

COVID-19 y estigma por asociación en profesionales socio-sanitarios

Francisco Javier SAAVEDRA-MACÍAS

Samuel ARIAS-SÁNCHEZ

Universidad de Sevilla (España)

Francisco José RANGEL-ALCUDIA

Servicio Andaluz de Salud, Sevilla (España)

Lara MURVARTIAN

Universidad de Sevilla (España)

Resumen

El estigma conlleva el riesgo de sufrir marginación junto con consecuencias negativas para la salud. El estigma por asociación lo sufren los profesionales que trabajan con grupos de personas señaladas y que se consideran un riesgo para la población. En este trabajo exploramos el estigma recibido (ER), la salud psicológica y la imagen profesional de una muestra de 233 profesionales socio-sanitarios durante el estado de alerta por COVID-19. Se utilizó un cuestionario diseñado *ad hoc* y el *Clinical Outcomes in Routine Evaluation - Outcome Measure (CORE-OM)* que fueron cumplimentados on-line. Se halló un nivel de ER bajo y una asociación significativa entre el ER y la salud. Hasta un 30% de la muestra estaría en riesgo de sufrir problemas psicopatológicos y el 24% afirmó que su imagen profesional tras la crisis había cambiado. Estos resultados exigen que las autoridades sanitarias planifiquen un plan de atención de salud mental para profesionales sociales y sanitarios.

Abstract

Stigma carries the risk of marginalization along with negative health consequences. Stigma by association affects to professionals who work with groups of people who are considered a risk to the population. In this work we explore the stigma received (SR), the psychological health and the professional image of a sample of 233 social-health professionals during the alert state for COVID-19. An *ad hoc* designed questionnaire and the Clinical Outcomes in Routine Evaluation - Outcome Measure (CORE-OM) were completed on-line. A low ER level and a significant association between ER and health were found. Up to 30% of the sample would be at risk of suffering psychopathological problems and 24% affirmed that their professional image after the crisis had changed. These results require health authorities to plan a mental health care protocol for health and social professionals.

El estigma es un fenómeno social ampliamente estudiado por las ciencias sociales y de la salud (Goffman, 1963; Pescolido y Martin, 2015). El estigma implica el etiquetado de una persona o grupo de personas y la atribución estereotipada de una serie de características cargadas de una valencia afectiva negativa. Todo ello puede derivar en conductas discriminatorias hacia la persona o el grupo estigmatizado. La interiorización del estigma está asociada negativamente a numerosas variables de salud y dificulta el disfrute de derechos sociales (consecución de empleo, vivienda, etc.) (Livingston y Boyd, 2010).

Dentro de la teoría sobre el estigma podemos encontrar diversos subtipos. Los más importantes son el estigma público, los estereotipos, prejuicios y conductas discriminatorias por parte de la sociedad hacia determinados grupos; el auto-estigma, la interiorización y aceptación de esos prejuicios por las personas afectadas; el estigma estructural, discriminación existente en normas, leyes u organizaciones a nivel público o privado hacia grupos determinados; y, por último, el estigma por asociación. Goffman (1963) acuñó el término *courtesy stigma*, traducido al español normalmente por estigma por asociación,

Dirección de los autores: Departamento de Psicología Experimental, Facultad de Psicología, c/ Camilo José Cela, s/n. 41018 Sevilla. *Correo electrónico:* fjsaavedra@us.es, samuel@us.es, lmurvartian@us.es

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

para describir el estigma sufrido por cercanía a grupos o personas estigmatizadas en primera instancia, por ejemplo, familiares o profesionales de algunos tipos de pacientes (Pescosolido y Martín, 2015).

Probablemente haya sido el estigma asociado a las personas con trastornos mentales graves (TMG) el más estudiado (Corrigan, 2004; López, Saavedra, Laviana y López, 2012; Pescosolido, 2013). Dentro de los modelos de estigma público hacia las personas con TMG encontramos los modelos de responsabilidad y de peligrosidad. Muy resumidamente, en el primero se afirma que la atribución de peligrosidad e impredecibilidad, y las emociones y conductas relacionadas con éstas, constituyen el núcleo del estigma público. En el segundo modelo se postula que la atribución de responsabilidad a las personas con TMG por su enfermedad, su culpabilización, determina las actitudes de coerción y discriminación que sufren estas personas (Corrigan, Markowitz, Watson, Rowan y Kubiak, 2003). De acuerdo con las investigaciones existentes, el primer modelo parece ser más robusto, aunque no son incompatibles (Saavedra, Arias-Sánchez, Corrigan y López, 2020).

Existen numerosos estudios relacionados con el estigma sufrido por personas diagnosticadas con otras enfermedades como cáncer o SIDA. Tampoco podemos olvidar los estudios sobre los procesos estigmatizadores hacia grupos étnicos o hacia grupos con orientaciones sexuales determinadas. Sin embargo, los trabajos relacionados con el estigma asociado a distintos profesionales sanitarios son mucho más escasos. Normalmente, estos profesionales son estudiados como portadores de actitudes estigmatizadoras y no tanto como víctimas de éstas. Una excepción es el trabajo en que se analizaron las experiencias de profesionales sanitarios que lucharon contra el virus del ébola en África a su regreso al Reino Unido. Los participantes describieron actitudes hostiles de la población y los autores atribuyeron un papel esencial a la representación de la enfermedad en los medios de comunicación en el aumento del estigma sobre los profesionales (Gee y Skovdal, 2018).

