



UNIVERSIDAD PERUANA
CAYETANO HEREDIA

EXPOSICIÓN A EVENTOS
DISCRIMINATORIOS Y AUTOPERCEPCIÓN DE
ESTIGMA EN PACIENTES CON
TUBERCULOSIS

TESIS PARA OPTAR EL GRADO DE MAESTRO
EN SALUD PÚBLICA

CARMEN EDITH OSORIO MEJIA

LIMA - PERÚ

2015

Asesor:

Dr. Germán Alvarado Cutipa-Flores

AGRADECIMIENTOS

A Dios, que me dio fuerza y fe para seguir adelante en cada momento de mi vida.

A mis padres y a mi hermana Indira, por apoyarme con mi hija mientras yo realizaba mis estudios de maestría y la ejecución de la presente investigación.

A mi hija Valeria, por ser mi motivación a seguir adelante en mi vida profesional.

Al Dr. Carlton Evans y Dra. Karine Zevallos Villegas porque gracias a su apoyo y enseñanza hicieron posible este estudio.

A mi asesor, Dr. German F. Alvarado Cutipa-Flores, por su orientación en la ejecución, análisis y redacción de la presente tesis.

ÍNDICE DE CONTENIDOS

	Pág
RESUMEN	
SUMMARY	
1.INTRODUCCIÓN	1
2.PLANTEAMIENTO DE LA INVESTIGACIÓN	3
2.1. Planteamiento del problema	
2.2. Justificación	
3.MARCO TEÓRICO, CONCEPTUAL O REFERENCIAL	7
4.OBJETIVOS	18
4.1. Objetivo general	
4.2. Objetivos específicos	
5.MATERIAL Y MÉTODOS	19
5.1 Diseño del estudio	
5.2 Población	
5.2.1 Criterios de selección para este estudio	
5.2.2 Tamaño de la población en estudio	
5.2.3 Cálculo de poder del estudio	
5.3 Lista de Variables	
5.4 Instrumentos	
5.5Análisis	
6 RESULTADOS	25
7 DISCUSION	34

8 CONCLUSIONES	42
9 RECOMENDACIONES	43
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	44
ANEXOS	

RESUMEN

La tuberculosis (TBC) es una enfermedad muy estigmatizada, la cual está influenciada por la cultura del lugar donde nos encontremos, por ello las personas con TBC pueden ser afectados por eventos discriminatorios influenciando negativamente sus relaciones sociales en los diferentes ámbitos de la vida.

Material y Métodos: Se realizó un análisis secundario de una base de datos del Proyecto “Determinantes de la susceptibilidad a la Tuberculosis”, el cual fue realizado de Octubre de 2002 hasta Octubre de 2007. El análisis del estigma fue hecho desde el punto de vista de autopercepción de estigma; estudiamos la asociación entre los eventos discriminatorios y la autopercepción de estigma: la autopercepción de estigma el outcome. Trabajamos con 941 pacientes que tenían sus datos completos en la base; se aplicó regresión logística y chi cuadrado para el análisis bivariado y para el análisis multivariado se aplicó la regresión logística y la regresión de Poisson; las covariables fueron sexo, ingreso económico y esquema de tratamiento para MDR. **Resultados:** El sexo femenino, nivel de ingreso menor al sueldo mínimo, evitar la compañía del paciente con TBC, maltrato psicológico, cambio de funciones y pérdida de algunas de sus actividades presentaron asociación a la autopercepción de estigma ($p < 0.05$). **Discusión:** Nuestro estudio encontró asociación entre autopercepción de estigma y sexo, nivel de ingreso, esquema de tratamiento y eventos discriminatorios, estos resultados han sido respaldados por investigaciones internacionales. **Palabras clave:** Autopercepción de estigma, eventos discriminatorios y tuberculosis.

SUMMARY

Tuberculosis (TB) is a highly stigmatized disease, which is influenced by the culture of the place where we are, why people with TB may be affected by discriminatory events negatively influencing their social relations in different spheres of life. Material and Methods: A secondary analysis of a database of the project "Determinants of susceptibility to Tuberculosis", which was conducted from October 2002 to October 2007. We performed analysis stigma was made from the point of view self-perception of stigma; We study the association between self-perceived discriminatory events and stigma: the self - stigma perception was the outcome. We work with 941 patients who had complete data on the base; logistic regression and chi square test was applied for the bivariate analysis and for multivariate analysis was applied logistic regression and Poisson regression; covariates were sex, income and treatment regimen for MDR. Results: Female gender, lower income level of the minimum wage, avoid to keep company of patients with TB, psychological abuse, reassignments and loss of some of its activities presented association with self-perceived stigma ($p < 0.05$). Discussion: Our study found no association between self-perceived stigma and sex, income level, treatment regimen and discriminatory events, these results have been supported by international research. Keywords: Self-perception of stigma, discriminatory events and tuberculosis.

1. INTRODUCCIÓN

La Autopercepción de estigma en este estudio ha sido definida como: “El concepto o valoración negativa que la persona tiene de sí misma como consecuencia de su experiencia con la tuberculosis”.^{1,2}

La tuberculosis (TBC) es una enfermedad cuyo abordaje más allá del enfoque biomédico. Sus consecuencias en la vida del que la padece son amplias, influyendo negativamente tanto en su vida personal como social.^{3,4,5}

La edad, el ingreso económico del hogar, el sexo femenino, el nivel de instrucción, la ocupación, el abandono del tratamiento, el maltrato al paciente, el nivel de conocimiento acerca de la enfermedad, seguimiento del tratamiento lejos del lugar de residencia, ocultar la enfermedad y el aislamiento han sido reconocidos como factores asociados al estigma en regiones como Nepal, Tailandia, Sudáfrica, Nigeria, India, México, Colombia y Brazil.^{3,4,5,6,7,8,9,10,11,12,13} Así mismo, el estigma está relacionado a pérdida de trabajo por parte del paciente y al deterioro de las relaciones sociales, con respecto a este último punto, la evidencia se encuentra dividida entre aquellos que afirman que los pacientes con Tuberculosis reciben mayor apoyo por parte de sus familiares y amigos; y los que niegan esta afirmación concluyendo más bien un incremento del abandono y aislamiento del paciente con Tuberculosis.^{3,5,7,10,14}

En América Latina se ha estudiado el estigma en tuberculosis y los eventos discriminatorios ^{5,6,15,16,17,18} ; por otro lado, en nuestro país existe limitada evidencia acerca del tema, por lo que no son considerados dentro de la Estrategia Sanitaria Nacional para el control de la tuberculosis. ^{19,20,21} Teniendo en cuenta que el estigma está vinculada al contexto sociocultural de cada país, se hace

necesario estudiarla en cada realidad. Se propone estudiar la autopercepción de estigma en tuberculosis y eventos discriminatorios con la finalidad de poder generar evidencia que permita plantear políticas públicas e intervenciones orientadas a la erradicación del estigma y la discriminación.

Por lo expuesto, en el presente estudio determinaremos la asociación entre la autopercepción de estigma, los eventos discriminatorios y factores sociodemográficos.

2. PLANTEAMIENTO DE LA INVESTIGACION

2.1 Planteamiento del Problema

La tuberculosis (TB) es una enfermedad vinculada a la pobreza, exclusión social y a las malas condiciones de trabajo y vida, ^{22,23,24} presentando un fuerte estigma social, con la influencia de cada cultura según el lugar donde se realice el estudio.^{5,6} A pesar de ser una enfermedad controlable y curable, en la actualidad, sigue siendo un problema de salud pública, presentándose el 95% de los casos en los países en vías de desarrollo.²⁴

La Organización Panamericana de la Salud (OPS), manifestó que el Perú ocupa el primer lugar en reporte de casos de tuberculosis multidrogoresistente (TBMDR) y tuberculosis extremadamente resistente (TBXDR), hecho que nos llama la atención pues en los últimos años hemos sido testigos del crecimiento económico de nuestro país, así mismo tenemos mejores pruebas de diagnóstico y tratamiento; situación que nos demuestra que la tuberculosis se debe enfocar de un modo más amplio involucrando también las condiciones de vida de las personas y los factores psicosociales.^{15,22,25}

El Distrito de Ventanilla está formado por una serie de barrios pobres, distribuidos en 16 zonas, cada una de las cuales tiene un establecimiento de salud (15 puestos de salud y un hospital).^{21,26,27} El distrito en mención presenta el mayor porcentaje de necesidades básicas insatisfechas (62,3%), siendo considerado como un centro poblado netamente urbano y joven; cuya población habla principalmente el castellano y un 6% habla quechua o aymara.^{26,28} La fuerte migración hacia Ventanilla comenzó después del censo de 1981 hasta la década del 2000, conllevando a que su población se quintuplicara e incrementara su nivel de

pobreza,^{26,28} porque la gente que migraba a esos sectores era de muy bajos ingresos, los cuales fueron desplazados de otras áreas y del interior del país, formando así una estructura heterogénea, en cuanto a valores culturales, ubicación económica y posición social.^{28,29} Investigaciones anteriores en Ventanilla revelaron una tasa anual de incidencia de tuberculosis de 242/100, 000 en 2005 y un ingreso promedio diario de 0,9 USD por persona en las familias afectadas por la tuberculosis (comunicación personal, CA Evans).²¹

Las creencias asociadas con el estigma social y el insuficiente conocimiento sobre la tuberculosis, contribuyen a la construcción social del estereotipo de la enfermedad; por otro lado, estudios han demostrado que tanto el abandono del tratamiento como el retraso en el diagnóstico son dos efectos asociados al estigma.¹⁵ Bibliografía revisada indica que éstas etiquetas colocadas a un determinado grupo de personas crea una percepción negativa en los miembros de la comunidad, por ello los estigmatizados son expuestos a eventos discriminatorios, pero también crea una autopercepción negativa de sí mismo, lo que ha ocasionado que su autoestima y sus relaciones sociales se vean seriamente afectados; en estas circunstancias, el escenario social no propicia la salud física y mental adecuada para lograr el equilibrio y mejorar la calidad de vida de los individuos.^{1,2,27,29,30}

PREGUNTA DE INVESTIGACION

¿Existe asociación entre los eventos discriminatorios y la autopercepción de estigma en pacientes con tuberculosis que residen en Ventanilla, Lima-Perú en el periodo comprendido entre octubre del 2002 a octubre del 2007?

2.2 Justificación

La Organización Mundial de la Salud (OMS), ha advertido que la tuberculosis representa y seguirá representado un peligro para la humanidad, y si no se toman medidas efectivas antes del año 2020, esta cifras se duplicaran.³¹

La autopercepción de estigma del paciente afectaría negativamente no solo a la vida social e individual del paciente trayéndole sufrimiento físico y psicológico sino también a la prestación de servicios en salud ya que contribuiría al retraso en el diagnóstico y al abandono del tratamiento.^{33,34,35,36} Esta autopercepción de estigma podría ocasionar que los pacientes se vean expuesto a eventos discriminatorios que vulneren sus derechos y podrían impedir que ellos se reintegren a la sociedad, contribuyendo a que las brechas de inequidad e injusticia social sean cada vez más amplias en sectores donde la prevalencia de tuberculosis son altas.^{33,34,35,36} Por otro lado, se ha señalado que la discriminación es un determinante social de la salud que ha ocasionado que enfermedades como la tuberculosis, se concentren en determinados grupos sociales.^{38,39} A nivel internacional se ha realizado estudios respecto al tema, pero teniendo en cuenta que el estigma en tuberculosis está vinculado al contexto socioeconómico y cultural, surge la necesidad de realizar estudios en cada contexto para poder proponer políticas públicas que ayuden a erradicar el estigma y discriminación,^{5, 6, 15,27} y como no contamos estudios en nuestro país que se enfoquen en el tema, se propone realizar esta investigación.

Las diferentes estrategias para el control de la TB están actualmente fallando en países como el nuestro, la experiencia nos muestra que la lucha contra esta enfermedad implica mucho más que un tratamiento efectivo²². Este fracaso

también tendría que ver con la influencia de factores psicosociales como el estigma y la discriminación; sin embargo estos temas están ausentes en la Estrategia Sanitaria Nacional para el control de la tuberculosis²². Los resultados de este estudio serán entregados a la Dirección Regional de Salud del Callao (DIRESA) para que sean usados en el beneficio de los pacientes, con la finalidad de poder mejorar el entendimiento de estos procesos sociales y en el futuro se puedan plantear mecanismos de intervención basados en evidencia adaptados al contexto local y que sean efectivos frente a esta problemática.

3. MARCO TEORICO-CONCEPTUAL

El presente trabajo estuvo sustentado por los conceptos de tuberculosis, autopercepción de estigma y eventos discriminatorios.

Tuberculosis:

El siglo XIX está marcado por el periodo de transición en la medicina peruana, pasando de una teoría neo hipocrática o miasmática de la enfermedad hacia la teoría del contagio.³² Dos grandes médicos de la época fueron partícipes de un gran debate por explicar la forma de contagio de las enfermedades, entre ellas la tuberculosis.³² Ya en esa época se evidenciaba un gran rechazo y temor hacia la enfermedad; por lo que en 1895, el gobierno autorizó la construcción de un sanatorio en el cerro Tamboraque destinado al tratamiento de la tuberculosis, pero este nunca fue construido ya que se le considero peligrosa para la salud pública al comprobarse la teoría del contagio.³² Actualmente se sabe que la tuberculosis es una enfermedad infecciosa que se trasmite de persona a persona al estornudar, toser y hablar y se da de preferencia en los dormitorios de los pacientes afectando a sus familiares; muy pocos casos de transmisión se dan en los centro de trabajo u contactos ocasionales .^{31,33} Un enfermo puede infectar un promedio de 10-15 personas sanas.^{31, 33}

El término estigma nació en Grecia y estaba relacionado a una marca corporal que significaba bajo estatus moral y la persona que lo portaba era evitada socialmente.

