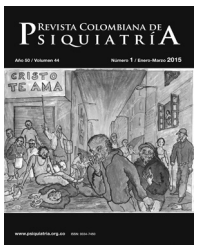
Asociación Colombiana de Psiquiatría ACP

Revista Colombiana de Psiquiatría

www.elsevier.es/rcp



Carta al Editor

# Relaciones de red del complejo estigma-discriminación y el miedo a la COVID-19 durante la segunda ola pandémica en adultos peruanos

## Network Relationships of the Stigma-Discrimination Complex and Fear of COVID-19 During the Second Pandemic Wave in Peruvian Adults

*Sr. Editor,*

A lo largo de la historia ha habido múltiples brotes de enfermedades contagiosas que han desafiado a los sectores de la salud, como la peste bubónica, la gripe asiática, el cólera, el síndrome respiratorio del Medio Oriente y el Ébola. Tales eventos se han asociado con la polarización, el racismo, la culpa y la angustia psicológica resultantes, que son los problemas clínicos históricos más estigmatizantes[1]. En el contexto actual pandémico de COVID-19, los proveedores de atención médica involucrados en atender la crisis sanitaria están aumentando debido a un mayor número de casos. Tales profesionales de la salud afrontan desafíos como el estigma y la discriminación[2], que se han conceptualizado y evaluado mediante el complejo estigma-discriminación COVID-19 (CED-COVID-19)[3]. Las actitudes y comportamientos sociales negativos afectan a varios segmentos de la sociedad, como los pacientes, las familias y los profesionales de atención sanitaria[4]. La estigmatización agrega una carga innecesaria a la vida de los trabajadores sanitarios y afianza un mayor agotamiento ocupacional[5]. Las personas que han superado la infección por COVID-19 también pueden estar expuestos a la estigmatización incluso si ya no portan el virus ni corren el riesgo de propagarlo[5].

El estigma es considerado un rasgo atribuible con connotación negativa hacia una persona, dado el contexto de la pandemia de COVID-19. Los profesionales sanitarios en América Latina están más estigmatizados debido al temor público de que sean fuentes de infección[4,5]. En los brotes de enfermedades infecciosas, el miedo y la desinformación son variables que explican la estigmatización[4]. Las personas que se sienten estigmatizadas tienden a evitar ciertos comportamientos que se perciben como un aumento del estigma, como negarse a someterse a la prueba del COVID-19, porque un resultado positivo puede ser la etiqueta que consideran estigmatizante[1] debido a la preocupación al rechazo social, exclusión y evitación física.

La discriminación es una acción o comportamiento que se dirige hacia miembros de ciertos grupos, y se usa para referirse a una persona o personas que se comportan de manera diferente (más comúnmente, injusta y humillante) hacia otros basándose únicamente en su pertenencia a un grupo social específico[6]. La discriminación puede manifestarse de varias formas, ya sea verbal o no verbal. Independientemente de cómo se manifieste, la discriminación lleva a los afectados a sentirse aislados, rechazados e ignorados, y a sufrir sanciones, acoso e incluso diversas formas de violencia.

Hay ciertos conceptos básicos que están estrechamente relacionados con la discriminación, que son el prejuicio y el estereotipo. Como estos 3 conceptos están algo entrelazados, a menudo se usan uno al lado del otro. Específicamente los estereotipos tienen un carácter cognitivo, los prejuicios son más afectivos y la discriminación se considera un componente conductual de las reacciones basadas en el proceso de categorización social[7]. El prejuicio refiere a una actitud generalizada y sesgada hacia un grupo social, concepto que es el motor que impulsa la discriminación, que puede surgir más allá de la experiencia ante una circunstancia extraordinaria como la pandemia de COVID-19[6,8].