En relación con la representación en los medios de la enfermedad y de las tareas de los profesionales, en pleno confinamiento por el COVID-19 numerosas noticias aparecieron denunciando conductas discriminatorias de caseros y vecinos contra sanitarios debido a su condición. Por ejemplo, algunos titulares fueron: «La policía perseguirá como delito de odio los mensajes contra trabajadores expuestos al coronavirus» (RTVE, 14/04/2020); «CCOO denuncia la discriminación al personal sanitario por caseros y vecinos: “Es incomprensible”» (EFE, publicado por *El Confidencial*, 15/04/2020); «Los sanitarios indignados por los ataques: “No cabe mayor desprecio hacia quienes se están jugando la vida”» (Lucio, 2020) (*El Mundo*, 15/04/2020); «La policía avisa que enviar anónimos o acosar a sanitarios o cajeros es un “delito de odio perseguible”» (*La Vanguardia*, 15/04/2020). De esta forma, la profesión médica, que para

Rodríguez (1987) ha sido históricamente considerada el tipo ideal de profesión, adquiere un carácter potencialmente contagioso, peligroso y que se prefiere evitar.

Se denomina trabajos sucios a aquellas tareas profesionales que socialmente se considera que están contaminadas “física, social o moralmente” (Hughes, 1962). Por lo tanto, es evidente que estas profesiones son mucho más vulnerables a sufrir estigma por asociación. Un aspecto interesante de los estudios basados en este concepto es que el prestigio de la tarea profesional y el grado de contaminación que se le atribuye socialmente son relativamente independientes, de forma que: “Aunque la gente pueda aplaudir algunos *trabajos sucios* como nobles, generalmente permanecen psicológica y conductualmente distanciados de esos trabajos y de aquellos que los que los llevan a cabo...” (Asforth y Kreiner, 1999, p. 416). Cabría preguntarse si en el marco de la etapa crítica de una pandemia las tareas socio-sanitarias podrían categorizarse como “trabajos sucios” en términos sociológicos y, por tanto, que estos profesionales sean estigmatizados más fácilmente. Si fuera así, en esta lógica podríamos esperar que los profesionales de la salud tuvieran que reelaborar su identidad profesional.

Por todos estos motivos, el primer objetivo de nuestro trabajo fue explorar el estigma recibido (ER), conductas abiertas de rechazo o devaluación experimentadas en interacciones negativas (Pescosolido y Martín, 2015) la peligrosidad percibida (PP), grado en que los profesionales perciben que son un riesgo para familiares y población en general, y la salud mental de una muestra de profesionales del ámbito socio-sanitario en activo durante el primer estado de alerta. Nuestro segundo objetivo consistió en analizar cómo se asocian esas variables entre sí y con el tipo de profesional, tipo de servicios y otras variables sociodemográficas. En tercer lugar, exploramos hasta qué punto los acontecimientos vividos por estos profesionales durante el estado de alarma han supuesto un cambio en su identidad profesional.

Método

Participantes

La muestra estuvo compuesta por un total de 240 participantes y, tras la eliminación de aquellos que no eran profesionales sanitarios en activo, se consideraron 233 respuestas válidas. De estos, 177 (76%) eran mujeres, trabajaban en hospitales (50'6%) o en centros de atención primaria (25'3%), principalmente en los ámbitos de enfermería (45'1%), medicina (27%) o cuidados auxiliares de Enfermería (TCAE) (14'6%), y contaban con una experiencia media de 22'78 años de experiencia profesional. El 89'7% de los participantes trabajaban en la provincia de Sevilla, el 5'6% en el resto de Andalucía, y el 4'5% en otras provincias españolas. En la tabla 1 se recogen en detalle estos y otros

estadísticos relevantes. Todos ellos respondieron a un cuestionario auto-administrado disponible en una plataforma virtual sin recibir compensación alguna por su voluntaria y anónima participación.

Instrumentos

El instrumento empleado, además de recoger la principal información sociodemográfica descrita anteriormente y explicar los objetivos de la investigación, estuvo compuesto por varias preguntas relacionadas con el contacto con pacientes sospechosos de COVID-19, con la peligrosidad y el estigma que percibían, así como con su estado general de salud mental.

Basándonos en el modelo de peligrosidad definido anteriormente y utilizando preguntas tipo Likert de 0 a 9, el estigma recibido (ER) fue una medida de nueva creación desarrollada a partir de 4 ítems tales como: ¿Con qué frecuencia ha notado en otras personas que conocen su condición de profesional del ámbito sanitario nerviosismo o ansiedad al interactuar con usted?; ¿Se ha sentido usted, o su familia, discriminado de alguna forma por el hecho de ser profesional del ámbito de la salud durante la alarma por el COVID-19?. La medida presentó un alfa de Cronbach de 0'80. De la misma forma, la peligrosidad percibida (PP) fue calculada a través de la combinación de 3 ítems tales como ¿en qué grado considera que usted supone un riesgo de contagio de COVID-19 para su familia? y presentó un nivel de alfa de 0'71. Con estos indicadores, podemos confiar en la fiabilidad del cuestionario (Cronbach, 1951) que está a disposición de los lectores interesados tras petición a los autores del trabajo.

El estado general de salud mental se exploró con la adaptación española del cuestionario CORE-OM (*Clinical Outcomes in Routine Evaluation - Outcome Measure*) (Feixas i Viaplana, Evans, Trujillo *et al.*, 2012) que consiste en 34 preguntas en una escala Likert de cinco opciones indicando siempre a mayor puntuación, peor salud. Los resultados presentaron niveles de fiabilidad adecuados para las tres primeras sub-escalas que lo componen: C1 (Bienestar = 0'71), C2 (Sintomatología = 0'87), C3 (Funcionalidad = 0'81), y C4 (Riesgo = 0'44). La escasa validez interna del último factor coincidió con las características psicométricas del mismo presente en la literatura (Trujillo, Feixas, Bados *et al.*, 2016). Este instrumento fue creado por el *Core System Group* (Evans, Connell, Barkham *et al.*, 1998) como uno de los componentes de la batería de evaluación de los servicios de asistencia psicológicos públicos en Inglaterra. Es uno de los cuestionarios breves más usados en los servicios públicos británicos para evaluar la salud mental (Feixas i Viaplana *et al.*, 2012).