³⁴ Las percepciones culturales acerca de la tuberculosis han ido cambiando a través del tiempo; desde un contexto romántico (siglos XVIII y XIX) hasta un contexto social (siglo XX), relacionándolo a la pobreza y al rompimiento de las normas sociales lo cual sumado al desconocimiento de las causas de la

enfermedad y la ineficacia del tratamiento despertó miedo en la población, manifestándose en discriminación.³⁸

E. Goffman, define estigma social como “un atributo profundamente desacreditador dentro de una interacción social particular”, donde el individuo queda disminuido ante los demás, disminuyendo así su valor social.^{39,40,41} Del mismo modo, Link y Phelan afirman que el estigma se presenta cuando una persona se identifica con un atributo o etiqueta que lo ubica dentro de un estereotipo de personas que reciben un trato injusto y discriminatorio.⁷ Actualmente, el estigma relacionado con la salud es definido como: "Una experiencia personal o relacionada con el proceso social que se caracteriza por la exclusión, el rechazo, la culpa, o la devaluación que resulta de la experiencia o la anticipación razonable de un juicio social negativo sobre una persona o grupo identificado con un problema de salud".³

Recientemente, se ha propuesto una clasificación de estigma en función de las personas que lo padecen; esta puede ser: el estigma declarado y el estigma internalizado. El primero se refiere a las actitudes discriminatorias y al rechazo que sufren las personas estigmatizadas y el segundo, a la interiorización que tienen las personas estigmatizadas de las creencias y actitudes negativas que el resto de la población presentaría acerca de la tuberculosis y ellas asumirían estos prejuicios como verdaderos.³⁴ Este último tiene los efectos más nocivos del estigma ya que la persona aceptaría que pertenece a un estereotipo y cree ser merecedora de las consecuencias de pertenecer al mismo conllevando al deterioro de la autoestima y desvaloración de sí mismos.^{35,36,45,46,47}

El estigma es un proceso social que está determinado por las percepciones que el colectivo social tiene de la enfermedad; ³⁶ percepciones que se podrían ir internalizando en el paciente con tuberculosis trayendo consecuencias negativas. ^{1,2,35,48,49,50} Runte (2005) afirma que “la percepción de uno mismo como estigmatizado influye negativamente en la vida de la persona distorsionando la visión que uno tiene acerca de sí mismo”^{1,2}; es decir, los atributos estigmatizadores que rodea a la tuberculosis podrían dañar la imagen social y personal del paciente. Este concepto interiorizado puede dar lugar a un sentimiento de culpabilidad y vergüenza conllevándolo a la auto-discriminación.^{4,51,52,53} Esta autopercepción negativa que se adquiere del contexto podría determinar su actuar en el presente y en el futuro trayendo como consecuencia la aceptación o el rechazo dentro de sus relaciones sociales. ^{37,54,55,56}

Una red social es un conjunto de actores unidos por vínculos entre sí; estos actores pueden ser personas o grupos de personas, por ejemplo, empresas, comunidades, organizaciones de apoyo social, etc. y los vínculos vendrían a ser: el amor, poder, alianzas, amistad, parentesco familiar, contacto por correo electrónico, creencias religiosas, etc.^{57,58,59,60,61} Las relaciones sociales de las personas en general se ven afectadas por mecanismos de interacción estímulo-respuesta; estas a su vez influyen en las percepciones y adaptación social de un individuo en su comunidad, centro de trabajo, centro de estudios y en su propio entorno familiar; por lo tanto, las interacciones sociales que ellos tengan podrían determinar su comportamiento y conducta social, es decir la conducta social que los pacientes con tuberculosis tengan podría depender de la influencia otros individuos;^{42,43,44,58,59,61} es así como

la influencia social podría ir moldeando al individuo.^{42,43,44} Debido al estigma que rodea a la enfermedad, los pacientes con tuberculosis están identificados con una identidad deteriorada como diría Goffman ^{39,40,41}, que podría influenciar negativamente en la relación que ellos quieran establecer en sus redes sociales.

Las redes sociales son muy importantes en un individuo, desde pequeños comenzamos a adquirir capacidades de socialización; en primer instancia de la familia; luego, en la escuela y finalmente en la comunidad; así como vemos nuestro desarrollo social es un aprendizaje permanente, que se da en cada momento de la vida cotidiana y que van moldeando nuestra identidad.^{58,59,60,61} Las personas que desde niños tienen buenas habilidades sociales tendrán una fácil adaptación social, evitando el riesgo de ser rechazados por sus pares. ^{58,59}

En conclusión, podemos afirmar que el significado personal de tuberculosis, estaría asociado a la experiencia directa con la enfermedad, ya sea que la experiencia sea en uno mismo o en los demás.^{1,2} La Autopercepción de estigma en este estudio se defino como: El concepto o valoración que la persona tiene de sí misma asociada a su experiencia con la tuberculosis.

Eventos Discriminatorios

Según el diccionario de Oxford, la palabra discriminación deriva del latín *discriminare* que significa: separar, dividir o distinguir; pero cuando esta palabra afecta a personas involucrando un trato de inferioridad, la connotación cambia a una situación de desventaja y desigualdad para el que la sufre. ^{40,41, 42,43} Por otro lado, la discriminación también se ha definido como un proceso social que se manifiesta cuando una o más personas pertenecientes a un determinado grupo

social son tratadas de manera diferente e injusta debido a ciertas características que ellos poseen; este trato injusto se debe a creencias e ideologías arraigadas dentro un grupo social dominante.^{40,41, 44} La OMS, señala que discriminación “son acciones u omisiones derivadas del estigma y dirigidas contra las personas o grupo”⁴⁴

El vacío legal que existe en torno a la discriminación ha determinado que unos grupos de personas (grupo oprimido) no gocen de los mismos derechos^{40,44}; tal como las mujeres que sufren a consecuencia de la desigualdad social que conllevan a prácticas injustas en las empresas empleadoras, en sus relaciones interpersonales (de pareja), familiares, de asistencia médica y vida en su comunidad.⁴⁴ Si esta persona padece de tuberculosis o el VIH / SIDA, enfermedades que están asociadas con el estigma y la discriminación, se repotencia el impacto negativo en la calidad de vida.⁷

Es importante entender que las inequidades en salud están vinculadas al contexto social, es decir que la explicación de la distribución o prevalencia de una enfermedad en un determinado grupo social va más allá de explicaciones biomédicas sino que esta tiene origen en los determinantes sociales de la salud.⁴⁴

La tuberculosis es una enfermedad vinculada a la pobreza, exclusión social y a las malas condiciones de vida y trabajo por lo que las personas que padecen o padecieron de esta enfermedad están expuestas a eventos discriminatorios por creencias e ideologías arraigadas en la mente de la población, hechos que han contribuido a la violación de los derechos humanos.^{22,23,24} La violación de los derechos humanos va a dañar la salud por lo que las autoridades nacionales e

internacionales están obligadas a abordar el problema creando sociedades más justas y sostenibles.^{44,45.}

La discriminación, considerada como un determinante social de la salud, tiene dos formas de manifestarse: la discriminación legal, normativa o *de jure* (existe discriminación en la ley) y la discriminación de hecho *de facto* o invisible (existe discriminación en la realidad o en la práctica, pero no está sustentada en alguna ley) ^{42,46,47}

La discriminación puede afectar la salud de generaciones, aumentando las tasas de morbilidad; estudios han demostrado que mujeres que han sufrido algún evento discriminatorio ya sea de sexo o de raza durante la etapa de gestación tienen más probabilidades de traer un bebe con bajo peso al nacer; ^{42, 44,47} así mismo, se ha demostrado asociación entre discriminación y las tasas de suicidio; en este caso se ha reportado que los pacientes con tuberculosis tienen mayor riesgo de suicidio.

48

Los eventos discriminatorios en este estudio ha sido definidos como: las acciones relacionadas a un trato diferenciado e injusto que han sufrido las personas en relación con la tuberculosis.

Factores sociodemográficos relacionados con la Autopercepción de Estigma y Eventos Discriminatorios

Tanto el estigma y la discriminación se encuentran íntimamente relacionados, pero no necesariamente cuando está presente uno va a estar el otro, sin embargo

ambas dan lugar a la violación de los derechos de la persona.^{40,41} En el Reino Unido, el Parlamento prohibió la discriminación por raza, sexo y discapacidad, sin embargo la percepción negativa hacia el grupo oprimido (mujeres, ancianos, grupo étnico, grupo religioso etc.) ha ocasionado discriminación,⁷ afectando tanto a poblaciones vulnerables como a sus relaciones sociales: grupo de amigos, familia y personal de salud, devaluando su condición social en su comunidad ⁴⁹. Las personas que padecen de enfermedades estigmatizadas, como el VIH/SIDA, tuberculosis, la lepra y enfermedad mental, no solo tienen que soportar el mal biológico de la enfermedad sino también están expuestas a eventos discriminatorios, prohibiéndoseles el desarrollo pleno de sus derechos; ^{45.49} estos efectos se agudiza según algunos factores sociodemográficos creando situaciones de inequidades sociales en grupos específicos de la población. ⁴⁹

Las consecuencias del estigma en TB difieren en hombres y mujeres. Estudios en estigma en tuberculosis han indicado que mientras que los hombres se preocupan por el impacto en su economía, a las mujeres solteras les preocupa que interfieran en sus perspectivas de matrimonio y a las casadas las podría conllevar al divorcio, asimismo, temen que sus maridos las rechacen y las incapacite de cuidar de sus familiares e hijos.^{4,9,10,13,14,19} En nuestro país también se realizó un estudio cualitativo para ver los factores relacionados con el sexo que influyen en el control de la tuberculosis en los barrios pobres; los investigadores no encontraron que el Programa de control de la tuberculosis fuera discriminatorio, sin embargo, en la comunidad sí habría una percepción de que la salud masculina es más importante que la femenina; ²¹ esta percepción también fue encontrada en un

estudio realizado en pueblos hindúes,¹⁴ por ello, cuando se habla de estigma en tuberculosis, las mujeres son más propensas a experimentarla que los varones ⁴.

En lo que concierne a la edad, se da discriminación en el mercado laboral. ³⁷ Los prejuicios con respecto a la edad intensifican el declive del yo, ocasionando baja autoestima y deterioro de las conductas sociales. ³⁷ Por otro lado, los estereotipos de cada cultura, influyen en la percepción de las personas pertenecientes a este grupo de edad y del resto de la población. ³⁷ Investigadores han estudiado la asociación entre el estigma en tuberculosis y la edad, encontrándose asociación en algunos estudios hechos en Nigeria y Tailandia ^{3,9}, sin embargo en Nepal no se encontró tal asociación.¹⁰

La distribución de la tuberculosis está relacionada a las inequidades sociales concernientes a nivel de ingreso, acceso a educación, empleo etc. ^{42,44,52} El estado de salud de la población aumenta con el nivel de educación porque provee de conocimientos y aptitudes para solucionar problemas y aumenta las oportunidades de conseguir un mejor trabajo y nivel de ingreso; la educación podría contribuir a que la población tenga un mejor conocimiento y entendimiento de la tuberculosis, evitándose el estigma y la discriminación. ⁵² Courtwright y Norris, afirman que la percepción del contagio es la principal causa de estigmatización de la tuberculosis a veces esta percepción es errada debido a la falta de conocimiento, ^{4,5,11,15} pero ellos también encontraron que incluso entre las personas que conocen muy bien este tema existía estigmatización.⁴ Por otro lado, se ha encontrado que las razones de la discriminación por parte de los miembros

de la sociedad fueron: percepción del riesgo de infección, supuestos vínculos entre la tuberculosis y otras causas de discriminación como la pobreza y la clase social baja, vinculación entre la tuberculosis y el comportamiento de mala reputación y las percepciones de que la tuberculosis era un castigo divino.^{4,5,7}

Estudios afirman que la falta de conocimiento acerca de la tuberculosis y la estigmatización de la enfermedad han contribuido a la formación de estereotipos,¹⁵ el retraso en el diagnóstico oportuno de la TBC,^{4,5,8,15} y la interrupción del tratamiento.⁴ Del mismo modo, se ha reportado en Colombia y Cuba que las actitudes discriminatorias se experimentan tanto con la familia como con los amigos y el personal de salud; esto ha traído como consecuencia que los pacientes oculten su diagnóstico y se autoaislen.^{4,5,6,7} La discriminación por parte de los trabajadores hospitalarios, profesionales y no profesionales se configura como una barrera importante para la adherencia al tratamiento y acrecienta el dolor de los pacientes durante el padecimiento.⁵ Sin embargo, en Cuba, no se encontró que la búsqueda de atención médica y el seguimiento del tratamiento fueran afectadas; sin embargo si hubo ocultamiento activo en mayor proporción por las mujeres con el fin de evitar que sus relaciones sociales sean afectadas negativamente.⁶

En Nigeria, se encontró que el 72% de los participantes manifestaron que la tuberculosis influyó negativamente en sus relaciones sociales ya sea con sus amistades, familia o compañeros de trabajo, debido a la percepción negativa de la enfermedad.³ Sin embargo otras investigaciones han demostrado lo contrario;

afirmando que muchos de los pacientes reciben algún tipo de apoyo (soporte físico, psicológico o financiero) ya sea por sus familiares, personal de salud o amigos.^{7, 18} Contar con redes de apoyo sociales para las personas en general es muy importante; estudios han demostrado que las personas que tienen menos contacto social y comunitario tienen mayor probabilidad de que su estado de salud se deteriore; que aquellos que tienen una vida social activa. Las redes de apoyo social están asociadas a mejores estados de salud porque ayudan a las personas a resolver los problemas y enfrentar la adversidad de la vida sobre todo cuando se está enfermo.⁵²

En Nepal, se realizó un estudio transversal, encontrándose que los factores asociados a estigma fueron la ocupación (ser trabajador independiente), ser casado, ser analfabetos, tener familias con más seis miembros, tuberculosis extra pulmonar, el haber sufrido recaídas o fracasos al tratamiento, la historia pasada de TBC y el ingreso familiar bajo.¹⁰ Así mismo, los participantes manifestaron que deseaban mantener oculta la enfermedad, que preferían llevar su tratamiento lejos del lugar de residencia, que sus más allegados han evitado su compañía a causa de la enfermedad y al 37% se les pidió que no fueran a sus centros de labores.^{6,10}

En el Perú, se halló que en la comunidad se evidenciaba rechazo y que además la misma estaba de acuerdo con el aislamiento del paciente con TBC²⁰; por otro lado, en un estudio realizado en Ventanilla, los investigadores hallaron que el estigma en la casa y en la comunidad es factor de riesgo para la mala adherencia

al tratamiento, ¹⁹ hallazgo encontrado también por otros investigadores, ^{4,5,15} y a su vez se encontraron como factores asociados: el ser mujer, el ingreso familiar bajo, diagnóstico previo de TB, MDR-TB, intermitencia o incumplimiento de tratamiento antituberculoso previo y pocos años de educación.¹⁹ Existe un abstract de la investigación anteriormente mencionada donde se emplea el instrumento y se aplicó el análisis de los componentes a los datos obtenidos con el instrumento de estigma.¹⁹ Para esta investigación se usó la misma base de datos del estudio realizado en Ventanilla, pero la diferencia es que nosotros decidimos agregar la variable eventos discriminatorios y analizar el estigma desde el punto de vista de autopercepción, siendo esta última el desenlace.