Esto puede generar resultados negativos relacionados con la salud, dada su consideración como una barrera para acceder a los servicios sanitarios[9], esencial para la prevención y el control de la COVID-19. Por ejemplo, las personas con mayores

**Tabla 1 – Media de los ítems y medidas de centralidad de fuerza**

| *Fear of COVID-19 Scale (FCV-19S)* traducida al español | Media | Fuerza |
|---|---|---|
| 1. Tengo mucho miedo del coronavirus (COVID-19) | 3,98 | 1,37 |
| 2. Me pone incómodo(a) pensar en el coronavirus (COVID-19) | 3,43 | 0,88 |
| 3. Mis manos se ponen húmedas cuando pienso en el coronavirus (COVID-19) | 2,94 | 0,66 |
| 4. Tengo miedo de perder mi vida a causa del coronavirus (COVID-19) | 3,99 | 1,01 |
| 5. Cuando veo noticias e historias sobre el coronavirus (COVID-19) en redes sociales me pongo nervioso(a) o ansioso(a) | 3,51 | 0,90 |
| 6. No puedo dormir porque estoy preocupado de contagiarme del coronavirus (COVID-19) | 3,34 | 0,84 |
| 7. Mi corazón se acelera o palpita cuando pienso en contagiarme del coronavirus (COVID-19) | 3,28 | 0,98 |
| *Stigma-Discrimination Scale Related to Coronavirus Disease towards Healthcare workers* traducido al español | | |
| 8. ¿Deben aislarse de la sociedad las personas que trabajan en los servicios de salud y están en contacto con pacientes con COVID-19? | 0,65 | 0,81 |
| 9. ¿Tengo miedo de ser infectado por el personal de salud con el que me encuentro en el transporte público, en la calle o en casa? | 0,84 | 1,46 |
| 10. ¿Deben las personas que trabajan en los servicios de salud evitar el uso del transporte público para no contagiar a la población? | 0,68 | 0,99 |
| 11. ¿Debe el personal de salud evitar regresar a casa para no contagiar a su familia? | 0,54 | 0,82 |
| 12. ¿Debe el personal de salud evitar salir a la calle para no contagiar a la población? | 0,66 | 0,91 |

creencias estigmatizantes, que pueden ser pacientes sintomáticos, retrasan la atención médica (deterioro del pronóstico), pues no desean estar en contacto con algún profesional sanitario, y a su vez se genera un retraso en la identificación de las personas infecciosas que no asisten a los centros médicos (aumento de la transmisión viral). Además, es crucial considerar que tales reacciones durante la pandemia tienden a persistir en el tiempo, pues es más fácil consolidarlas que suprimirlas[5,9].

Asimismo, se ha encontrado relación entre el miedo pandémico y el CED-COVID-19[10]. Esto puede deberse a la falta de coherencia de los mensajes de salud pública, junto con la difusión de información errónea en las redes sociales, que refuerza una mayor incertidumbre y miedo a la infección por COVID-19. El efecto combinado de la desinformación y el miedo genera una creciente desconfianza hacia los trabajadores sanitarios, que se refleja en mayores creencias estigmatizantes, y el miedo es uno de los principales desencadenantes del CED-COVID-19 que puede conllevar al desarrollo de un trastorno de estrés por COVID-19[11].

Tras una breve revisión de la literatura científica, no se encontró hasta la fecha algún estudio latinoamericano que incluya la evaluación dinámica del CED-COVID-19 y el miedo pandémico mediante el análisis de red, por lo cual es esencial explorar cómo los elementos de ambos conceptos se refuerzan mutuamente mediante el análisis de redes en estudiantes peruanos de ciencias de la salud.

Se realizó un estudio exploratorio, correlacional y transversal, desarrollado en la ciudad metropolitana de Lima, Perú, durante la segunda ola pandémica peruana en marzo y abril de 2021. Se consideraron los siguientes instrumentos, en sus versiones en español: *Stigma-Discrimination Scale Related to Coronavirus Disease towards Healthcare workers,* compuesto por 5 ítems que evalúan el CED-COVID-19, y *Fear of COVID-19 Scale* (FCV-19S)[3], que incluye 7 reactivos para evaluar las reacciones más prevalentes del miedo a la COVID-19; esta medida cuenta con adecuadas evidencias de confiablidad en muestra peruana[12]. Las estimaciones de consistencia interna en el presente estudio fueron > 0,85.

