, and Stress. En C.L. Cooper y J.C. Quick (Eds.), *The Handbook of Stress and Health: A Guide to Research and Practice* (pp. 312-326). Nueva York: Wiley-Blackwell.
- Molero Jurado, M.M., Pérez-Fuentes, M.C., Barragán Martín, A.B., Gázquez Linares, J.J., Oropesa Ruiz, N.F. y Simón Márquez, M.M. (2020). [Emotional Intelligence Components as Predictors of Engagement in Nursing Professionals by Sex](#). *Healthcare*, 8(1), 42 [DOI: 10.3390/healthcare8010042].
- Molero, M.M., Pérez-Fuentes, M.C., Soriano, J.G., Oropesa, N.F., Simón, M.M., Sisto, M. y Gázquez, J.J. (2020). [Factores psicológicos en situaciones de cuarentena: una revisión sistemática](#). *European Journal of Health Research*, 6(1), 109-120 [DOI: 10.30552/ejhr.v6i1.206].
- Morales, F. M. (2017). Relaciones entre afrontamiento del estrés cotidiano, autoconcepto, habilidades sociales e inteligencia emocional. *European Journal of Education and Psychology*, 10(2), 41-48. <https://doi.org/10.1016/j.ejeps.2017.04.001>
- Navarro-González, D., Ayeche-Díaz, A. y Huarte-Labiano, I. (2015). [Prevalencia del síndrome de burnout y factores asociados a dicho síndrome en los profesionales sanitarios de Atención Primaria](#). *Semergen: Revista Española de Medicina de Familia*, 4(4), 191-198 [DOI: 10.1016/j.semereg.2014.03.008].
- Ntika, M., Sakellariou, I., Kefalas, P. y Stamatopoulou, I. (2014). [Experiments with emotion contagion in emergency evacuation simulation](#). *Proceedings of the 4th International Conference on Web Intelligence, Mining and Semantics (WIMS '14)*, 49, 1-11 [DOI: 10.1145/2611040.2611097].
- Ortega Loubon, C., Salas, R. y Correa, R. (2011). [Aspectos epidemiológicos del síndrome de burnout en el personal sanitario. Hospital Aquilino Tejeira](#). *Archivos de Medicina*, 7(2), 4 [DOI: 10.3823/072].
- Ortiz-Fune, C. (2018). [Burnout como inflexibilidad psicológica en profesionales sanitarios: revisión y nuevas propuestas de intervención desde una perspectiva contextual-funcional](#). *Apuntes de Psicología*, 36(3), 135-144.
- Páez Cala, M.L. (2020). [La salud desde la perspectiva de la resiliencia](#). *Archivos de Medicina*, 20(1), 203-216 [DOI: 10.30554/archmed.20.1.3600.2020].

- Patrón-Espinosa, F.J. (2013). [La evitación experiencial como dimensión funcional de los trastornos de depresión, ansiedad y psicóticos](#). *Journal of Behavior, Health & Social Issues*, 5(1), 85-95 [DOI: 10.5460/jbhsi.v5.1.38728].
- Pérez-Fuentes, M.C., Molero-Jurado, M.M., Gázquez-Linares, J.J. y Simón-Márquez, M.M. (2019). [Analysis of Burnout Predictors in Nursing: Risk and Protective Psychological Factors](#). *The European Journal of Psychology Applied to Legal Context*, 11(1), 33-40 [DOI: 10.5093/ejpalce2018a13].
- Pérez-Fuentes, M.C., Molero Jurado, M.M., Mercader Rubio, I., Soriano Sánchez, J.G. y Gázquez Linares, J. J. (2020). [Mindfulness for Preventing Psychosocial Risks in the Workplace: A Systematic Review and Meta-Analysis](#). *Applied Sciences*, 10, 1851 [DOI: 10.3390/app10051851].
- Pérez-Fuentes, M. C., Simón-Márquez, M. M., Molero-Jurado, M. M., Barragán-Martín, A. B., Martos-Martínez, A. y Gázquez-Linares, J. J. (2018). [Inteligencia emocional y empatía como predictores de la autoeficacia en Técnicos en Cuidados Auxiliares de Enfermería](#). *Revista Iberoamericana de Psicología y Salud*, 9(2), 75-83 [DOI: 10.23923/j.rips.2018.02.016].
- Quiliano, M. y Quiliano, M. (2020). [Inteligencia emocional y estrés académico en estudiantes de Enfermería](#). *Ciencia y Enfermería*, 26, 3 [DOI: 10.4067/s0717-95532020000100203].
- Rocha Sánchez, T.E. y Ramírez de Garay, R.M. (2011). [Identidades de género bajo una perspectiva multifactorial: elementos que delimitan la percepción de autoeficacia en hombres y mujeres](#). *Acta de Investigación Psicológica*, 1(3), 454-472 [DOI: 10.22201/FPSI.20074719E.2011.3.200].
- Sanjuán, P. y Ávila, M. (2016). [Afrontamiento y motivación como predictores del bienestar subjetivo y psicológico](#). *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 21(1), 1-10 [DOI: https://doi.org/10.5944/rppc.vol.21.num.1.2016.15401].
- Sicilia, P. y Martínez, M. (2010). [Autoeficacia profesional y estrés laboral percibido: el papel de la formación en la percepción de autoeficacia para afrontar el estrés en la organización](#). *Revista de Gestión Pública y Privada*, 15, 103-119.
- Simón, M.M., Molero, M.M., Pérez-Fuentes, M.C., Gázquez, J.J., Barragán, A.B. y Martos, A. (2017). [Análisis de la relación existente entre el apoyo social percibido, la autoestima global y la autoeficacia general](#). *European Journal of Health Research*, 3(2), 137-149 [DOI: 10.30552/ejhr.v3i2.71].
- Soriano, J.G., Pérez-Fuentes, M.C., Molero, M.M., Tortosa, B.M. y González, A. (2019). [Beneficios de las intervenciones psicológicas en relación al estrés y ansiedad: Revisión sistemática y meta-análisis](#). *European Journal of Education and Psychology*, 2(2), 191-206. doi:10.30552/ejep.v12i2.283
- Strosahl, K.D., Robinson, P.J. y Gustavsson, T. (2012). *Brief interventions for radical change: Principles and practice of focused Acceptance and Commitment Therapy*. New Harbinger Publications.
- Wang, X., Zhang, L., Lin, Y., Zhao, Y. y Hu, X. (2016). Computational models and optimal control strategies for emotion contagion in the human population in emergencies. *Knowledge-Based Systems*, 109, 35-47 [DOI: 10.1016/j.knosys.2016.06.022].
- Zubieta, E., Fernández, O. y Sosa, F. (2012). [Bienestar, valores y variables asociadas](#). *Boletín de Psicología*, 106, 7-27.