En resumen, podemos decir que las inequidades sociales y en salud van a acrecentarse según ciertos factores sociodemográficas y socioculturales, por ello la tuberculosis que es una enfermedad que está estrechamente relacionada al contexto social va a seguir azotando a las poblaciones más vulnerables y podría conllevar a tratos injustos y exclusión social perpetuando estas condiciones generación tras generación. ^{3,4,6,7,9,10,13,14 42,44} El ser mujer, tener edad avanzada, bajo nivel de educación, bajo nivel de ingreso, bajo nivel de conocimiento de la enfermedad, son factores sociodemográficos que los estudios han reportado estar asociados a estigma y que a su vez estas poblaciones han experimentado eventos discriminatorios que han conllevado a violación de derechos humanos.^{3,4,6,7,9,10,13,14, 42,44}

4. OBJETIVOS

a. Objetivo general

a.1 Determinar la asociación entre los eventos discriminatorios, factores socioeconómicos y la autopercepción de estigma en pacientes con tuberculosis que residen en Ventanilla, Lima-Perú en el periodo comprendido entre octubre del 2002 a octubre del 2007.

b. Objetivos específicos

b.1 Determinar la prevalencia de la autopercepción de estigma y factores socioeconómicos en pacientes con tuberculosis que residen en Ventanilla.

b.2 Determinar la prevalencia de los eventos discriminatorios en pacientes con tuberculosis que residen en Ventanilla.

b.3 Determinar la asociación entre los factores socioeconómicos y la autopercepción de estigma en pacientes con tuberculosis que residen en Ventanilla.

b.4 Determinar la asociación entre los eventos discriminatorios y la autopercepción de estigma en pacientes con tuberculosis que residen en Ventanilla.

5. MATERIAL Y METODOS

5.1 Diseño de Investigación:

Es un estudio descriptivo transversal donde se realizó un análisis secundario de la base de datos del Proyecto “Determinantes de la susceptibilidad a la Tuberculosis” el cual fue realizado de Octubre de 2002 hasta Octubre de 2007”. La base en mención, contiene los datos de un cuestionario socioeconómico y estigma en tres ámbitos de la vida del paciente: casa, trabajo y comunidad, los cuales fueron analizados desde el punto de vista de autopercepción de estigma y eventos discriminatorios.

5.2 Población:

Población de estudio: Pacientes con diagnóstico de Tuberculosis residentes en el distrito de Ventanilla y que asistían a los diferentes centros de salud del distrito a recibir el tratamiento y que aceptaron participar voluntariamente en el estudio “Determinantes de la susceptibilidad a la Tuberculosis” en el periodo Octubre del 2002 - Octubre del 2007. El distrito de Ventanilla en la provincia del Callao es un distrito con altos índices de pobreza y alta incidencia de Tuberculosis.

Unidad de Análisis: Pacientes con diagnóstico de Tuberculosis.

5.2.1 Criterios de selección para el estudio:

- Pacientes que hayan firmado el consentimiento informado.
- Pacientes con diagnóstico de tuberculosis confirmado por baciloscopia o cultivo positivo.
- Edad mayor de 18 años.
- Pacientes con diagnóstico de Tuberculosis con información completa sobre factores socioeconómicos.
- Pacientes con diagnóstico de Tuberculosis con información completa sobre autopercepción de estigma y eventos discriminatorios.

5.2.2 Tamaño de la población en estudio

La población de estudio consistió en datos de 1153 pacientes con Tuberculosis. Sin embargo, cumplieron los criterios de inclusión para nuestro estudio 941 pacientes. En el anexo 1 se explicó cómo llegamos a obtener los 941 datos con los cuales se trabajó la investigación.

5.2.3 Cálculo de poder del estudio

Estudios en países endémicos reportan que entre 13% y 63% de los pacientes con Tuberculosis se asocia a estigma.¹⁰ Para este protocolo asumimos que el 45% de los participantes experimentarán estigma. Con estas asunciones y para un nivel de significancia del 95%, el tamaño de muestra disponible proporciona un poder estadístico de 98% (paquete STATA v. 10).

5.3 Lista de Variables

Las principales variables usadas para el análisis del estudio fueron las siguientes:

5.3.1 Variables independientes

La edad es una variable categórica dicotómica nominal la cual fue categorizada teniendo como punto de corte los 40 años basándonos en las diferentes investigaciones encontradas acerca del tema;^{3,10,18}; por otro lado, la variable nivel de ingreso también tuvo dos categorías teniendo como punto de corte el sueldo mínimo basándonos en estudios realizados en Nepal y Nigeria;^{3,10} esta fue definida como: Suma de los ingresos de un individuo en un período determinado. Tanto la variable sexo como esquema de tratamiento fueron variables dicotómicas con escala nominal. Así mismo, las variables nivel de instrucción, ocupación, condición de la vivienda, material de construcción de las casas fueron variables categóricas politómicas. Por otro lado, los eventos discriminatorios fueron considerados en diversas investigaciones ^{3,10,18,39,40,41} siendo todas ellas variables categóricas dicotómicas y con escala nominal; para medir esta variable se usaron los mismos enunciados indicados en el cuestionario (Anexo 2). Los eventos discriminatorios en este estudio ha sido definido como: las acciones relacionadas a un trato diferenciado e injusto que han sufrido las personas a causa de la tuberculosis.

5.3.2 Variable dependiente

Para medir la autopercepción de estigma se utilizó la siguiente pregunta del cuestionario: ¿Se siente marginado /discriminado por tener esta enfermedad?.

La variable autopercepción de estigma tuvo dos categorías (fue codificada como 1 para la respuesta si (siempre, a veces y raramente) y 0 para la respuesta nunca). Otros estudios de investigación han empleado preguntas similares para medir estigma.^{6,10,18}

La Autopercepción de estigma en este estudio se defino como: El concepto o valoración negativa que la persona tiene de sí misma como consecuencia de su experiencia con la tuberculosis.

5.4 Instrumentos

Descripción de las técnicas y procedimientos realizados durante el estudio “Determinantes de la susceptibilidad a la tuberculosis”.

Los pacientes con diagnóstico de Tuberculosis fueron invitados a participar en el estudio en forma simultánea en los 16 centros de salud del distrito de Ventanilla. Si el paciente aceptaba a participar, se realizaba una visita a su domicilio donde se llevaba a cabo el reclutamiento de los pacientes y sus contactos, los cuales voluntariamente luego de haber comprendido y firmado el consentimiento informado eran incluidos en el estudio. Durante esta visita ellos llenaban el cuestionario que contenía los datos socioeconómicos, pregunta sobre

autopercepción de estigma y eventos discriminatorios. Posteriormente estos datos fueron pasados a la base del proyecto en mención.

Descripción de las técnicas y procedimientos realizados con las variables ingresadas en la base de datos.

Los procedimientos siguieron el siguiente orden:

Paso 1. Se solicitaron los códigos de los pacientes que cumplan los criterios de inclusión.

Paso 2. De los códigos incluidos para el análisis, se solicitaron las variables de los factores socioeconómicos, actitudes discriminatorias y autopercepción de estigma. Estos sirvieron para la descripción de la población, buscar asociación entre actos discriminatorios y autopercepción de estigma.

Paso 3. Todos los datos solicitados fueron unidos en una sola base de datos para el posterior análisis. Se cruzaron 30 códigos al azar de la base de datos confeccionada para el presente estudio con la información de las fuentes primarias o cuestionarios físicos, para asegurar la calidad de la misma. Los datos deben coincidir con la fuente primaria en un 100%.

5.5 Análisis

Se recogió la matriz de datos en programa Excel las variables de interés para el análisis secundario, las cuales fueron exportadas al programa Stata versión 10. Se describieron los datos con porcentajes para los datos cualitativos y la media y desviación estándar para las variables numéricas continuas. El análisis bivariado se realizó utilizando la prueba de chi cuadrado y regresión logística obteniendo el OR crudo, el intervalo de confianza al 95% y el valor de p de cada una de las

variables estudiadas. Del mismo modo, se realizó regresión logística múltiple para hallar los OR ajustados; el ajuste del modelo fue evaluado con las variables sexo, nivel de ingreso y esquema de tratamiento. Se consideró significativo un valor de $P < 0.05$. Sin embargo, también se creyó conveniente aplicar la regresión de Poisson robusta.^{53,54}

6. RESULTADOS

6.1 Objetivo b.1: Prevalencia de Autopercepción de estigma y Factores socioeconómicos

Para el cumplimiento del objetivo 1 se analizaron 941 datos. En la tabla 1a se puede observar que el 41.2% de la población estudiada refiere autopercepción de estigma. Con respecto a los factores socioeconómicos se observa que el promedio de edad es de 33 años, el 61% son varones; así mismo, el 89.0% son pacientes con TBC sensible, el 75.5% de la población sólo cuenta con estudios escolares culminados y el 42.3% manifestó que no trabajaba. El número de miembros de la familia de la población en estudio presenta una media (DS) de 5 (2.63), el gasto en alimentación por semana tiene una media (DS) de s/.156 (83.08) y el ingreso por semana en la vivienda tiene una media (DS) de s/. 65 (105.90).

Tabla 1: Prevalencia de Autopercepción de estigma y factores socioeconómicos en pacientes con tuberculosis que residen en Ventanilla, Lima-Perú en el periodo comprendido entre octubre del 2002 a octubre del 2007.

Variable	Número N= 941	Porcentaje
Edad (años), media (DS)	32,82 (17,24)	
Sexo		
Femenino	367	39.0
Masculino	574	61.0
Autopercepción de Estigma		
No	553	58.7
Si	388	41.2
Nivel de instrucción		
Analfabeto	39	4.1
Solo estudios escolares	710	75.5
Estudios universitarios	192	20.4
Ocupación		
Labores domesticas	179	19.0
Trabajo fuera de casa	364	38.7
No trabajo	398	42.3
Condición de la vivienda		
Alquilada	34	3.6
Prestada	86	9.1
Propio	732	77.8
Otros	89	9.5
Material de construcción de las casas		
Ladrillo/cemento	411	43.7
Madera	468	49.7
Otros	62	6.6
Abastecimiento de agua		
Red Publica dentro de la vivienda	659	70.0
Pilón	147	15.6
Camión tanque, aguatero	95	10.1
Otro	40	4.3
Tipo de servicio higiénico		
Red Publica dentro de la vivienda	513	54.5
Letrina	78	8.3
Pozo ciego, silo	314	33.4
Otro	36	3.8
Posee un televisor en casa		
Si	887	94.3
Posee una licuadora		
Si	690	73.3
Posee una radio		
Si	653	69.4
Posee un celular		
Si	816	86.7
Posee una cocina		
Si	892	94.8
Posee una refrigeradora		
Si	632	67.2

6.2 Objetivo b. 2: Prevalencia de los eventos discriminatorios de la Población en estudio

En la tabla 1b se muestra el porcentaje de pacientes que manifestaron haber sufrido algún tipo de evento discriminatorio en la casa, comunidad y centro de trabajo o estudios.

En relación al hecho de que el entorno social evita la compañía del paciente con TBC, el mayor porcentaje de pacientes (5.7%) que sufrieron esta evento discriminatorio lo experimentaron en la casa y el 2.6% manifestó haberlo experimentado en el centro de trabajo o estudios.

Acerca del maltrato psicológico, el 5.3% de los pacientes manifestaron haber recibido maltrato psicológico por algún integrante de la comunidad y el 5.4% de los participantes lo experimentaron en casa; por otro lado, el 2.6% de pacientes manifestaron haberla experimentado en el centro de trabajo o estudios.

En lo que se refiere a la pérdida de alguna de sus actividades por parte del paciente, el 15.6% respondió que la enfermedad ocasionó este evento discriminatorio en su centro de trabajo o estudios y el 9% en la casa.