Esta investigación incluyó a 645 adultos peruanos (el 79,35% mujeres; media de edad, 28,54 años); debido a las medidas gubernamentales restrictivas de distanciamiento y movilidad social, se hizo necesario utilizar la metodología de encuestas en línea. Se reclutó a los participantes mediante una técnica de muestreo en bola de nieve a través de redes sociales, como grupos de *WhatsApp, Facebook* y *Google groups,* y se los animó a invitar a sus familiares y amigos a participar en la encuesta. Se elaboró y se administró mediante los formularios de *Google,* y se incluyó el consentimiento informado de todos los participantes incluidos en el estudio.

A través del paquete R qgrap y el gráfico fusionado LASSO (operador de selección y encogimiento menos absoluto), se evaluaron de manera gráfica los patrones del sistema interactivo cuyas conexiones representan correlaciones parciales en el gráfico de red; el estimador LASSO permite eliminar las relaciones espurias[13,14].

Los ítems (nodos) se interconectan por líneas o bordes que representan las correlaciones parciales que tienden a ubicarse en la red según la suma de conexiones con otros nodos[13,14]. Este enfoque de red favorece la evaluación instrumental y transdiagnóstica en el ámbito clinico[15]. El enfoque de red incluye medidas de centralidad; el índice de fuerza es la medida más estable para determinar la importancia de los componentes del sistema de red[16], que se agruparon en 3 dominios mediante un algoritmo de agrupación de red[15].

En la tabla 1 se recogen los estadísticos descriptivos de las respuestas de los participantes de las medidas utilizadas. Estos datos señalan un mayor reporte en las medidas de red 1 y 4 del FCV-19S y el componente 9 vinculado al CED-COVID-19. Tales medidas reportaron las mayores medidas de centralidad de fuerza de la red.

En la figura 1 se muestran las relaciones más altas entre las medidas 8-11, y 9-11 que refuerzan la dinámica del CED-COVID-19. Las conexiones más fuertes en el FCV-19S fueron las medidas 1 y 4, relacionados con los síntomas de carácter emocional; también destacó la asociación entre los reactivos 3 y 6, de naturaleza somática. Se reportaron 16 asociaciones