Finalmente, se incluyeron también tres preguntas en las que se les pedía describir en qué habían consistido las situaciones de discriminación que habían vivido, la forma en que creían que la sociedad había cambiado respecto a los sanitarios y cómo creían ellos mismos haber cambiado, si se daba el caso.

Procedimiento

El muestreo fue realizado por el método de bola de nieve a partir de los contactos personales de los investigadores con profesionales sanitarios a quienes se invitaba a participar enviando un enlace con el cuestionario que describiremos a continuación y solicitándoles a su vez que lo difundieran entre sus conocidos que trabajasen en ámbitos sanitarios. Por ello, podemos considerar el muestreo de conveniencia, y hubo que filtrar cada una de las respuestas obtenidas de cara a confirmar que cumplían con los criterios de inclusión planteados. Por lo tanto, nuestro estudio presenta un diseño transeccional correlacional.

Es de destacar que la recogida de datos se realizó durante la penúltima semana de abril y la primera de mayo de 2020 en España, cuando el país entero estaba en estado de alarma y confinado en sus domicilios salvo casos excepcionales (como el trabajo de personal sanitario) debido a la pandemia originada por el coronavirus.

Respecto al análisis temático, se obtuvo un sistema de categorías y la frecuencia de aparición de éstas. Dos investigadores analizaron las respuestas por separado y solo se incluyeron en los resultados las categorías en las que hubo acuerdo.

Diseño

Se utilizó una prueba de Chi-cuadrado para hallar las diferencias entre el número de hombres y mujeres que superaban el punto de corte en la puntuación total de CORE-OM (Trujillo *et al.*, 2016). Debido a que las distribuciones de las puntuaciones no disfrutaban de normalidad y homocedasticidad se decidió utilizar pruebas no paramétricas para analizar la asociación entre las variables. En primer lugar, se realizaron los contrastes no paramétricos de U de Mann-Whitney para todas las variables dicotómicas: sexo, tipo población, cambio imagen personal, cambio imagen social y sospecha de contacto COVID-19, cuyos estadísticos se incluyen en la tabla 2. En segundo lugar, se contrastaron las hipótesis que relacionaban variables multicondicionales, la profesión y el tipo de servicio, con ER, PP y salud mental (CORE-OM) utilizando la prueba no paramétrica de Kruskal-Wallis. Finalmente, tal como se refleja en la tabla 3, se correlacionaron entre sí todas las variables cuantitativas consideradas mediante la correlación de Spearman. En cada contraste se ofrece una medida de tamaño de efecto para complementar la prueba de significación estadística (Kline, 2013). Para el estudio de las respuestas a las tres preguntas de carácter cualitativo se llevó a cabo un análisis temático.

Resultados

Los resultados descriptivos para las medidas de Estigma Recibido (ER), Peligrosidad Percibida (PP) y subescalas de

CORE-OM en función de las variables predictoras consideradas se recogen en la tabla 1. Posteriormente se describen todos los contrastes significativos hallados entre las variables dependientes (en columnas) para cada una de las variables independientes consideradas (en filas). Por último, se sintetizan las respuestas cualitativas de los participantes a las preguntas sobre el tipo de discriminación recibida (en el caso de que la hubieran recibido) y sobre su imagen profesional.

En primer lugar, se calculó el porcentaje de hombres y mujeres que superaron el punto de corte entre la muestra comunitaria y la considerada como clínica para la puntuación total de CORE-OM de acuerdo con la muestra de referencia española. La relación entre género y puntuación fue estadísticamente significativa con un tamaño de efecto medio, $\chi^2_{(1,233)} = 3'79, p = 0'05, V = 0'128$. Las mujeres se encontraron significativamente en mayor proporción

Tabla 1. Resultados descriptivos de la escala CORE y las puntuaciones en Estigma Recibido (ER) y Peligrosidad Percibida (PP) para las principales variables independientes.