Con respecto a la pérdida de puesto o de trabajo del paciente con TBC, el 9.7% de ellos manifestaron que lo experimentaron en su centro de trabajo o estudios, el 3.5% en la casa y el 0.9% manifestó haberlo sufrido en la comunidad.

En lo que se refiere al cambio de funciones, el mayor porcentaje (14.2%) de los pacientes manifestaron haberlo sufrido en la casa y en menor medida lo experimentaron en la comunidad (1.9%). Finalmente, el 2.1% afirmó haber sido expulsado de su casa a causa de la enfermedad.

Tabla 2: Prevalencia de eventos discriminatorios en la casa, comunidad y centro de trabajo o estudios en pacientes con tuberculosis que residen en Ventanilla, Lima-Perú en el periodo comprendido entre octubre del 2002 a octubre del 2007.

Variable	Número N=941	Porcentaje
El entorno social evitan la compañía del paciente con TBC		
Casa	54	5.7
Comunidad	52	5.5
Centro de trabajo o estudios	24	2.6
Recibieron Maltrato Psicológico		
Casa	51	5.4
Comunidad	50	5.3
Centro de trabajo o estudios	24	2.6
Pérdida de alguna de sus actividades		
Casa	85	9.0
Comunidad	21	2.2
Centro de trabajo o estudios	147	15.6
Pérdida de puesto o trabajo		
Casa	33	3.5
Comunidad	9	0.9
Centro de trabajo o estudio	91	9.7
Cambio de funciones		
Casa	134	14.2
Comunidad	18	1.9
Centro de trabajo o estudio	62	6.6
Expulsado de la casa	20	2.1

6.3 Objetivo b.3: Factores socioeconómicos asociados a Autopercepción de Estigma de la Población en estudio.

En la tabla 2a se puede observar que de los que autopercebieron estigma, el 50.4% fueron mujeres, el 41% fueron menores de 40 años, el 54.5% manifestó padecer de TBC MDR y solo el 38.7% tenían un ingreso mensual mayor al sueldo mínimo.

Por otro lado, en la tabla 2a y 2b se observa que sexo, nivel de ingreso y esquema de tratamiento, están asociados estadísticamente a autopercepción de estigma, con sus respectivos OR crudos y ajustados. Por otro lado, no se encontró asociación entre la autopercepción de estigma con las variables: edad, nivel de instrucción y ocupación.

Tabla 3a: Factores socioeconómicos asociados a autopercepción de estigma en pacientes con tuberculosis que residen en Ventanilla, Lima-Perú en el periodo comprendido entre octubre del 2002 a octubre del 2007.

Variable	Autopercepción de estigma		OR crudo	(95% CI)	p
	Si	No			
Edad					
>=40 años	104 (42.0)	144(58.0)			
<40 años	284(41.0)	409 (59.0)	0.9	(0.7 ; 1.3)	0.79
Sexo					
Masculino	203(35.4)	371(64.6)			
Femenino	185(50.4)	182(49.6)	1.8	(1.4 ; 2.4)	<0.001
Nivel de ingreso					
>=750 soles	259(38.7)	411(61.3)			
<750 soles	129(47.6)	142(52.4)	1.4	(1.2 ; 1.9)	0.01
Esquema de tratamiento					
Sensible	327(39.5)	502(60.5)			
MDR	61(54.5)	51(45.5)	1.9	(1.2 ; 3.0)	0.003

Tabla 3b: Factores socioeconómicos asociados a autopercepción de estigma en pacientes con tuberculosis que residen en Ventanilla, Lima-Perú en el periodo comprendido entre octubre del 2002 a octubre del 2007.

Variable	Autopercepción de estigma		OR crudo	OR ajustado (95%CI)	p-value
	Si	No			
Edad					
>=40 años	104 (42)	144(58)			
<40 años	284(41)	409 (59)	0,9	1.0 (0.9 ; 1.2)	0.62
Sexo					
Masculino	203(35.4)	371(64.6)			
Femenino	185(50.4)	182(49.6)	1,8	1.4 (1.2 ; 1.6)	<0.001
Nivel de ingreso					
>=750 soles	259(38.7)	411(61.3)			
<750 soles	129(47.6)	142(52.4)	1,4	1.2 (1.2; 1.8)	0.03
Esquema de tratamiento					
Sensible	327(39.5)	502(60.5)			
MDR	61(54.5)	51(45.5)	1,9	1.4 (1.2 ; 1.7)	<0.001

6.4 Objetivo b.4: Eventos discriminatorios asociados a la autopercepción de estigma en la población en estudio.

En la tabla 3a, se observa que en lo referente a que si el entorno social evita la compañía del paciente con TBC, el mayor porcentaje (78.8), manifestó haber sufrido esta actitud discriminatoria en la comunidad, mientras que el 45.8% no reportó haberlo sufrido a pesar de haber autopercebido estigma.

En relación a si el paciente recibió maltrato psicológico, el 66.6%, 74% y el 66.6% de los que autopercebieron estigma manifestaron haber sido víctimas de esta actitud discriminatoria en la casa, comunidad y centro de trabajo o estudios respectivamente.

Así mismo, el 62.4% de los pacientes que autopercebieron estigma manifestaron haber perdido alguna de sus actividades en la casa a causa de la TBC; mientras

que el 22.6% de los que autopercebieron estigma refirieron que en su centro de trabajo o estudios experimentaron un cambio de funciones a raíz de la enfermedad.

Por otro lado, se evidencia los eventos discriminatorios asociados a autopercepción de estigma en la casa, comunidad y centro de trabajo o estudios con sus respectivos ORs crudos.

En la tabla 3b se pueden observar a los eventos discriminatorios asociados a autopercepción de estigma con sus respectivos OR ajustados, ya sea en la casa, comunidad o centro de trabajo y/o estudios. El ajuste del modelo se realizó con las variables sexo, nivel de ingreso y esquema de tratamiento; los ORs obtenidos de este ajuste no mostraron gran variación comparados con los ORs obtenidos del análisis bivariado.

Debido a la alta prevalencia encontrada de autopercepción de estigma se consideró aplicar también la regresión de poisson robusta. Los PR mostraron valores menores comparados con los ORs, pero mantuvieron su significancia con cierta variación de los IC. Por otro lado, no se encontró asociación entre la autopercepción de estigma con las variables: ser expulsado de la casa y la pérdida de puesto o trabajo.

Los participantes manifestaron que en la comunidad es donde ellos experimentan más el maltrato psicológico y el hecho de evitar su compañía. En lo referente a la pérdida de algunas de sus actividades sólo se encontró asociación con autopercepción de estigma el hecho de experimentarlo en la casa, por otro lado, en

el cambio de funciones sólo se encontró asociación con autopercepción de estigma el hecho de experimentarlo en el centro de trabajo o estudios.

Tabla 4a: Eventos discriminatorios en la casa, comunidad y en el trabajo o centro de estudios asociadas a autopercepción de estigma en pacientes con tuberculosis que residen en Ventanilla, Lima-Perú en el periodo comprendido entre octubre del 2002 a octubre del 2007.

Variable	Autopercepción de Estigma N=388	OR	(95% CI)	p- (value)
El entorno social ha evitado tu compañía a causa de la enfermedad				
Casa				
no	348(39)			
si	40(74)	4.4	(2.4 ; 8.2)	<0.001
Comunidad				
no	347(45.8)			
si	41(78.8)	5.5	(2.8 ; 11.0)	<0.001
Centro de trabajo o estudios				
no	373(40)			
si	15(62.5)	2.5	(1.1 ; 5.9)	0.03
Recibieron maltrato Psicológico				
Casa				
no	354(40.2)			
si	34(66.6)	2.9	(1.6 ; 5.4)	<0.001
Comunidad				
no	351(40.9)			
si	37(74)	4.1	(2.1 ; 7.9)	<0.001
Centro de trabajo o estudios				
no	372(39.5)			
si	16(66.6)	3.1	(1.2 ; 7.3)	0.011
Pérdida de alguna de sus actividades				
Casa				
no	335(39.4)			
si	53(62.4)	2.5	(1.6 ; 4.0)	<0.001
Cambio de funciones				
Centro de trabajo o estudios				
no	374(41.6)			
si	14(22.6)	0.4	(0.2 ; 0.8)	0.005

Tabla 4b: Actitudes discriminatorias en la casa, comunidad y en el trabajo o centro de estudios asociadas a autopercepción de estigma en pacientes con tuberculosis que residen en Ventanilla, Lima-Perú en el periodo comprendido entre octubre del 2002 a octubre del 2007.

Variable	Autopercepción de Estigma N=388	OR crudo	OR ajustado * (95%CI)	P- value
El entorno social ha evitado tu compañía a causa de la enfermedad				
Casa				
no	348(39)			
si	40(74)	4.4	4.2 (2.2 ; 7.8)	<0.001
Comunidad				
no	347(45.8)			
si	41(78.8)	5.5	4.9 (2.5 ; 9.8)	<0.001
Centro de trabajo o estudios				
no	373(40)			
si	15(62.5)	2.5	2.6 (1.1 ; 6.0)	0.03
Recibieron maltrato Psicológico				
Casa				
no	354(40.2)			
si	34(66.6)	2.9	2.8 (1.5 ; 5.1)	<0.001
Comunidad				
no	351(40.9)			
si	37(74)	4.1	3.7 (1.9 ; 7.1)	<0.001
Centro de trabajo o estudios				
no	372(39.5)			
si	16(66.6)	3.1	2.8 (1.2 ; 6.8)	0.02
Pérdida de algunas de sus actividades				
Casa				
no	335(39.4)			
si	53(62.4)	2.5	2.6 (1.6 ; 4.2)	<0.001
Cambio de funciones				
Centro de trabajo o estudios				
no	374(41.6)			
si	14(22.6)	0.4	0.4 (0.2 ; 0.8)	0.006

* Los OR se obtuvieron ajustando con las variables sexo, nivel de ingreso y esquema de tratamiento.

7. DISCUSION

En el presente estudio se logró determinar que un nivel de ingreso bajo, el ser mujer y el ser paciente que recibe esquema de tratamiento para MDR está asociado a tener mayor probabilidad de experimentar autopercepción de estigma; por otro lado, entre los eventos discriminatorios analizados en el estudio: el entorno social evita la compañía del paciente con TBC, recibir maltrato psicológico, pérdida de alguna de sus actividades y cambio de funciones demostraron tener asociación con autopercepción de estigma, mientras que pérdida de puesto o trabajo, y el ser expulsado de la casa no demostraron estar asociados a autopercepción de estigma.

Documentar el nivel de estigma hacia la tuberculosis y la identificación de factores asociados con el estigma son pasos importantes para diseñar futuras intervenciones para reducir el estigma.⁹ En diversos estudios se muestra que los factores sociales y culturales que operan en el contexto juegan un papel importante en la estigmatización de la enfermedad, por lo que la prevalencia del estigma es muy variable entre países.⁴Una demostración de esto es que la prevalencia de autopercepción de estigma en tuberculosis encontrado en el presente estudio (41.2%) estuvo por debajo del encontrado en Nepal (72%).¹⁰

La tuberculosis es una enfermedad social con amplia distribución mundial, motivo por el cual, ha sido estudiada en diversos contextos.^{2,3,4,5,6,7} Los resultados de nuestro estudio coinciden con los resultados de otros estudios hechos a nivel internacional. Sin embargo, es necesario mencionar las limitaciones del mismo, una de ellas es que al trabajarse con una base secundaria, tuvimos que excluir una serie de datos incompletos; tomándose solo en cuenta para el análisis los pacientes

con datos completos al 100%, del mismo modo, podemos decir que solo se usó una pregunta para medir autopercepción de estigma. Una de las limitaciones es que en el cuestionario empleado no existe información acerca de eventos discriminatorios en los servicios de salud, lo que hubiera dado datos relevantes porque es allí donde se lleva a cabo el diagnóstico precoz y el inicio del tratamiento. Teniendo en cuenta que el hecho de estar expuesto a eventos discriminatorios no garantiza que se dé automáticamente la autopercepción de estigma, hubiera sido importante tener como variable la personalidad resistente. Por otro lado, al ser un estudio transversal no podemos afirmar causalidad entre estigma y eventos discriminatorios.

Así como señalamos las limitaciones del estudio podemos indicar las fortalezas del mismo, una de ellas es que el estudio tiene un buen poder o potencia y los hallazgos podrían servir para proponer políticas de salud que ayuden a erradicar estos eventos discriminatorios que ocasionan violación de los derechos humanos de los pacientes con TBC, así mismo este estudio sirve como base para estudios futuros longitudinales que se quieran hacer respecto a este tema. Se han realizado estudios cualitativos acerca del estigma y discriminación en Colombia y Brasil, pero en nuestro país no tenemos estudios enfocados en autopercepción de estigma y eventos discriminatorios; estos últimos no son tomados en cuenta a pesar de que estudios internacionales han demostrado la repercusión que podrían tener en el éxito de los programas de lucha contra la tuberculosis. Necesitamos evidencia generada a nivel local para que sea considerada dentro de las intervenciones públicas por lo decisores políticos.