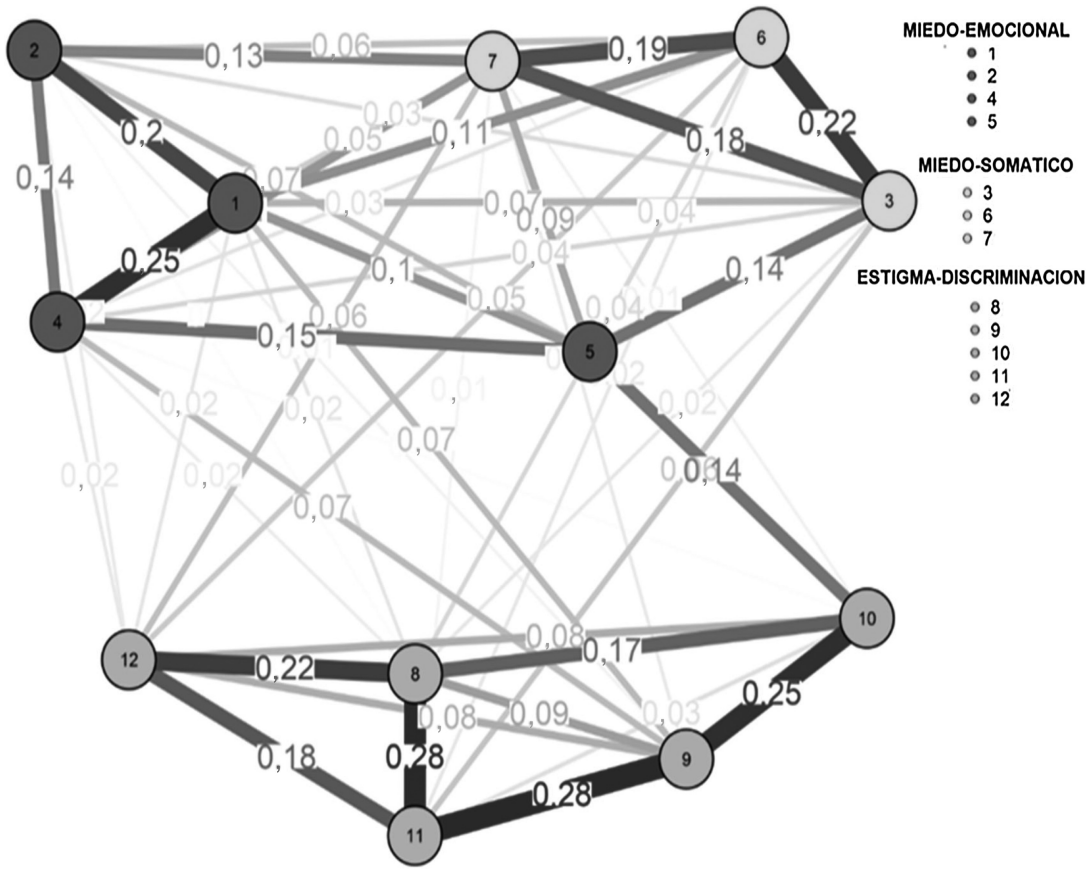



**Figura 1 – Análisis de red de la FCV-19S y el CED-COVID-19.**

entre las medidas de ambos instrumentos de estudio. El reactivo elemento 12 reportó 5 conexiones interdominio, mientras los componentes 1, 3 y 6 presentaron 3 relaciones de este tipo. Destacan por su mayor magnitud: el reactivo 1 —«Cuando veo noticias e historias sobre el coronavirus (COVID-19) en redes sociales, me pongo nervioso o ansioso»— y el 10 —«¿Deben las personas que trabajan en los servicios de salud evitar el uso del transporte público para no contagiar a la población?»—, lo cual refiere que un mayor estado de nerviosismo se refuerza por la creencia estigmatizante de que los trabajadores de la salud deben evitar el uso del transporte público para evitar la infección.

Otras relaciones importantes fueron entre la medida 9 —«Tengo miedo de ser infectado por el personal de salud con el que me encuentro en el transporte público, en la calle o en casa»— y el reactivo 4 —«Tengo miedo de perder mi vida a causa del coronavirus»— y el 1 —«Tengo mucho miedo del coronavirus»—, lo que implica que el estado emocional del miedo general y el miedo a la muerte por COVID-19 es más prevalente que un mayor prejuicio (carácter afectivo) del miedo a la infección por el personal de salud. También destaca la relación del elemento 12 —«¿Debe el personal de salud evitar salir a la calle para no contagiar a la población?»— con los síntomas somáticos 6 —«No puedo dormir porque estoy preocupado de contagiarme del coronavirus»— y 7 —«Mi corazón se acelera o palpita cuando pienso en contagiarme del coronavirus»—, lo cual refuerza una mayor actitud negativa de evitación física y limitación social hacia el personal médico.

Las medidas centrales de la red 1, 4 y 9 presentan mayores valores de conexión entre ambos dominios, lo cual permite orientar una vía de investigación de tales constructos. Dichos hallazgos permiten conocer que la naturaleza emocional del miedo refuerza las creencias estigmatizantes hacia los trabajadores de la salud. En especial el componente del miedo a la muerte evidencia la prevalencia de la conciencia a la muerte, vinculado a la teoría del manejo del terror de Greenberg y Arndt[17], quienes explican que toda conducta estigmatizante puede considerarse como una acción para evadir el miedo a la muerte, donde las personas tienden a un mayor prejuicio de rechazo y exclusión social a aquellos que simbolizan una amenaza a la autoestima y a la visión del mundo del individuo. Así, en el contexto pandémico actual los profesionales de la salud pueden ser estigmatizados como fuentes de infección y una mayor amenaza para la supervivencia[8].

El presente estudio es esencial para afianzar futuras investigaciones que exploren el desarrollo de ambos conceptos y sus relaciones con otras variables de mayor impacto negativo por COVID-19[18,19].

## Conflicto de intereses

Ninguno.