	N	ER Media (dt)	PP Media (dt)	CORE Media (dt)				
				C1	C2	C3	C4	
Sexo	Mujer	177	2.64 (2.24)	6.12 (2.00)	1.37 (0.67)	1.28 (0.63)	0.83 (0.49)	0.09 (0.18)
	Hombre	56	2.86 (2.10)	6.08 (1.91)	1.09 (0.60)	1.04 (0.55)	0.74 (0.43)	0.11 (0.20)
Tipo población	Urbano	190	2.72 (2.21)	6.08 (2)	1.32 (0.63)	1.23 (0.6)	0.83 (0.46)	0.09 (0.16)
	Rural	43	2.59 (2.17)	6.24 (1.88)	1.20 (0.78)	1.18 (0.72)	0.83 (0.54)	0.14 (0.26)
Cambio imagen personal	No	176	2.57 (2.18)	6.11 (1.98)	1.25 (0.678)	1.17 (0.60)	0.77 (0.45)	0.09 (0.19)
	Sí	57	3.07 (2.24)	6.16 (1.95)	1.47 (0.61)	1.37 (0.63)	0.92 (0.53)	0.10 (0.19)
Cambio imagen social	No	48	2.57 (2.22)	5.87 (1.90)	1.25 (0.72)	1.16 (0.64)	0.78 (0.45)	0.09 (0.16)
	Sí	185	2.72 (2.20)	6.17 (1.98)	1.32 (0.65)	1.23 (0.61)	0.82 (0.48)	0.10 (0.19)
Sospecha contacto	No	36	1.70 (2.04)	5.59 (2.32)	1.13 (0.67)	1.01 (0.63)	0.72 (0.44)	0.60 (0.13)
	Sí	197	2.87 (2.19)	6.20 (1.89)	1.33 (0.66)	1.26 (0.62)	0.81 (0.47)	0.10 (0.18)
Profesión	Enfermería	105	2.63 (2.17)	6.41 (1.95)	1.29 (0.69)	1.19 (0.63)	0.78 (0.48)	0.09 (0.19)
	Medicina	63	2.74 (2.17)	5.92 (1.71)	1.27 (0.54)	1.13 (0.51)	0.80 (.45)	0.10 (0.16)
	TCAE	34	2.94 (2.51)	6.12 (2.10)	1.39 (0.70)	1.36 (0.67)	0.85 (0.49)	0.10 (0.16)
	Otros Sanitarios	11	1.81 (1.89)	4.90 (2.59)	1.47 (1.03)	1.34 (0.85)	0.93 (0.52)	0.12 (0.16)
	Profesionales no sanitarios	20	2.93 (2.12)	5.73 (2.03)	1.22 (0.60)	1.33 (0.63)	0.83 (0.50)	0.08 (0.18)
Servicio	Hospitalización	139	2.97 (2.31)	6.23 (1.95)	1.37 (0.65)	1.26 (0.62)	0.85 (0.48)	0.08 (0.16)
	Atención primaria	57	1.97 (1.90)	5.94 (1.94)	1.114 (0.69)	1.06 (0.62)	0.70 (0.42)	0.10 (0.22)
	Urgencias/UCI	27	2.79 (2.06)	5.76 (2.00)	1.240 (0.59)	1.18 (0.52)	0.82 (0.53)	0.15 (0.22)
	Atención Social	10	2.67 (2.04)	6.36 (2.41)	1.6 (0.76)	1.60 (0.57)	0.93 (0.47)	0.15 (0.27)

(33'3%) por encima del punto de corte que los hombres (19'6%). Por otra parte, no se obtuvieron diferencias estadísticamente significativas entre el género y las puntuaciones en PP y ER.

Como se puede observar en la tabla 2, se encontraron diferencias estadísticamente significativas para un nivel de confianza del 95% en seis comparaciones mediante la U de Mann-Whitney. Se observó una diferencia significativa entre hombres y mujeres en las dos primeras subescalas de CORE-OM. Tanto en C1 (*Mdn* = 1'00) como en C2 (*Mdn* = 1'00) la puntuación de los hombres fue significativamente inferior a la de las mujeres (en C1, *Mdn* = 1'25; C2, *Mdn* = 1'25). De forma similar, en C1 (*Mdn* = 1'25) como en C2 (*Mdn* = 1'17) la puntuación de quienes no habían experimentado un cambio en su imagen profesional fue significativamente inferior a la de quienes afirmaron haberlo experimentado (en C1, *Mdn* = 1'47; C2, *Mdn* = 1'37). También se pudo comprobar que quienes habían afirmado haber estado en contacto con casos sospechosos de COVID-19 puntuaron más en ER (*Mdn* = 1'70) y en C1 (*Mdn* = 1'34) que quienes no habían tenido dicho contacto (ER, *Mdn* = 2'88; C1, *Mdn* = 1'13).

La profesión influyó significativamente en la puntuación de PP mediante la prueba de Kruskal-Wallis, $H_{(5)} =$

7'8, $p = 0'009$, $\epsilon^2 = 0'033$. Los profesionales de enfermería obtuvieron la mayor puntuación en PP, seguido de los TCAE. También se observó que el tipo de servicio afectaba significativamente a la puntuación en la sub-escala C2, $H_{(4)} = 8'7$, $p = 0'033$, $\epsilon^2 = 0'038$ y a la puntuación en ER $H_{(4)} = 7'7$, $p = 0'049$, $\epsilon^2 = 0'033$. Respecto a la subescala C2, los empleados en servicios de hospitalización seguidos de los de atención social fueron los que obtuvieron puntuaciones más altas, indicando más sintomatología. En relación con el ER, el servicio de hospitalización seguido de los de Urgencia/UCI fueron los que mostraron más estigma. Se realizó la prueba *post-hoc* de Mann-Whitney utilizando un nivel de alfa según el ajuste de Bonferroni para comparar todas las parejas dentro de estas variables. No se obtuvieron diferencias significativas en el caso de la variable tipo de profesión, ni en la sub-escala C2 para el tipo de servicio. No obstante, sí fue estadísticamente diferente la puntuación en ER entre quienes trabajan en hospital (*Mdn* = 2'87) y quienes trabajan en atención primaria (*Mdn* = 1'95), $U = 2654$, $z = -2'76$, $p = 0'006$, $r = 0'197$, presentando más ER los primeros que los segundos.

Como se puede observar en la tabla 3, aparte de la evidente correlación entre edad y años de experiencia, podemos destacar que todas las correlaciones entre las sub-escalas de

Tabla 2. Contrastes U de Mann-Whitney para variables dicotómicas (U: Estadístico U de Mann Whitney; r = tamaño de efecto. * $p < 0.05$; ** $p < 0.01$).