La tuberculosis es una enfermedad vinculada con la pobreza y a las condiciones de contexto ya sean sociales, económicas o culturales de la población. Ventanilla es un distrito que pertenece a la provincia del Callao, considerada como “zona roja” en casos de tuberculosis resistente. En nuestra investigación podemos ver que el 75.5% de la población afectada por la tuberculosis que participó en estudio, solo cuenta con estudios escolares, el 42.3% no está trabajando, el 49.7% tiene su casa de madera, casi el 30% no cuenta con una red pública de agua potable y el aproximadamente el 45 % no tiene una red pública de servicio higiénico. Las condiciones de salud se ven afectadas bajo estas condiciones, pues hay estudios que han demostrado que la educación, condiciones de empleo y el entorno físico con factores que moldean la salud de la población; ⁵² por otro lado, se ha observado que la discriminación que sufre esta población a causa de la enfermedad genera exclusión social, violación de derechos humanos e inequidad haciendo que la tuberculosis se concentre en zonas con estas características contextuales. ^{42,44}

El estigma nace del desconocimiento; esta aseveración ha sido corroborada en muchas investigaciones, sin embargo se ha evidenciado que en los servicios de salud son los lugares donde existe un gran estigma conllevando a los profesionales de la salud a ejercer prácticas discriminatorias hacia los pacientes. ^{1,2,4,11,13,16,20,36}

Aunque muchos autores han demostrado en sus estudios la asociación entre estigma en tuberculosis y sexo ^{9, 18, 19}, incluyendo nuestro estudio; otros muy por el contrario no han encontrado tal asociación. ^{3,10,55,56} En nuestro estudio se encontró que las mujeres (50.4%) experimentan más autopercepción de estigma

que los varones (35.4%, $p = <0.001$).¹⁰ Esta mayor vulnerabilidad de la mujer al estigma podría estar ligada al contexto cultural y social de cada lugar en donde se realiza el estudio^{13,21}, tal es así que en algunos países como la India y Nepal, se ha mostrado que las perspectivas matrimoniales de las mujeres diagnosticadas con TBC son seriamente afectadas e incluso las mujeres que son casadas pueden llegar a divorciarse;^{4,7,13,14,56} sin embargo, se ha reportado que pacientes varones manifestaron haber recibido maltrato por parte de sus esposas por no poder trabajar y llevar dinero al hogar debido al padecimiento de la enfermedad.¹⁰ Por esta evidencia, algunos autores han manifestado que el estigma a la tuberculosis puede empeorar las desigualdades de salud preexistente en función de sexo y clases sociales.^{4, 14}

Al decir que la tuberculosis está vinculada a la pobreza, socialmente ya identificamos un atributo del estereotipo de la persona con TBC: pobre, sin dinero. Definitivamente el nivel de ingreso es un determinante social de la salud que ha sido reportado como asociado a estigma en diferentes investigaciones.^{3,10}

Basado en estos hallazgos, en nuestro estudio decidimos incluir en el análisis esta variable, encontrando dicha asociación, siendo los pacientes con ingresos menores al sueldo mínimo los que más probabilidad tienen de autopercebir estigma.

En nuestro estudio el mayor nivel de autopercepción de estigma se presentó en pacientes TBC MDR; hallazgo encontrado también por Acosta. No hemos encontrado bibliografía que explique este hallazgo, pero lo atribuimos al hecho de que los pacientes son sometidos a un tratamiento más agresivo que los pacientes con TBC sensible, por ende las consecuencias físicas y psicológicas son más intensas.⁵⁷ Así mismo, la asociación entre esquema de tratamiento y

autopercepción de estigma fue encontrada en este estudio, tal como se indica en la tabla 3b, aunque en otra investigación no encontraron tal asociación.¹⁸

Con respecto a la variable edad, en este estudio no se encontró asociación con autopercepción de estigma, lo que coincide con una investigación realizada en Nepal;¹⁰ sin embargo, en Nigeria se encontró que el grupo de edad entre 20 y 50 años que pertenecía a la población que trabajaba, eran más propensos a sufrir estigma.^{3,9} La prevalencia de estigma en nuestro estudio según el grupo de edad fue similar.

Según la bibliografía revisada, el estigma en tuberculosis está asociado a la exposición a eventos discriminatorios,^{18, 39,40,41} afectando seriamente las relaciones sociales,^{7,10,18,20,56} a nivel de casa, de comunidad y en el centro de trabajo y/o estudios. Los participantes manifestaron que la tuberculosis ha ocasionado que haya maltrato psicológico, cambio de funciones, pérdida de algunas de sus actividades, a que el resto de la población evite su compañía, pérdida de puesto o trabajo y al hecho de ser expulsados de sus hogares a causa de padecer la enfermedad.¹³ Es importante señalar que 20 participantes manifestaron haber sido expulsados de sus casas; teniendo que afrontar solos los estragos de la enfermedad.

Las redes de apoyo social son un factor ligado a la buena salud, debido al soporte emocional que los pacientes reciben de sus pares;^{7,18,52} sin embargo, un artículo reportó que los pacientes recibían maltrato psicológico por parte de sus familiares y a su vez manifestaron que las personas evitaban su compañía a causa de la enfermedad, inclusive sus propios familiares los obligaban a comer y dormir en un ambiente diferente al resto de los integrantes de la familia, es decir los aislaban;^{7,}

^{10, 18, 20, 56}ambos hechos fueron corroborados en nuestro estudio en los tres ámbitos de la vida cotidiana, lo cual a su vez presentan una asociación significativa con la autopercepción de estigma. Dichos eventos discriminatorios podrían generar el ocultamiento de la enfermedad; ^{3, 4, 6, 10, 56, 62, 63} comportamiento adquirido por ellos para protegerse del rechazo social y evitar la pérdida del empleo. ^{4, 6, 56, 62, 63}

A pesar de lo expuesto en el anterior punto, cuando un paciente decide compartir el padecimiento de la enfermedad, las personas que son elegidas para ello son los familiares y/o pareja, ¹⁰ hecho encontrado también en este estudio, siendo los menos elegidos los amigos y compañeros de trabajo o estudios. La decisión de informar o no sobre la enfermedad puede deberse al hecho de que diversas investigaciones han demostrado que la enfermedad afecta seriamente las relaciones sociales, especialmente las de pareja; ^{3, 4, 7, 10, 13, 14, 56} sin embargo otras investigaciones han demostrado que no siempre los pacientes con TBC se encuentran desprotegidos socialmente pues se encontró que muchos de los pacientes reciben algún tipo de apoyo (soporte físico, psicológico o financiero) ya sea por sus familiares, personal de salud o amigos.^{7, 18} Contar con una red de apoyo social es muy importante para un paciente que sufre de TBC, ya que les permite afrontar mejor las adversidades a consecuencia de la enfermedad, disminuye la probabilidad de depresión y es un soporte de la autoestima del paciente.^{7, 10, 18} Dependiendo de las habilidades sociales vamos a tener éxito en nuestras relaciones interpersonales, siendo capaces de sobreponernos rápidamente a eventos adversos que suframos en nuestra vida, cómo el hecho de padecer una enfermedad tan marcada socialmente como la tuberculosis. ^{58, 59, 60, 61} Por ende, los eventos discriminatorios que experimenten los pacientes a raíz de la tuberculosis

van a afectar negativamente su identidad, pero otros no serán afectados por poseer mejores habilidades sociales.

La tuberculosis es una enfermedad que afecta no solo la vida personal sino también la laboral,¹⁸ influyendo de manera negativa en las expectativas laborales de los pacientes;^{4,7,10} sin embargo no se encontró asociación significativa entre pérdida de puesto o trabajo en nuestro estudio y autopercepción de estigma, pero el 9.7% de los participantes manifestaron que si perdieron su puesto de trabajo a causa de la enfermedad, hecho que afecta a la economía de la familia del paciente. La tuberculosis ha sido considerada como una enfermedad hereditaria, incurable, asociada con los malos hábitos de vida y ha sido vista como una enfermedad muy contagiosa, estas percepciones se refuerzan a menudo en el grupo de estrato socioeconómico bajo por problemas de acceso a la información; sin embargo, estudios también han manifestado que existe discriminación por parte del personal de salud, específicamente las enfermeras, esto se debe específicamente a la percepción de contagio que se tiene de la enfermedad.^{7,10} El personal de salud es el factor más importante en el retraso diagnóstico, según la OPS y la OMS, en la universidades de América Latina existe una enseñanza pobre respecto a la TBC y además existe una baja motivación del personal de salud para permanecer en los servicios de atención a pacientes con TBC.^{7,15}

Para el manejo de la tuberculosis necesitamos más que un buen tratamiento y diagnóstico, ya que esta enfermedad está cargada de estigma, lo que conlleva a que se ocasione un impacto negativo no solo en la búsqueda de atención y continuidad del tratamiento sino también en la calidad de vida de las personas.

Las eventos discriminatorios y la autopercepción de estigma conllevan a la violación de los derechos humanos, por tal motivo, estos factores psicosociales contribuyen al poder devastador de la enfermedad a nivel personal y social, y podrían convertirse así en grandes obstáculos para lograr controlar la TBC; se necesita plantear intervenciones que creen un ambiente libre de estigma y discriminación, contribuyendo a mejorar la calidad de vida del paciente con tuberculosis. Por otro lado, necesitamos contar con políticas públicas que estén enfocadas a crear un contexto de equidad social para poder mitigar el avance de la tuberculosis resistente en nuestro país.

8. CONCLUSIONES

- La prevalencia de autopercepción de estigma encontrada en el estudio fue de 41.2%.
- Las mujeres, los pacientes con bajo nivel de ingreso y los que recibieron tratamiento MDR fueron los que presentaron mayor prevalencia de autopercepción de estigma.
- Los participantes manifestaron estar expuestos a todos los eventos discriminatorios estudiados tanto en la casa, comunidad y centro de trabajo o estudios.
- La tuberculosis es una enfermedad muy estigmatizada en nuestro país, encontrándose como factores socioeconómicos asociadas significativamente a la autopercepción de estigma; al sexo, nivel de ingreso y esquema de tratamiento.
- Las personas que padecen de tuberculosis están expuestas a eventos discriminatorios, entre los eventos discriminatorios asociadas significativamente a la autopercepción de estigma tenemos: recibir maltrato psicológico, evitar la compañía de los afectados, pérdida de alguna de sus actividades y el cambio de funciones.
- El abordaje de la lucha contra la tuberculosis debería de tener un enfoque integral basada en los derechos humanos y en los determinantes sociales de la salud.

9. RECOMENDACIONES

Las investigaciones futuras tanto científicas como operacionales, en la implementación de políticas públicas como de los programas de tuberculosis, deben de considerar un enfoque integral, es decir no solo tener en cuenta la biología de la enfermedad, investigar nuevas técnicas de diagnóstico, innovar el tratamiento, contextos sociales, culturales y poblaciones vulnerables; sino también, los factores psicosociales como el estigma y discriminación; que según investigaciones internacionales, afectan la calidad de vida de los pacientes, el diagnóstico precoz y la adherencia al tratamiento.

Se necesita acciones vinculadas en la promoción, gestión y defensa de los derechos humanos creando así ambientes favorables para poder tener éxito en la erradicación de la enfermedad; sumándose a todo lo anterior, podemos decir que se necesita mejorar los procesos de sensibilización del personal de salud, pues su atención debe centrarse en la persona y no en la enfermedad, solo así se lograría cambiar los conceptos negativos que existen hacia los pacientes con tuberculosis, logrando evitar vulnerar sus derechos y ayudando a su reintegración a la sociedad.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- 1.- Grisolia E, Mantecón N, Parodi D, Rodríguez E. Estudio sobre la autopercepción del estigma social y la autoestima en personas que forman parte del plan de servicios individualizado (PSI). Barcelona: Universidad Autónoma de Barcelona. Escuela de Terapia Familiar Hospital de la Santa Creu i Sant Pau; 2010.
- 2.-Ochoa S et al. Estudio cualitativo sobre la autopercepción del estigma social en personas con esquizofrenia. Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq. 2011; 31(111):477-489.
- 3.-Abioye IA, Omotayo MO, Alakija W. Socio-demographic determinants of stigma among patients with pulmonary tuberculosis in Lagos, Nigeria. African Health Sciences. 2011;11(1).
- 4.- Courtwright A, Norris A. Tuberculosis and Stigmatization: Pathways and Interventions. Public Health Reports. 2010; 4(125):34-42.
- 5.- Muñoz A, Rubiano Y. Proceso Salud-Enfermedad construido en torno a la Tuberculosis: un caso en Bogotá (Colombia). Index Enferm. 2011; 20(4):229-232.
- 6.- De la Cruz AM. Tuberculosis y afectividad. Rev Cubana Med Trop. 2004; 56(3): 214-218.
- 7.-Baral SC, Karki DK, Newell JL. Causes of stigma and discrimination associated with tuberculosis in Nepal: a qualitative study. BMC Public Health. 2007;7:211.
- 8.-Pungrassami P, et al. Tuberculosis and AIDS stigma among patients who delay seeking care for TB symptoms. Int J Tuberc Lung Dis. 2010;14(2):181–187.

- 9.-Kipp A, et al. Socio-demographic and AIDS-related factors associated with tuberculosis stigma in southern Thailand: a quantitative, cross-sectional study of stigma among patients with TB and healthy community members. *BMC Public Health*. 2011;11:675.
- 10.-Aryal S, et al. Stigma Related to Tuberculosis Among Patients Attending DOTS Clinics of Dharan Municipality. *Kathmandu University Medical Journal*. 2012;10(1).
- 11.-Jittimanee S, et al. Social Stigma and Knowledge of Tuberculosis and HIV among Patients with Both Diseases in Thailand. *PLoS ONE*. 2009;4(7).
- 12.-Kipp A, et al. Study of tuberculosis and AIDS stigma as barriers to tuberculosis treatment adherence using validated stigma scales. *Int j tuberc lung dis*. 2011;15(11):1540–1545.
- 13.-Somma D, et al. Gender and socio-cultural determinants of TB-related stigma in Bangladesh, India, Malawi and Colombia. *Int j tuberc lung dis*. 2008;12(7):856–866.
- 14.-Tungdim MG, Kapoor S. Gender Differentials in Tuberculosis: Impact of Socio-Economic and Cultural Factors Among the Tribals of Northeast India. *The Open Social Science Journal*. 2010;3:68-74.
- 15.-Gaviria MB, Henao HM, Martínez T, Bernal E. Papel del personal de salud en el diagnóstico tardío de la tuberculosis pulmonar en adultos de Medellín, Colombia. *Rev Panam Salud Pública*. 2010; 27(2):83-92.
- 16.-Muñoz A, Bertolozzi M. Percepción de los trabajadores de salud de unidades básicas de salud de Sao Paulo (Brasil) sobre la tuberculosis. *Av. Enferm*. 2009;27(2):19-24.