## BIBLIOGRAFÍA


1. Fischer LS, Mansergh G, Lynch J, Santibanez S. Addressing disease-related stigma during infectious disease outbreaks. Disaster Med Public Health Prep. 2019;13:989–94.
2. Copy World Health Organization. Coronavirus Disease (COVID-19) Outbreak: rights, roles and responsibilities of health workers, including key considerations for occupational safety and health. Geneva: OMS; 2020. Disponible en: https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/who-rights-roles-respon-hw-covid-19.pdf?sfvrsn = bcabd401_0.
3. Campo-Arias A, Álvarez-Solorza I, Tirado-Otálvaro AF, Cassiani-Miranda CA. Proposal of a scale for COVID-19 stigma-discrimination toward health workers. J Invest Med. 2021;69:100–1.
4. Taylor S, Landry CA, Rachor GS, Paluszek MM, Asmundson GJG. Fear and avoidance of healthcare workers: An important, under-recognized form of stigmatization during the COVID-19 pandemic. J Anxiety Disord. 2020;75, e102289.
5. Ransing R, Ramalho R, de Filippis R, Ojeahere MI, Karaliuniene R, Orsolini L, et al. Infectious disease outbreak related stigma and discrimination during the COVID-19 pandemic: Drivers, facilitators, manifestations, and outcomes across the world. Brain Behav Immun. 2020;89:555–8.
6. Kite ME, Whitley BE. Psychology of prejudice and discrimination. New York: Routledge;. 2016.
7. Eagly AH, Chaiken S. Attitude structure and function. In: Gilbert DT, Fiske ST, Lindzey G, editors. The handbook of social psychology. Boston: McGraw-Hill; 1998. p. 269-322.
8. Demirtaş-Madran HA. Exploring the motivation behind discrimination and stigmatization related to COVID-19: a social psychological discussion based on the main theoretical explanations. Front Psychol. 2020;11, e569528.
9. Singh R, Subedi M. COVID-19 and stigma: Social discrimination towards frontline healthcare providers and COVID-19 recovered patients in Nepal. Asian J Psychiatr. 2020;53, e102222.
10. Cassiani-Miranda CA, Campo-Arias A, Tirado-Otálvaro AF, Botero-Tobón LA, Upegui-Arango LD, Rodríguez-Verdugo MS, et al. Stigmatisation associated with COVID-19 in the general Colombian population. Int J Soc Psychiatry. 2020:1–9.
11. Taylor S, Landry CA, Paluszek MM, Fergus TA, McKay D, Asmundson GJG. COVID stress syndrome: Concept, structure, and correlates. Depress Anxiety. 2020;37:706–14.
12. Ramos-Vera CA. Miedo a la COVID-19 en adultos peruanos mediante análisis de red. Rev Cubana Enferm. 2020;36Supl1, e4136.
13. Epskamp S, Fried EI. A tutorial on regularized partial correlation networks. Psychol Method. 2018;23:617–34.
14. Ramos-Vera CA. Las redes de relación estadística en la?investigación psiquiátrica: el?caso del delirio en el contexto de COVID-19. Rev Colomb Psiquiatr. 2021, http://dx.doi.org/10.1016/j.rcp.2021.02.004.
15. Ramos-Vera C. Las redes de relación estadística en la investigación de nutrición. Nutr Hosp. 2021;38:671–2, http://dx.doi.org/10.20960/nh.03522.
16. Bringmann LF, Elmer T, Epskamp S, Krause RW, Schoch D, Wichers M, et al. What do centrality measures measure in psychological networks? J Abnorm Psychol. 2019;128:892–903.
17. Greenberg J, Arndt J. Terror management theory. En: Van Lange PAM, Kruglanski AW, Higgins ET, editores. Handbook of theories of social psychology. London: Sage; 2012. p. 398-415.
18. Ramos-Vera CA. Red de síntomas psicopatológicos de la conducta alimentaria, depresión, ansiedad y estrés postraumático en adultos peruanos en cuarentena por COVID-19. Rev Cubana Enferm. 2021;37, e4200. Disponible en: http://revenfermeria.sld.cu/index.php/enf/article/view/4200.
19. Ramos-Vera CA. Las relaciones dinámicas de red de la obsesión y la ansiedad ante la muerte por COVID-19 durante la segunda cuarentena en universitarios peruanos. Rev Colomb Psiquiatr. 2021, http://dx.doi.org/10.1016/j.rcp.2021.03.004.


Cristian Ramos-Vera
*Área de Investigación, Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad Cesar Vallejo, Lima, Perú*
Correo electrónico: cristony_777@hotmail.com
0034-7450/
© 2021 Asociación Colombiana de Psiquiatría. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.
https://doi.org/10.1016/j.rcp.2021.05.010