	Estigma Recib.		Peligrosidad Percib.		C1 Bienestar		C2 Síntomas		C3 Funcional		C4 Gravedad	
	U (z)	p (r)	U (z)	p (r)	U (z)	p (r)	U (z)	p (r)	U (z)	n (r)	U (z)	n (r)
Sexo	4642 (-0.70)	0.48	4847 (-0.30)	0.76	3776 (-2.70)	0.007** (0.16)	3996 (-2.28)	0.024* (0.15)	4436 (-1.18)	0.23	4665 (-0.78)	0.43
Tipo de población	3924 (-0.40)	0.67	3938 (-0.34)	0.74	3686 (-1)	0.31	3794 (-0.73)	0.46	4069 (-0.04)	0.96	3898 (-0.57)	-0.56
Cambio imagen personal	4356 (-1.5)	0.12	4966 (-0.05)	0.95	4056 (-2.18)	0.029* (0.14)	4163 (-1.93)	0.05* (0.12)	4220 (-1.18)	0.07	4854 (-0.52)	0.59
Cambio imagen social	4346 (-0.22)	0.82	3980 (-1.1)	0.26	4156 (-0.68)	0.49	4213 (-0.54)	0.58	4292 (-0.35)	0.72	4386 (-0.16)	0.87
Sospecha contacto	3037 (-3.15)	0.02*	3037 (-1.37)	0.17	2945 (-1.62)	0.10	2756 (-2.12)	0.034* (0.14)	3106 (-1.18)	0.23	3100 (-1.47)	0.14

Tabla 3. Correlaciones de Spearman variables cuantitativas (entre paréntesis, el valor de p).

	Años de experiencia	CORE 1	CORE 2	CORE 3	CORE 4	Estigma recibido	Peligrosidad percibida
Edad	0.847** (0.000)	-0.105 (0.112)	-0.023 (0.732)	-0.055 (0.400)	0.002 (0.978)	-0.155* (0.018)	-0.039 (0.551)
Años exp.	1	-0.087 (0.190)	-0.046 (0.488)	-0.043 (0.520)	0.037 (0.575)	-0.183* (0.005)	-0.018 (0.786)
CORE 1		1	0.768** (0.000)	0.768** (0.000)	0.326** (0.000)	0.200* (0.002)	0.067 (0.308)
CORE 2			1	0.797** (0.000)	0.396** (0.000)	0.272** (0.000)	0.160* (0.015)
CORE 3				1	0.428** (0.000)	0.245** (0.000)	0.096 (0.143)
CORE 4					1	0.051 (0.437)	-0.050 (0.444)
Estigma recibido						1	0.408** (0.000)

CORE-OM fueron significativas y altas salvo en el caso de C4 que fueron medias. También se observó una correlación positiva significativa y de tamaño medio entre el ER y las sub-escalas C1, C2 y C3. Finalmente, cabe destacar que la PP también correlacionó de forma significativa, aunque baja, con C2, y de forma moderada con el ER.

Por último, se analizaron las respuestas cualitativas a las tres preguntas abiertas utilizando un sistema de categorías elaborado a partir de las propias respuestas de los participantes que se resume en la tabla 4. Tan solo 30 de los 55 (23'6%) participantes que refirieron algún grado de discriminación las describieron. Estas descripciones oscilaron entre las más graves que mencionaron insultos, pasando por el rechazo por parte de algunas personas, hasta el mero distanciamiento.

Del total de participantes, 185 (79'39%) indicaron que pensaban que la sociedad había cambiado la idea que se tenía de los profesionales sanitarios y 177 indicaron en qué sentido. De las respuestas a esta pregunta se encontró que el 90'9% explicitó que ahora se tenía mejor imagen de ellos, algunos indicando que eran considerados héroes y que se valoraba más el riesgo que asumían y su trabajo cotidiano. No obstante, el 9'1% mencionó que la imagen de la sociedad era ambivalente. En concreto, dieciséis profesionales vaticinaron que, por ejemplo, aunque en ese momento coyunturalmente la opinión pública tenía buena imagen de ellos, pasada esta situación de emergencia que podría ser considerada una fase, volverían a ser olvidados.

Finalmente, de los 57 participantes (24'4%) que afirmaron que su imagen de sí mismo como profesionales

había cambiado, 51 de ellos nos explicaron en qué sentido. Entre estos casos se observaron respuestas con un carácter emocional negativo relativas a vivir su profesión con más miedo o sensación de estar desamparados (29'4%), de forma más neutra algunos participantes indicaron que afectaba al trabajo en equipo o se mencionó haber cambiado sin más, aunque la mayoría mencionó haber mejorado de una forma u otra. En concreto, las categorías más destacadas tuvieron que ver con el orgullo de desempeñar su profesión (39'21%), de haber desarrollado habilidades nuevas (13'72%) y de haber descubierto facetas de sí mismos que se han requerido en esta situación tan excepcional (17'64%).

Discusión

El primer resultado que queremos resaltar es que el estigma recibido (ER) por los participantes en la investigación puede considerarse bajo. La gran mayoría de los participantes afirman no haber recibido conductas discriminatorias y aquellas referidas son leves. Por lo tanto, no se puede confirmar la existencia de un estigma por asociación relevante en nuestra muestra. Los profesionales sanitarios se encuentran muy lejos de poder ser incluidos en la categoría de *dirty workers*, a pesar de algunos titulares periodísticos. Sin embargo, estos profesionales sí perciben que pueden resultar peligrosos, especialmente para su familia, y, en menor medida, para otras personas.

Las diferencias significativas halladas entre el servicio de hospitalización y atención primaria concuerdan con la

Tabla 4. Categorías de respuesta a las tres preguntas de desarrollo, sus frecuencias de aparición (f) y ejemplos.