- 17.-Clementino F, et al. Tuberculose: desvendando conflitos pessoais e sociais. Rev enferm UERJ. 2011; 19(4):638-643.
- 18.-Moya E. Tuberculosis and stigma: impacts on health-seeking behaviors and access in ciudad Juárez, México, and El Paso, Texas [Tesis doctoral]. Mexico: The University of Texas at El Paso. The Faculty of the Graduate School; 2010.
- 19.-Acosta C, et al. Tuberculosis stigmatization is associated with disease concealment and poor treatment adherence [abstract].
- 20.-Avendaño M. Actitudes de pacientes del programa de control de tuberculosis y de población aparentemente sana, frente a la TBC, en relación a la prevalencia, gravedad y estigma social percibidos: Arequipa, junio - agosto 1996 [Tesis]. Arequipa: Universidad Nacional San Agustín. 1996.
- 21.-Onifade D, et al. Gender-related factors influencing tuberculosis control in shantytowns: a qualitative study. BMC Public Health. 2010;10:381.
- 22.-Comité para el Control de la Tuberculosis en Lima del Consejo Regional III. Colegio Médico del Perú. Lineamientos generales para la prevención y control de la tuberculosis en Lima Metropolitana. Lima: Comité para el Control de la Tuberculosis en Lima del Consejo Regional III. Colegio Médico del Perú; 2011.
- 23.-Fuentes L. Enfoque sociopolítico para el control de la tuberculosis en el Perú. Rev Perú MedExp Salud Pública. 2009; 26(3):370-79.
- 24.-Lozano JL, Plasencia C, Ramos D, García R, Mahíquez L. Factores de riesgo socioeconómicos de la tuberculosis pulmonar en el municipio de Santiago de Cuba. MEDISAN. 2009;13(1).
- 25.-Bonilla C. Situación de la tuberculosis en el Perú. Acta Medica Perú. 2008; 25(3): 163-170.

- 26.-Municipal Distrital de Ventanilla. Comité Técnico del Plan de Desarrollo Concertado. Plan del Desarrollo Concertado del Distrito de Ventanilla 2006-2015. Callao: Municipalidad de Ventanilla. Comité Técnico del Plan de Desarrollo Concertado; 2006.
- 27.-Jiménez C. Avances de la investigación en las ciencias administrativas. *Nòesis*. 2012; 21(41).
- 28.-Dirección Regional de salud del Callao. Análisis situacional de salud Red Bonilla La punta 2009. Callao: Dirección Regional de salud del Callao; 2009.
- 29.-Dirección Regional de salud del Callao. Estrategia sanitaria regional prevención y control de tuberculosis situación de la tuberculosis en la región Callao. Callao: Dirección Regional de salud del Callao; 2011.
- 30.-Ministerio de Salud. Plan de Comunicación. Lima: Ministerio de Salud.; 2010.
- 31.-Senado JD. El riesgo de enfermar de tuberculosis. *Rev Cubana Med Gen Integr*. 1999;15(2):168-75.
- 32.-Núñez, J. Un episodio en la historia de la tuberculosis en el Perú (Tamboraque, 1895). *Histórica XXXIII*. 2009;1:43-64.
- 33.-Fenton M., Armenteros M. Temas de enfermería médico-quirúrgica. 3a ed. Cuba: Ecimed; 2007.
- 34.-Busto J. Actitudes, Experiencias y Prácticas en Atención primaria ante el diagnóstico por la infección por el Virus de la Inmunodeficiencia Humana [Tesis doctoral]. Madrid: Universidad Europea Madrid. Facultad de Ciencias Biomedicas; 2013.

- 35.-Muños M, Perez E, Crespo M, Guillen AI. Estigma y Enfermedad Mental. 1 era ed. Madrid: Editorial Complutense; 2009.
- 36.-Guel G, Garcia G, Herrera J, Sanchez FM. Percepción del Estigma Social en pacientes con tuberculosis jurisdicción sanitaria 1, Zacatecas. Ibn Sina. Revista electrónica semestral en Ciencias de la Salud.
- 37.-Meléndez JC. La Autopercepción negativa y su desarrollo con la edad. Geriátrika, 1996; 12 (8): 388-391.
- 38.-Pôrto A. Social representations of tuberculosis: stigma and prejudice. RevSaúde Pública. 2007;41(1).
- 39.-Miric M. El estigma social desde la teoría de la comunicación humana de Paul Watzlawick. Paradigmas. 2004;(3):1-13.
- 40.-Miric M. Estigma y discriminación: vinculación y demarcación. Paradigmas 2003; 2.
- 41.-Ministerio de Salud de la Nación. Experiencias de estigma y discriminación en personas homosexuales/gays, bisexuales y trans. Buenos Aires: Ministerio de Salud de la Nación; 2010.
- 42.-Krieger N. Discrimination and Health. En: Berkman L, Kawachi I, editores. Social Epidemiology. New York: Oxford University Press, Inc; 2000. p. 36-100.
- 43.-Fundación Regional de Asesoría en Derechos Humanos. Diversidad ¿sinónimo de discriminación?. Ecuador: Fundación Regional de Asesoría en Derechos Humanos; 2001.

- 44.-Krieger N. Glosario de epidemiología social. *Revista Panamericana de Salud Pública*. 2002;11: 480–490.
- 45.-Ugarte-Gil, C. Tuberculosis: Un Enfoque de Derechos Humanos. *Acta Med Per*. 2009; 26(1).
- 46.-Courtis, C. Dimensiones conceptuales de la protección legal contra la discriminación. Comisión Internacional de Juristas. Ginebra.
- 47.-Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Manual de Actividades para la Reducción de Estigma y Discriminación relacionados a ITS, VIH y SIDA. Guatemala: Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social; 2013.
- 48.-Riquero P. Depresión en pacientes con tuberculosis según tipo de tratamiento de la red urbana del MINSA Chiclayo, 2012. Chiclayo: Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo. Escuela de Psicología; 2014.
- 49.-Lojo S. Estigma Social, trastorno mental, identidad y desempeño ocupacional: Relaciones pendientes de transformación. España: Universidad Da Coruña. Facultad de Ciencias de la Salud; 2013.
- 50.-Defensoría del Pueblo. La Lucha contra la Discriminación: Avances y Desafíos. Lima: Defensoria del Pueblo; 2013.
- 51.-Defensoría del Pueblo. La Discriminación en el Perú: Problemática, normatividad y tareas pendientes. Lima: Defensoria del Pueblo; 2007.

- 52.-Lip C, Rocabado F. Determinantes sociales de la Salud en el Perú. Lima: Organización de la Salud; 2005.
- 53.-Schiaffino A, et al. ¿Odds ratio o razón de proporciones? Su utilización en estudios transversales. *GacSanit.* 2003;17(1):70-4
- 54.-Barros AJD, Hirakata VN. Alternatives for logistic regression in cross-sectional studies: an empirical comparison of models that directly estimate the prevalence ratio. *BMC Medical Research Methodology.* 2003.
- 55.- Sirinapha XJ, et al. Social Stigma and Knowledge of Tuberculosis and HIV among Patients with Both Diseases in Thailand. *PLoS ONE.* 2009; 4(7).
- 56.-Abebe G, et al. Knowledge, Health Seeking Behavior and Perceived Stigma towards Tuberculosis among Tuberculosis Suspects in a Rural Community in Southwest Ethiopia. *PLoS ONE.* 2010; 5(10).
- 57.-Del Castillo H, Mendoza A, Saravia JC, Somocurcio J. Epidemia de tuberculosis multidrogo resistente y extensivamente resistente a drogas (TB MDR/XDR) en el Perú: situación y propuesta para su control. *Rev Perú Med Exp Salud Pública.* 2009; 26(3):380-86.
- 58.- Coie JD, Dodge KA, Coppotelli H (1982). Dimensions and types of social status: A cross-age perspective. *Developmental Psychology.* 18 (4):557-570.

59.- Coie JD, Dodge KA, Terry R, Kupersmidt JB (1991). The role of aggression in peer relations: An analysis of aggression episodes in boys' play groups. Child Development. 62:812-826.

60.- Coie JD, Kupersmidt JB (1983). A behavioral analysis of emerging social status in boys' groups. Child Development. 54:1400-1416.

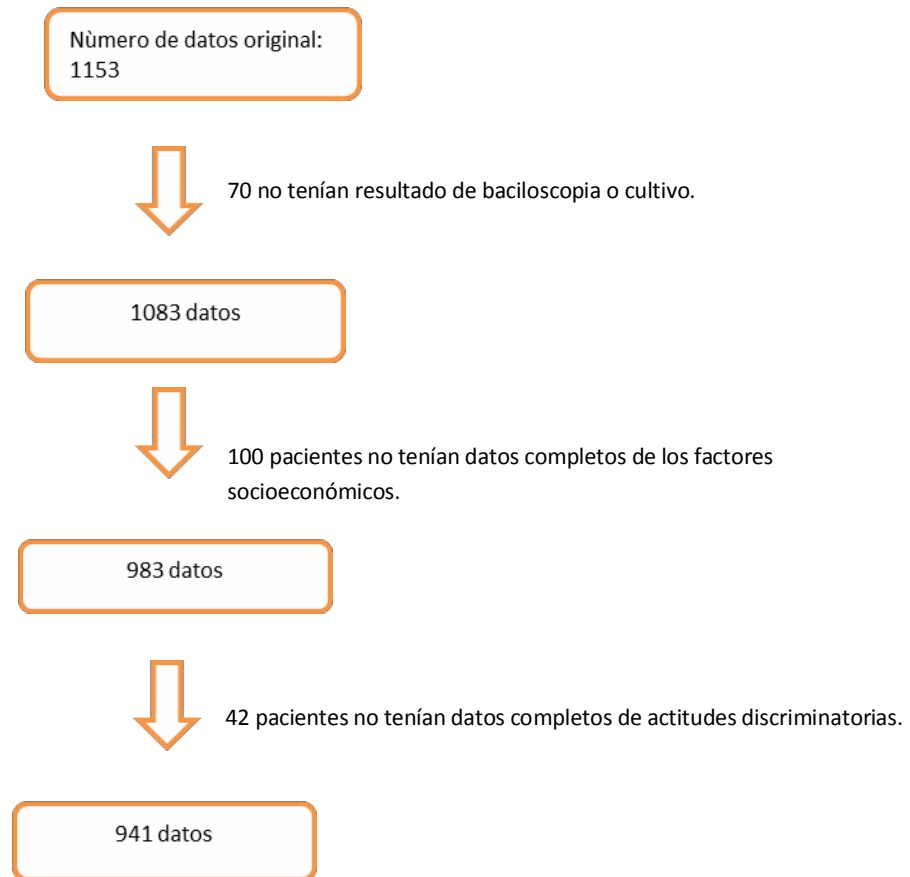
61.- Wasserman S, Faust K. Social Networks Analysis: Methods and Applications. Cambridge, UK: Cambridge University Press, 1994

62.- Van Rie A, et al. Measuring stigma associated with tuberculosis and HIV/AIDS in southern Thailand: exploratory and confirmatory factor analyses of two new scales. Tropical Medicine and International Health. 2008; 13(1): 21–30.

63.- Cramm J, Finkenflügel H, Moller V, Nieboer A. TB treatment initiation and adherence in a South African community influenced more by perceptions than by knowledge of tuberculosis. BMC Public Health. 2010; 10:72.

ANEXO

Anexo 1: Selección de datos de la base de datos del Proyecto “Determinantes de la susceptibilidad a la Tuberculosis” el cual fue realizado de Octubre de 2002 hasta Octubre de 2007”.



Si murió por cualquier causa (es mejor fechas aproximadas a no tener datos):

Código persona quien murio	Fecha en que murió DD/MM/AA	Murió de TBC Si / No / No sabe	Otras causas de fallecimiento (diferente de TBC) Indicar Causa	Murió durante el tratamiento de la TBC Si / No / No sabe / NA	Lugar de fallecimiento (que hospital u otro...) Indicar lugar

Por todos los episodios de tratamiento de TBC (de Lima o afuera; del programa u otro) y diagnósticos de TBC sin tratamiento, completar (es mejor fechas aproximadas a no tener datos):

Datos del base de episodios si existe; corregidos y/o por completar en campo por entrevista							Datos del base de libros si existe; corregidos y/o por completar en campo por entrevista								
Código persona de hoja I	Numero de Episodio	Numero de días de Tos antes de ir a CS o Posta Medica	Numero de días de Tos antes del diagnostico # días/ sin tos / NSNR	Numero de días de tos o cualquier otro sintoma de esta enfermedad antes del diagnostico # días o NSNR	Numero de días de demora después del diagnostico pero antes del inicio de tratamiento # días o NSNR	Numero de visitas a la posta/hospital por estas síntomas antes del inicio de tratamiento # días o NSNR	Numero de muestras de esputo antes del diagnostico # muestras o NSNR	Nombre de la posta o lugar donde inicio tratamiento o NA / NS	Esquema de tratamiento 1/2 MDR Otro _____ (especificar) o NA / Sin Tto	Fecha de inicio del tratamiento (o fecha de diagnostico si diagnostico sin tratamiento) DD/MM/AA	Fecha de termino del tratamiento (del la ultima pastilla) DD/MM/AA	Tipo de TBC 1.Pulmonar 2. Extrapul 3.Ambos	Condición final A. Abandono B. Fracaso C. Curado D. Murió E. Continua en tto F. En espera G. Tratamiento suspendido H. Completado sin alta I. Sin Inicio tto Z. NSNR	Confirmación de TB: A.SI confirmado BK + o Cult + B. Sin confirmación del Laboratorio C. No Sabe	Cómo fue detectada la TB: A. Usted tenía síntomas de TB y por eso fue al Centro de salud. B. El personal del MINSA lo busco por ser contacto. C. Nuestro proyecto durante visitas de Reclutamiento. D. Nuestro proyecto durante las visitas de vigilancia o seguimiento regular. E. Nuestro proyecto durante el seguimiento final(del año) F. Otro (especificar)
		__ días/ NS	__ días/ no tos/ NS	__ días/ NS	__ días/ NS	__ días/ NS	__ muestras / NS			__/__/__	__/__/__				
		__ días/ NS	__ días/ no tos/ NS	__ días/ NS	__ días/ NS	__ días/ NS	__ muestras / NS			__/__/__	__/__/__				
		__ días/ NS	__ días/ no tos/ NS	__ días/ NS	__ días/ NS	__ días/ NS	__ muestras / NS			__/__/__	__/__/__				
		__ días/ NS	__ días/ no tos/ NS	__ días/ NS	__ días/ NS	__ días/ NS	__ muestras / NS			__/__/__	__/__/__				

Si falta espacio para personas, fallecidos o episodios, por favor añadir más hojas con estos detalles. Notas:

CONTINUACION DEL CENSO: Escribir códigos en MAYUSULAS

Código de la persona	<p>¿Tiene (o tuvo cuando murió) seguro de salud? (cualquier tipo Ejemplo: SIS/AUS, Particular, FFAA, EsSalud, etc.)</p> <p>Si No En Trámite (ET) NSNR</p>	<p>Ocupación actual A. Trabajo dependiente (sueldo) B. No trabajo pero tiene trabajo remunerado C. Muy enfermo como para realizar tareas usuales D. Trabajo Familiar no remunerado E. Trabajo independiente (ambulante, taxista) F. Buscando trabajo G. Estudiante / Vacaciones H. Menor de edad I. Otro (especifica) M. Labores domesticas X. NA (pacientes muertos o sin ocupación) Z. NS/NR</p>	<p>Ingreso de dinero por semana. El promedio de la cantidad usual en los últimos 4 meses (0 si no hay ingresos) En números enteros</p>	<p>Fecha de nacimiento DD/MM/AA Pide ver documentos. Solo aproximar si no hay forma de saber el dato real. NS no es aceptable.</p>	<p>¿Tiene DNI? Indicar: numero / No / NSNR</p>	<p>SOLICITAR AL PACIENTE Y A CADA UNO DE LOS CONTACTOS CENSADOS DE 8 AÑOS O MAS, UNA MUESTRA DE FLEMA O SALIVA (LLEVAR A UPCH) A. Rechazo, (-9), o nunca podemos obtener muestra. B. Si, llenar fecha abajo (llevar muestra a UPCH con consentimiento escrito ahora o anteriormente) D. No Flema por difícil de ubicar después de 3 re-visitats en 3 horarios diferentes en 3 días distintos (-1) Y. Otro-especificar Z. NSNR</p>
00						___ _/___/___
01						___ _/___/___
02						___ _/___/___
03						___ _/___/___
04						___ _/___/___
05						___ _/___/___
06						___ _/___/___
07						___ _/___/___
08						___ _/___/___
09						___ _/___/___
10						___ _/___/___
11						___ _/___/___
12						___ _/___/___
13						___ _/___/___
14						___ _/___/___
15						___ _/___/___
16						___ _/___/___
17						___ _/___/___
18						___ _/___/___

SOCIOECONOMICO: Escribir códigos en MAYUSCULA.

#	Pregunta	Opciones	Escribir códigos de respuesta en MAYUSCULA. (escribir código o especificar)	
			En tiempo de reclutamiento a nuestro Proyecto	En esta visita de seguimiento AHORA Si el paciente falleció o está viviendo fuera de Ventanilla (extranjero) o difícil de ubicar, registrar los datos actuales de la vivienda de los contactos censados.
114a	TV a COLOR que funcione:	B. no / ninguno C. uno D. dos o mas Z. NS/NR		
106	Qué material predomina en las paredes exteriores de su vivienda	B. Adobe H. Tapia o F. Estera A. Ladrillo, cemento E. Madera D. Piedra (con barro) C. Quincha (caña con barro) I. Piedra o sillar (con cal o cemento) G. Otro (especificar) Z. NSNR		
107	Qué material predomina en los pisos de su vivienda	H. Sin vivienda F. Tierra, arena, ripio D. Madera (entablados) E. Cemento A. Parquet o madera pulida, B. Láminas asfálticas, vinílicos o similares C. Losetas, terrazos o similares G. Otro (especificar) Z. NSNR		
113	Qué combustible usan para cocinar	C. Carbón D. Leña G. Kerosene J. combustible biológico K. Gas (GLP) L. Gas (natural) H. Petróleo A. Electricidad F. otro (especificar) Z. NS/No cocina		

Notas:

#	Pregunta	Opciones y observaciones AHORA Si el paciente falleció o está viviendo fuera de Ventanilla (extranjero) o difícil de ubicar, registrar los datos actuales de la vivienda de los contactos censados.	Escribir códigos de respuesta en MAYUSCULA. (escribir código o especificar)
205	Cuántos miembros tiene la familia en total en la actualidad (posible diferente del censo)	Escribir numero →→→→→	
206	Cuántos miembros de la familia tienen 17 años de edad ó menos en la actualidad (posible diferente del censo)	Escribir numero →→→→→	
207	Cual es el último nivel de estudios que aprobó el jefe del hogar (Como siempre lo han preguntado)	H. No hay (jefe) (jefa o esposa) A. Sin nivel o analfabeto B. primaria incompleta C. primaria completa D. secundaria incompleta E. secundaria completa	
208	Cuál es el último nivel de estudios que aprobó la jefa y/o esposa del hogar (MUJER)	I. Superior no universitaria incompleta J. Universitaria incompleta K. Superior no universitaria completa, universitaria completa o mayor X. No Aplica Z. NS/NR	
209	Cuál es el último nivel de estudios que aprobó el paciente índice en el hogar		
102	Cuán endeudada está su familia	Indicar cantidad en soles →→	
103	Su vivienda es	B. Alquilada C. Prestada D. Hipotecada F. Propio por invasión G. Propio por pago al contado E. Otro Z. NS/NR	
105	Cuántas personas normalmente duermen en casa	Indicar numero de personas →→	
108	Cuántas habitaciones hay en su hogar	(sin contar baño, pasadizo, cocina, depósito, garaje) # →→	
109	Cómo se abastece de agua su hogar	A. Red pública dentro de vivienda C. Pílon F. Camión tanque, aguatero H. Otro (especificar) Z. NS/NR	
110	Qué tipo de servicio higiénico tiene	A. Red pública dentro de la vivienda C. Letrina D. Pozo ciego, silo G. Otro (especificar) Z. NS/NR	
112	¿Qué tipo de alumbrado tiene su hogar ?	A. Electricidad E. Otro (especificar) Z. NS/NR	
114	Tienen en casa por lo menos una TV que funcione	Sí / No / NSNR	
114b	¿Tienen en casa una licuadora		
114c	¿Tienen en casa un ropero		
114d	¿Tienen en casa una cafetera		
116	¿Tienen en casa un radio que funcione		
114e	¿Tienen en casa un teléfono que funcione		
114f	¿Tienen en casa un celular que funcione		
117	¿Tienen en casa una cocina que funcione		
114g	¿Tienen en casa una plancha		
118	¿Tienen en casa un refrigerador que funcione		

#	Pregunta	Opciones y observaciones AHORA. Si el paciente falleció o está viviendo fuera de Ventanilla (extranjero) o difícil de ubicar, registrar los datos actuales de la vivienda de los contactos censados.	Escribir códigos de respuesta en MAYUSCULA (escribir código o especificar)
161	¿Cuál es el ingreso mensual de la vivienda?	Indicar cantidad en soles →→→	
162	¿Cuánto gasta su familia en alimentación cada semana?	Indicar cantidad en soles →→→	
163	¿Cuántas personas en su vivienda comen de esos alimentos que compran semanalmente?	Indicar numero de personas →→→	
136	¿Cuántas veces en el último mes a usted se ha acostado con bastante hambre porque no había comida en casa	Marca 0 a 31 días →→→→→	

ESTIGMA: Escribir códigos en MAYUSCULAS (Durante el tiempo de la enfermedad por la cual se recluto)

147a	¿Cuál fue el principal motivo para abandonar el tratamiento de TBC?	K. Yo complete mi tratamiento, no abandone L. No complete por FRACASO M. No complete por COSTOS N. No complete por RAFA A. Me sentía curado B. Me sentía muy enfermo para ir al Centro de Salud C. Trabajo/estudios D. Efectos secundarios E. Viaje J. Otro-especificar X. NA Z. NSNR	
148	¿Cuál fue la razón más importante por la que perdió dosis de TTO TBC durante de su ultimo tratamiento?	A. Me sentía bien B. Muy enfermo C. Trabajo/estudios D. Olvido E. Efectos secundarios F. Centro de salud cerrado G. Problemas familiares H. Viaje J. Otro (especificar) X. NA Z. NSNR	
148a	¿Se siente marginado /discriminado por tener esta enfermedad?	A. Siempre B. .A veces C. Raramente D. Nunca E. Otro (especificar) Z. NS/NR	
148aa	Cual considera que es la principal dificultad para tomar el tratamiento en los días que corresponde?	A. Me sentía bien B. Muy enfermo para ir a la posta C. No podía faltar al trabajo D. No podía faltar a los estudios E. Olvido F. Efectos secundarios G. Centro de salud cerrado	

		H. Problemas familiares I. Viaje J. Vergüenza-no quería ir a la posta para que otras personas no se enteren tenia TB M. Por COSTOS de Movilidad N. Por RAFA K. Otro-especificar X. NA Z. NSNR	
188	Le ha contado a su FAMILIA que tiene/tuvo TBC	<p style="text-align: center;">Sí No NSNR NA</p>	
189	Le ha contado a su PAREJA que tiene/tuvo TBC		
190	Le ha contado a sus AMIGOS que tiene/tuvo TBC		
191	Le ha contado a alguna persona en su TRABAJO O CENTRO DE ESTUDIOS que tiene/tuvo TBC		
192	A las personas que no les conto, por qué no quiso que se enteren? (circular letra)	A. NA B. Vergüenza E. Teme ser despedido(a) o expulsado(a) F. Teme preocuparlos G. Otro (especificar)	
193	A raíz de su diagnóstico, ¿cómo cambió su relación con su FAMILIA	A. Mala B. Igual C. Mejor D. NS Z. NA	
194	A raíz de su diagnóstico, ¿cómo cambió su relación con su PAREJA		
195	A raíz de su diagnóstico, ¿cómo cambió su relación con sus AMIGOS		
196	A raíz de su diagnóstico, ¿cómo cambió su relación con sus VECINOS		
197	Alguien en su FAMILIA le ayudó a sobrellevar su enfermedad	<p style="text-align: center;">Sí No NSNR NA</p>	
198	Alguien de sus AMIGOS le ayudó a sobrellevar su enfermedad		
199	Alguien en su IGLESIA O RELIGIÓN le ayudó a sobrellevar su enfermedad		
200	Alguien en su TRABAJO le ayudó a sobrellevar su enfermedad		
201	Alguien en su CENTRO DE SALUD le ayudó a sobrellevar su enfermedad		
146	Peso ahora (sin zapatos o ropa pesada; en Kg) →→→→→→→→→→		
45	Talla ahora (Sin zapatos; en centímetros) →→→→→→→→→→ →→		
48	Circunferencia ahora (a mitad de brazo; en centímetros) →→→→→→→→→→		
49	Pliegue bíceps ahora (a mitad de brazo; en milímetros) →→→→→→→→→→		
50	Pliegue tríceps ahora (a mitad de brazo; en milímetros) →→→→→→→→→→		

CONTINUACION ESTIGMA: (Durante el tiempo de la enfermedad por la cual se recluto)

¿Se ha sentido discriminado(a) porque la gente supo que usted tiene/tuvo TBC? (Si / No / NSNR) Por favor, describa

#	Razón	En casa	En comunidad	En trabajo o centro de estudios
210	Ninguna porque TBC en secreto SI, significa en secreto-especificar NO, significa no mantengo como secreto en este lugar NSNR			
211	Evitan mi compañía (Si ...especificar / No / NSNR)			
212	Ridículo, maltrato (Si ...especificar / No / NSNR)			
213	Pérdida de algo de trabajo (Si ...especificar / No / NSNR)			
214	Pérdida de puesto (Si ...especificar / No / NSNR)			
215	Cambio de funciones (Si ...especificar / No / NSNR)			
216	Otro (Si ...especificar / No / NSNR)			
217	Echado de casa (Si ...especificar / No / NSNR)		No Aplica	No Aplica

¡¡TRATAR DE ASEGURAR PRIVACIDAD PARA LAS PROXIMAS PREGUNTAS!!

Las preguntas que siguen son acerca de temas más delicados. Se las preguntamos a todos los participantes porque consideramos que son importantes para nuestro mejor entendimiento de los pacientes que tienen TBC y su entorno. Por favor contéstelas con la mayor honestidad posible. Recuerde que este cuestionario es voluntario y anónimo; si se siente incómodo respondiendo estas preguntas, puede escoger no responderlas.