Pregunta	Categorías	f	Ejemplos
Discriminación	Insultos	2	<i>Insultos en el supermercado.</i>
	Rechazo	14	<i>Me dijeron que lo mismo tendrían que construir un muro entre mi vivienda y la de un vecino.</i>
	Miedo	4	<i>Una vecina que refiere que su vida corre peligro.</i>
	Distanciamiento	10	<i>Que los vecinos se alejen hasta otro extremo de la calle al verme pasar.</i>
Imagen social	Aumenta la valoración	98	<i>Mayor apreciación por el trabajo que realizamos.</i>
	Visibilidad e importancia	31	<i>Existimos para la población general, no solo para los pacientes y su familia.</i>
	Son héroes	22	<i>Nos consideran héroes.</i>
	Riesgo profesional	10	<i>La población ha tomado conciencia del riesgo que corremos al estar en primera línea.</i>
	Ambivalente	10	<i>Para unos héroes, y para otros parias.</i>
	Fase condicional	22	<i>Ahora nos consideran muy útiles para su salud, pero pronto lo olvidarán.</i>
Imagen personal	Negativas	15	<i>Vulnerable, sin amparo por parte del sistema.</i>
	Habilidades profesionales	7	<i>Soy algo más resolutiva. Me centro más en buscar soluciones y no a darle vueltas a los mismos problemas.</i>
	Autoestima profesional	20	<i>Me siento más orgullosa de ser sanitario.</i>
	Crecimiento personal	9	<i>No sabía que tenía tanta templeza, la he descubierto ahora.</i>

carga de trabajo de los profesionales de los hospitales en la cúspide de la primera ola epidémica cuando se recogieron estos datos. Entre el final del verano y el final del otoño de 2020 estos resultados podrían haber cambiado al asumir mayor protagonismo los servicios de atención primaria tras la primera ola epidémica.

De nuevo, los profesionales de hospitalización mostraron más síntomas de depresión y de ansiedad. De hecho, un dato revelador es que el 30% de todos los participantes supera la puntuación de corte entre la población comunitaria y la clínica indicada por los resultados de la validación española (Trujillo *et al.*, 2016), advirtiendo de profesionales en claro riesgo de sufrir trastornos psicopatológicos, especialmente las mujeres, cuya población de riesgo es del 33'3%. Siguiendo con el estado de salud mental de nuestra muestra, los peores resultados de las mujeres en el CORE-OM corroboran la mayor prevalencia de síntomas depresivos y ansiosos de las mujeres recogida en la literatura (Alonso, Angermeyer, Bernert *et al.*, 2004; Trujillo *et al.*, 2016). El número reducido de profesionales de servicios socio-sanitarios como residencias que ha cumplimentado los cuestionarios no ha permitido hallar contrastes estadísticos significativos, no obstante, hay que remarcar que a nivel descriptivo estos profesionales arrojan datos de ER y CORE-OM muy negativos.

Como es esperable, existe una correlación positiva significativa, aunque con un tamaño de efecto pequeño-medio, entre el ER y los factores 1, 2 y 3 del CORE-OM. A mayor ER más puntuación en el CORE-OM, lo que indica menos bienestar subjetivo, más síntomas y menos funcionalidad. En este sentido, múltiples investigaciones han encontrado que el estigma anticipado y las personas con identidades estigmatizadas sufren mayor distrés psicológico (Quinn y Earnshaw, 2013).

Las experiencias negativas, como las acontecidas durante la crisis del COVID-19, muchas de ellas de carácter traumático, forman parte esencial de la identidad profesional de los sanitarios (Arias-Sanchez, Saavedra, Santamaría y Smorti, 2021). En cuanto a nuestra muestra, el 79'39% de los participantes consideran que se ha producido un cambio en la valoración social de estos profesionales, aunque muchos de ellos son escépticos en cuanto a la prolongación en el tiempo de esta valoración positiva. El porcentaje se reduce al 24'4% cuando preguntamos por el cambio en la imagen personal de los participantes como profesionales. Este porcentaje, no obstante, no es despreciable.

En medio del estrés producido por un virus en gran parte desconocido, la sociedad ha devuelto a los profesionales sanitarios, y también a aquellos no sanitarios empleados en el ámbito de la salud (conserjes, administrativos, cuidadores, monitores), una imagen paradójica. Por una parte, la imagen de héroes, casi mártires, que se sacrifican por la ciudadanía. Por otro lado, se les ha dibujado, a veces, como elementos portadores del peligro para familias, amigos

o personas que viven en su proximidad. Imagen que en parte ha sido interiorizada por los propios profesionales, como se puede observar en la puntuación de peligrosidad percibida. Gestionar estos mensajes paradójicos en medio de ocupaciones profesionales tan exigentes y elaborar la identidad profesional son tareas que requieren numerosos recursos. Todo ello hace pensar que la salud mental de estos profesionales se está viendo especialmente afectada en los últimos meses. Por ello, es entendible que aquellos que afirman que su imagen profesional ha cambiado presentan significativamente menos bienestar subjetivo (CORE-OM 1) y más síntomas de ansiedad y depresión (CORE-OM 2), a pesar de que reconozcan que ha aumentado su autoestima o que han crecido personalmente.

En nuestra opinión, los profesionales de los servicios sociales, muchos de ellos monitores, cuidadores, auxiliares en residencias o casas hogares merecen mucha atención y pueden estar en riesgo de sufrir comportamientos discriminatorios, aunque a este respecto investigaciones más específicas son necesarias ya que nuestra muestra es insuficiente. En el marco de una aproximación desde la interseccionalidad (Hancock, 2007) o de la discriminación múltiple (Valles Martínez, Cea D'Ancona, y Domínguez-Alegría, 2017), es esencial profundizar en el estigma asociado de las cuidadoras no profesionales empleadas de hogar, población a la cual no hemos podido acceder. Muchas de ellas son inmigrantes y no han podido acceder a un mercado laboral legalizado lo cual las sitúa en un estado de máxima vulnerabilidad en un contexto en el cual la mercantilización de los cuidados dentro de la economía sumergida está creciendo en algunas autonomías (Martínez-Buján, 2014). Estos grupos de cuidadores no disfrutaban del estatus simbólico de los profesionales sanitarios, en general no se ha salido a los balcones y ventanas a aplaudir pensando en ellos, y, sin embargo, su carga de trabajo es muy alta, sufriendo de mayor riesgo de padecer trastornos psicológicos (Saavedra, Murvartian y Vallecillo, 2020). Partiendo de esta situación, estos grupos sí corren el riesgo en convertirse en lo que la literatura ha denominado *dirty workers* (Asforth y Kreiner, 1999).

El carácter de conveniencia de la muestra es una importante limitación. Ésta no es representativa de la totalidad de los profesionales, ni siquiera en la provincia de Sevilla. Por otra parte, el número de profesionales del ámbito social (residencias, casas hogares o de acogida, etc.) es muy pequeño, por lo cual los resultados hay que tomarlos con mucha precaución. No obstante, queremos resaltar que los datos se recogieron en un periodo de tiempo muy determinado, durante el primer estado de alerta. Por lo tanto, consideramos son válidos para describir las experiencias y la situación psicosocial de la muestra en ese preciso momento. Hasta donde llega nuestro conocimiento, es el primer estudio con estos objetivos que se ha realizado durante el primer estado de alerta por COVID-19.

En conclusión, aunque el 21.8% de los participantes ha referido algún grado de discriminación, no hemos podido confirmar la existencia de estigma por asociación en los profesionales de la salud en nuestra muestra que refleje la gravedad de las noticias emitidas por los medios de comunicación. No obstante, nuestros resultados sí revelan una asociación significativa entre estigma y peor salud mental. Un 30% de la muestra estaría en riesgo de problemas psicopatológicos. Además, una gran mayoría de los encuestados afirman que la imagen social de su profesión ha mejorado y un 21'88% declara que la imagen de sí mismo cómo profesional ha cambiado. Encontramos que hay diferencias importantes entre los servicios en cuanto a estigma recibido y sintomatología que podría variar dependiendo de la fase de la epidemia y el protagonismo de estos servicios. Todo ello hace pensar, que una parte significativa de profesionales socio-sanitarios se han visto impelidos a elaborar su identidad profesional durante el estado de alerta por Covid-19.

Indudablemente la pandemia por Covid-19 de la que hemos sido testigos en el año 2020 ha sido un punto de inflexión decisivo en múltiples aspectos. Para muchas personas ha podido cambiar el orden de prioridades, otorgando a la salud y a los profesionales sanitarios atención diaria y constante en portadas y balcones que ha tenido múltiples implicaciones. Unos han visto reforzadas sus convicciones, motivaciones y vocación, pero también otros han sido testigos de comportamientos discriminatorios que les han hecho replantearse su empleo y papel en la sociedad. Independientemente del grado de estigma recibido, para una parte importante de profesionales esta pandemia ha sido un antes y un después en sus trayectorias profesionales, en la forma de entender su carrera, su profesión y, en definitiva, de entenderse a sí mismos. Estos resultados exigen que las autoridades sanitarias planifiquen un plan de atención de salud mental para profesionales sociales y sanitarios para futuras situaciones similares si no deseamos un aumento de la prevalencia de trastornos psicológicos entre estos profesionales.

Referencias

- Alonso, J., Angermeyer, M.C., Bernert, S., Bruffaerts, R., Brugha, T.S., Bryson, H., de Girolamo, G., de Graaf, R., Demyttenaere, K., Gasquet, I., Haro, J.M., Katz, S.J., Kessler, R.C., Kovess, V., Lépine, J.P., Ormel, J., Polidori, G., Russo, L.J., Vilagut, G., Almansa, J., Arbabzadeh-Bouchez, S., Autonell, J., Bernal, M., Buist-Bouwman, M.A., Codony, M., Domingo-Salvany, A., Ferrer, M., Joo, S.S., Martínez-Alonso, M., Matschinger, H., Mazzi, F., Morgan, Z., Morosini, P., Palacín, C., Romera, B., Taub, N. y Vollebergh, W.A.M. (2004). [Prevalence of mental disorders in Europe: Results from the European Study of the Epidemiology of Mental Disorders \(ESEMeD\) project](#). *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 109 (420) 21-27 [DOI: 10.1111/j.1600-0047.2004.00327.x].
- Arias-Sánchez, A., Saavedra, J., Santamaría, A. y Smorti, A. (2021). Remembering the medical practices: How health workers narrate their most negative experiences. *Memory Studies*, 14(2), 240-256 [DOI: 10.1177/1750698019829864].
- Asforth, B.E. y Kreiner, G.E. (1999). [“How can you do it?”: Dirty Work and the Challenge of Constructing a Positive Identity](#). *Academy of Management Review*, 24(3), 413-434 [DOI: 10.5465/amr.1999.2202129].
- Corrigan, P.W. (2004). [How Stigma Interferes With Mental Health Care](#). *American Psychologist*, 59(7), 614-625 [DOI: 10.1037/0003-066X.59.7.614].
- Corrigan, P.W., Markowitz, F.E., Watson, A., Rowan, D. y Kubiak, M.A. (2003). [An Attribution Model of Public Discrimination Towards Persons with Mental Illness](#). *Journal of Health and Social Behavior*, 44(2), 162-179 [DOI: 10.2307/1519806].
- Cronbach, L.J. (1951). [Coefficient alpha and the internal structure of tests](#). *Psychometrika*, 16(3), 297-334 [DOI: 10.1007/BF02310555].
- EFE (2020). [CCOO denuncia la discriminación al personal sanitario por caseros y vecinos: “Es incomprensible”](#). *El Confidencial*, 15/04/2020.
- Evans, C., Connell, J., Barkham, M., Mellor-Clark, J., Margison, F., McGrath, G. y Audin, K. (1998). [The CORE outcome measure: user's manual \(version 2.1\)](#). Leeds: Core System Group.
- Feixas i Viaplana, G., Evans, C., Trujillo, A., Saúl, L.Á., Botella, L., Corbella, S., González, E., Bados, A., Garcia-Grau, E. y López-González, M.A. (2012). [La versión española del CORE-OM: Clinical Outcomes in Routine Evaluation-Outcome Measured](#). *Revista de Psicoterapia*, 23(89), 109-135 [DOI: 10.33898/rdp.v23i89.641].
- Gee, S. y Skovdal, M. (2018). [Public Discourses of Ebola Contagion and Courtesy Stigma: The Real Risk to International Health Care Workers Returning Home From the West Africa Ebola Outbreak?](#) *Qualitative Health Research*, 28(9), 1499-1508. <https://doi.org/10.1177/1049732318759936>
- Goffman, E. (1963). *Stigma: Notes On the Management of Spoiled Identity*. Englewood Cliffs, New Jersey: Prentice-Hall [traducción al español: *Estigma. La identidad deteriorada*. Buenos Aires: Amorrortu, 1998].
- Hancock, A.M. (2007). [When Multiplication Doesn't Equal Quick Addition: Examining Intersectionality as a Research Paradigm](#). *Perspectives on Politics*, 5(1), 63-79 [DOI: 10.1017/S1537592707070065].
- Hughes, E.C. (1962). Good People and Dirty Work ([La gente de bien y el trabajo sucio](#)). *Social Problems*, 10(1), 3-11 [DOI: 10.2307/799402].