	Pregunta	Opciones (la actualidad)	Escribir códigos de respuesta en MAYUSCULA. (escribir código o especificar)
167	¿Usa alguna droga? <u>Si el paciente</u> está viviendo fuera de Ventanilla (extranjero) preguntar por el paciente a la persona que esta informando	A. Marihuana B. Cocaína C. Pasta básica de cocaína D. Terokal E. Extasis F. Heroína G. Otra (especificar)	SI / NO / NSNR NA (falleció)
167H	¿Algún miembro de su familia usa alguna droga actualmente?	SI / NO / NSNR	
167 I	Algún miembro de su familia uso alguna droga anteriormente?	SI / NO / NSNR	
167 J	¿Cuántas veces por mes toma alcohol hasta estar ebrio? <u>Si el paciente</u> está viviendo fuera de Ventanilla (extranjero) preguntar por el paciente a la persona que está informando	0 / _____(Numero) / NS NA (falleció)	
167 K	¿Cuántas veces por mes algún miembro de su familia toma alcohol hasta estar ebrio?	0 / _____(Numero) / NS	

Notas/descripciones: _____

SOLO LLENAR SEGUIMIENTO SI TENEMOS BASAL DURANTE EL RECLUTAMIENTO CAPITAL SOCIAL

DECIR: Vamos a conversar sobre algunas cosas de su comunidad, que es el lugar donde usted vive.

Instrucciones: Para el resto de la encuesta, cada vez que dice (nombre de lugar), escribe el nombre del lugar que el entrevistado indica en la siguiente pregunta.

Cuando alguien le pregunta “¿en que lugar vive?”, ¿qué responde usted?

Ahora, le voy a hacer algunas preguntas sobre grupos o asociaciones en donde vive.

(Nombre del lugar)

Instrucciones: 1) Pregunte si ha sido miembro o participado con frecuencia en algún grupo.

2) Pregunte si ha recibido apoyo, preguntando sobre apoyo emocional, apoyo económico/material y apoyo en aprender algo.

Circule la respuesta a cada pregunta. Repita el proceso por cada uno de los grupos.

ID Grupo	Tipo de Grupo / Asociación	A. <u>En los últimos 12 meses</u> , ¿Ha sido Ud. miembro o ha participado con frecuencia en(reemplace por nombre del grupo)?	¿Ha recibido de ellos algún tipo de:		
			B. Emocional	C. Económico /Material	D. Aprender algo
201	Organización de su comunidad (Ej. Junta directiva, grupo de socios)	Sí / No	Sí / No	Sí / No	Sí / No
202	Grupos que dan ayuda alimentaria (Ej. Vaso de leche, comedores, club de madres)	Sí / No	Sí / No	Sí / No	Sí / No
203	Grupo político	Sí / No	Sí / No	Sí / No	Sí / No
204	Grupo religioso, parroquial	Sí / No	Sí / No	Sí / No	Sí / No
205	Grupo deportivo, club social	Sí / No	Sí / No	Sí / No	Sí / No
206	Comités de salud, agua, luz	Sí / No	Sí / No	Sí / No	Sí / No
207	Comités del colegio (Ej. Apafa)	Sí / No	Sí / No	Sí / No	Sí / No
208	Comités de vigilancia (Ej. Ronda)	Sí / No	Sí / No	Sí / No	Sí / No
209	Otro: _____ (Especifique)	Sí / No	Sí / No	Sí / No	Sí / No

DECIR: Ahora, le voy a hacer algunas preguntas sobre personas que le han dado algún tipo de ayuda. Como Ud. verá, las preguntas son iguales a las preguntas anteriores.

Instrucciones: Pregunte si ha recibido apoyo, preguntando sobre apoyo emocional, apoyo material y apoyo en aprender algo. Circule la respuesta a cada pregunta. Repita el proceso por cada una de las opciones.

ID Grupo	En los últimos 12 meses, ¿Ha recibido de (reemplace por nombre del grupo) algún tipo de apoyo emocional como: consejo/aliento, apoyo económico/material, o apoyo en aprender algo?	a. Emocional	b. Económico / Material	c. Aprender algo
210	Familiares /parientes	Sí / No	Sí / No	Sí / No
211	Vecinos	Sí / No	Sí / No	Sí / No
212	Amigos que no son vecinos	Sí / No	Sí / No	Sí / No
213	Dirigentes de su comunidad	Sí / No	Sí / No	Sí / No
214	Autoridades religiosas	Sí / No	Sí / No	Sí / No
215	Líderes políticos	Sí / No	Sí / No	Sí / No
216	Representantes del gobierno	Sí / No	Sí / No	Sí / No
217	Representantes de la municipalidad	Sí / No	Sí / No	Sí / No
218	Una organización de caridad / ONG	Sí / No	Sí / No	Sí / No
219	Otro: _____(Especifique)	Sí / No	Sí / No	Sí / No

#	Pregunta	Opciones y observaciones	Escribir códigos de respuesta en MAYUSCULA. (escribir código o especificar)
220	En los últimos 12 meses, ¿se ha unido a otros residentes de (Nombre de lugar) para resolver un problema o hacer un trabajo juntos?	Sí / No	
221	En los últimos 12 meses, ¿ha conversado con autoridades locales o representantes del gobierno acerca de alguna cosa o problema para (Nombre de lugar)?		

CONTINUACION DE CAPITAL SOCIAL

DECIR: Ahora le voy a hacer algunas preguntas sobre cómo se siente Ud. respecto a..... (Nombre de lugar)

#	Pregunta	Opciones y observaciones	Escribir códigos de respuesta en MAYUSCULA. (escribir código o especificar)
222	En general, ¿se puede confiar en la mayoría de personas que viven en (Nombre de lugar).....?	Sí / No	
223	¿La mayoría de personas en (Nombre de lugar)..... se llevan bien entre ellos?		
224	¿Siente Ud. que la mayoría de personas en (Nombre de lugar) Tratarían de aprovecharse de Ud. (en cualquier sentido) si ellos tuvieran la oportunidad?		
225	¿Siente Ud. que la mayoría de personas en (Nombre de lugar) solo se interesan por su propio bienestar?		
226	¿La mayoría de personas en (Nombre de lugar).....están dispuestas a ayudar si uno lo necesita?		
227	En general, ¿Qué tan seguro se siente Ud. en (Nombre de lugar).....?	A. Muy seguro B. Seguro C. Poco seguro D. No seguro	
228	¿Qué tan seguro se siente Ud. en su casa?		
229	¿Qué tan seguro se siente Ud. al caminar por (Nombre de lugar).....?		
230	¿Qué tan seguro se siente Ud. al caminar solo por (Nombre de lugar)..... por la noche?		
231	UD. piensa que en (Nombre de lugar)..... ¿hay crimen y violencia?	A. Todo el tiempo B. A menudo C. De vez en cuando D. Nunca	

PARA SER LLENADO POR EL ENTREVISTADO:

DECIR: Como la última parte de este cuestionario, Ud. va a llenar unas preguntas. Por favor, lea cada pregunta y circule la mejor respuesta.

#	Pregunta	Circule la mejor respuesta
232	Siento que pertenezco a _____. (Nombre de lugar)	Sí / No
233	La amistad que tengo con la gente de _____ significa mucho para mí (Nombre de lugar)	Sí / No
234	Hablo regularmente con la gente de _____. (Nombre de lugar)	Sí / No
235	Si Ud. tuviera un problema, ¿siempre habría alguien para ayudarle?	Sí / No
236	Si Ud. tuviera un problema de salud contagioso (como la tuberculosis), ¿siempre habría alguien para ayudarle?	Sí / No

SOLO LLENAR SEGUIMIENTO SI TENEMOS BASAL DURANTE EL RECLUTAMIENTO

Cuestionario de Beck

En esta parte del cuestionario hay grupos de afirmaciones. Por favor lea cada grupo de afirmaciones cuidadosamente. Luego elija en cada grupo la que describa de la mejor forma lo que usted siente, o ha sentido **durante la última semana, incluyendo el día de hoy**. Encierre en un círculo la afirmación elegida; si hay varias afirmaciones dentro de un grupo que usted elegiría, márkelas todas. Esté seguro de leer todas las afirmaciones en cada grupo antes de hacer su elección. Si la pregunta no está muy clara, por favor de todas maneras marque la respuesta que considera más adecuada. Si todavía tiene dudas, consulte a la entrevistadora.

- 325.a. No me siento triste.
 - b. Me siento triste.
 - c. Me siento triste todo el tiempo y no puedo evitarlo.
 - d. Me siento tan triste e infeliz que no puedo soportarlo.

- 326.a. No estoy particularmente desanimado respecto a mi futuro.
 - b. Me siento desanimado respecto a mi futuro.
 - c. Siento que ya no debo esperar nada.
 - d. Siento que mi futuro es desalentador y que las cosas no van a mejorar.

- 327.a. No siento que yo sea un fracasado.
 - b. Siento que he fracasado más que el promedio de la gente.
 - c. Si pienso en mi pasado, solamente veo fracasos.
 - d. Creo haber fracasado por completo como persona.

- 328.a. Siento la misma satisfacción de siempre por las cosas.
 - b. No disfruto de las cosas como antes lo hacía.
 - c. No he vuelto a sentir una verdadera satisfacción.
 - d. Estoy insatisfecho o aburrido de todo.

- 329.a. No me siento particularmente culpable.
 - b. Tengo sentimientos de culpa una buena parte del tiempo.
 - c. Tengo sentimientos de culpa la mayor parte del tiempo.
 - d. Tengo sentimientos de culpa o me siento culpable todo el tiempo.

- 330.a. No me siento merecedor de un castigo.
 - b. Siento que puedo merecer un castigo.
 - c. Espero ser castigado.
 - d. Siento que estoy recibiendo un castigo.

- 331.a. Me siento conforme conmigo mismo.
 - b. Me siento inconforme conmigo mismo.
 - c. Me siento disgustado conmigo mismo.
 - d. Me odio.

- 332.a. No me siento ser peor que los demás.
b. Soy muy crítico conmigo mismo respecto a mis debilidades y defectos.
c. Me censuro todo el tiempo por mis errores.
d. Me censuro por cualquier cosa mala que ocurre.
- 333.a. No he pensado en quitarme la vida.
b. He pensado en quitarme la vida; pero no soy capaz de hacerlo.
c. Me gustaría quitarme la vida.
d. Me quitaría la vida si tuviera oportunidad de hacerlo.
- 334.a. No lloro más de lo normal.
b. Actualmente lloro más que antes.
c. Actualmente lloro todo el tiempo.
d. Yo era capaz de llorar, pero ahora no puedo hacerlo aún cuando quisiera.
- 335.a. Últimamente no estoy más colérico o irritable que antes.
b. Me molesto o me pongo colérico (o irritable) con más facilidad de lo que estaba acostumbrado.
c. Actualmente me siento constantemente colérico (o irritable).
d. Actualmente no me dan cólera en absoluto las cosas que usualmente me la producían.
- 336.a. No he perdido el interés por la gente.
b. Actualmente me interesan los demás menos que antes.
c. He perdido casi todo mi interés por la gente.
d. He perdido por completo mi interés por la gente.
- 337.a. Tomo mis decisiones igual que siempre.
b. Aplazo mi toma de decisiones, más de lo que estaba acostumbrado.
c. Tengo gran dificultad en tomar decisiones comparado con mi pasado.
d. Ya no puedo tomar decisiones
- 338.a. No siento aparentar peor aspecto que de costumbre.
b. Estoy preocupado porque mi aspecto es de viejo o es poco atractivo.
c. Siento que están ocurriendo cambios permanentes en mi apariencia de tal modo que se me ve poco atractivo.
d. Estoy seguro que mi apariencia es fea.
- 339.a. Puedo hacer mis actividades igual que antes.
b. Me toma cierto esfuerzo extra comenzar alguna actividad.
c. Me tengo que dar bastante aliento para realizar cualquier actividad.
d. Ya no puedo realizar ninguna actividad.
- 340.a. Puedo dormir como de costumbre.
b. No estoy durmiendo tan bien como de costumbre.
c. Me despierto 1-2 horas más temprano de lo usual y me cuesta trabajo volver a dormir.

- d. Me despierto varias horas antes de lo que estaba acostumbrado y no puedo conciliar el sueño.
- 341.a. No siento más cansancio del que estaba acostumbrado.
- b. Ahora me canso con más facilidad que de costumbre.
 - c. Cualquier cosa que haga me cansa o agota.
 - d. Estoy muy cansado como para realizar cualquier actividad.
- 342.a. Mi apetito es igual que el acostumbrado.
- b. Mi apetito no es tan bueno como de costumbre.
 - c. Actualmente tengo mucho menos apetito.
 - d. Ya no tengo ningún apetito.
- 343.a. Si es que he perdido peso, éste no es mucho.
- b. He perdido más de 2.5 Kg.
 - c. He perdido más de 5 kg.
 - d. He perdido más de 7.5 kg.

Estoy tratando de perder peso y voluntariamente comiendo menos.

SI _____

NO _____

- 344.a. Mi salud no me preocupa más de lo habitual.
- b. Mis problemas físicos tales como dolores o molestias me preocupan, así como mis trastornos estomacales y estreñimiento.
 - c. Estoy muy preocupado por mis problemas físicos; y me es difícil pensar en otras cosas.
 - d. Estoy tan preocupado acerca de mis problemas físicos que no puedo pensar en otras cosas.
- 345.a. No he notado ningún cambio reciente en mi interés por lo sexual.
- b. Actualmente lo sexual me interesa menos que antes.
 - c. Actualmente tengo mucho menos interés sexual que de costumbre.
 - d. He perdido por completo mi interés por el sexo