- Kline, R.B. (2013) *Beyond significance testing: Statistic reform in the behavioral sciences (2nd Ed.)*. Washington: American Psychological Association [DOI: 10.1037/14136-000].
- La Vanguardia (Redacción) (2020). [La Policía avisa que enviar anónimos o acosar a sanitarios o cajeras es un “delito de odio perseguible”](#). *La Vanguardia*, 15/04/2020.
- Livingston, J.D. y Boyd, J.E. (2010). [Correlates and consequences of internalized stigma for people living with mental illness: A systematic review and meta-analysis](#). *Social Science & Medicine*, 71(12), 2150-2161 [DOI: 10.1016/j.socscimed.2010.09.030].
- López, M., Saavedra, F.J., Laviana, M. y López, A. (2012) [Imágenes de la “locura”, la “enfermedad mental” y la “depresión” en la ciudad de Sevilla](#). *Psychology, Society, & Education*. 4(2), 151-68.
- Lucio, C.G. (2020). [Los sanitarios, indignados por los ataques: “No cabe mayor desprecio hacia quienes se están jugando la vida”](#). *El Mundo*, 15/04/2020.
- Martínez-Buján, R. (2014). [Los modelos territoriales de organización social del cuidado a personas mayores en los hogares](#). *REIS - Revista Española de Investigaciones Sociológicas*, 145, 99-126 [DOI: 10.5477/cis/reis.145.99].
- Pescolido, B.A. (2013). [The Public Stigma of Mental Illness: What Do We Think; What Do We Know; What Can We Prove?](#) *Journal of Health and Social Behavior*, 54(1), 1-21 [DOI: 10.1177/0022146512471197].
- Pescolido B.A. y Martin, J.K. (2015). [The Stigma Complex](#). *Annual Review of Sociology*, 41, 87-116 [DOI: 10.1146/annurev-soc-071312-145702].
- Quinn, D.M. y Earnshaw, V.A. (2013). [Concealable Stigmatized Identities and Psychological Well-Being](#). *Social and Personality Psychology Compass*. 7(1):40-51 [DOI: 10.1111/spc3.12005].
- Rodríguez, J.A. (1987). [Estructura de la profesión médica española](#). *REIS - Revista Española de Investigaciones Sociológicas*, 39, 141-166.
- RTVE (2020). [La Policía perseguirá como delito de odio los mensajes contra trabajadores expuestos al coronavirus](#). *RTVE.es/agencias*.
- Saavedra, J., Arias-Sánchez, S., Corrigan, P. y López, M. (2020). Assessing the factorial structure of the mental illness public stigma in Spain. *Disability and Rehabilitation* (publicado online en enero de 2020) [DOI: 10.1080/09638288.2019.1710769].
- Saavedra, J., Murvartian, L. y Vallecillo, N. (2020). [Salud y burnout de cuidadoras a domicilio: impacto de un curso de entrenamiento](#). *Anales de Psicología*, 36(1), 30-38 [DOI: 10.6018/analesps.348441].
- Trujillo, A., Feixas, G., Bados, A., García-Grau, E., Salla, M., Medina, J.C., Montesano, A., Soriano, J., Medeiros-Ferreira, L., Cañete, J., Corbella, S., Grau, A., Lana, F. y Evans, C. (2016). [Psychometric properties of the Spanish version of the Clinical Outcomes in Routine Evaluation-Outcome Measure](#). *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, 12, 1457-1466 [DOI: 10.2147/NDT.S103079].
- Valles Martínez, M.S., Cea D’Ancona, M.A. y Domínguez-Alegría, G. (2017). [Discriminación múltiple e inmigración: huellas de discurso institucional, académico y de la población](#). *REIS - Revista Española de Investigaciones Sociológicas*, 159, 135-150 [DOI: 10.5477/cis/reis.159.135].