

Perspectivas #131

Culpando a la víctima: el conocimiento sobre la tuberculosis está asociado con un mayor estigma en Brasil

Mollie J. Cohen y Heather Ewing

con Marshall Eakin, Timothy Sterling
y Elizabeth J. Zechmeister

Vanderbilt University

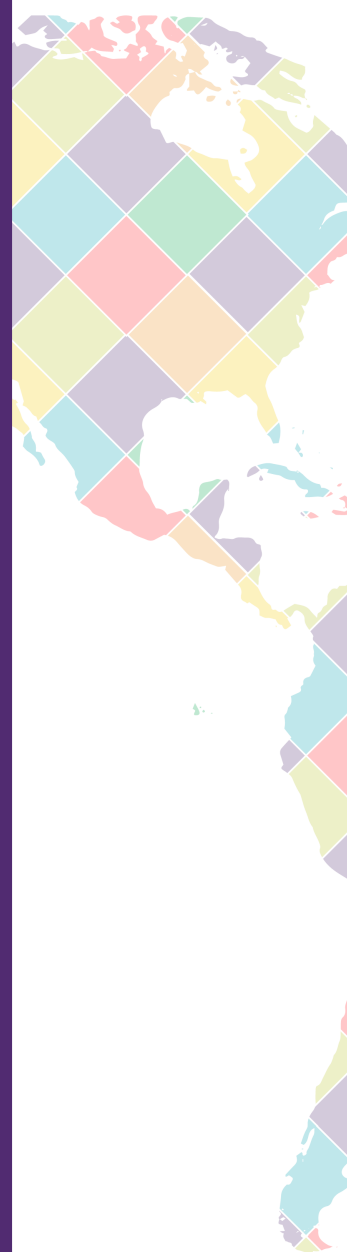
mollie.j.cohen@vanderbilt.edu

heather.m.ewing@vanderbilt.edu

20 de marzo de 2018

Hallazgos principales:

- 16 % de los brasileños creen que las personas con tuberculosis activa deberían sentirse avergonzadas y merecen sufrir la enfermedad por su comportamiento inmoral.
- La educación está asociada con menos expresiones de estigmatización hacia las personas con tuberculosis (TB).
- El conocimiento sobre la tuberculosis (TB) es bastante alto en Brasil: más del 60 % de los brasileños conocen de la infección de tuberculosis latente.
- Quienes tienen mayores niveles de conocimiento sobre la TB tienen una mayor probabilidad de reportar actitudes estigmatizantes hacia las personas con tuberculosis activa.



La tuberculosis (TB) sobrepasó en 2015 al VIH como la principal causa de muerte por enfermedades infecciosas (Organización Mundial de la Salud 2015). Por décadas, la TB ha estado entre las diez principales causas de mortalidad en el mundo (Organización Mundial de la Salud 2018). Aunque la TB afecta a personas alrededor del mundo, ésta afecta en forma desproporcionada a las naciones de ingresos bajos y medios, especialmente a quienes viven en grandes centros urbanos. En Brasil, donde más del 85 % de la población vive en áreas urbanas, incluyendo algunas de las ciudades más grandes de toda Latinoamérica, la TB es un problema de salud pública importante. En 2015, Brasil reportó 84.000 nuevos casos de TB, lo que lo significa que es uno de los 20 países que más sufre esta enfermedad (Pelissari y Diaz-Quijano 2017).

En contextos con altos niveles de TB como Brasil, el estigma social afecta adversamente a las personas infectadas e, irónicamente, a los sistemas de salud que deben tratarlos (Kelly 1999; Louw y col. 2012; Lee y col. 2017; Courtwright y Turner 2010). Los pacientes estigmatizados por su diagnóstico de TB son aislados socialmente, lo que puede reducir substancialmente su calidad de vida y contribuir a resultados de salud pública negativa (Louw y col. 2012; Courtwright y Turner 2010). El impacto negativo del estigma en los pacientes puede disminuir la efectividad de los sistemas de salud, pues las clínicas luchan por retener a los pacientes que se enfrentan a las consecuencias adversas de la estigmatización social. Abandonar el tratamiento incrementa el riesgo de desarrollar tuberculosis fármacoresistente, lo que aumenta generalmente la severidad de la infección (Courtwright y Turner 2010; Kelly 1999; Lee y col. 2017)¹.

Los gobiernos en sociedades con altos niveles de TB han realizado campañas para incrementar el conocimiento sobre la enfermedad mientras que simultáneamente minimizan las actitudes estigmatizantes hacia ésta. Aun así, aunque distintos estudios han demostrado que la estigmatización tiene efectos negativos en los pacientes y los sistemas de salud pública, pocos estudios representativos a nivel nacional han evaluado la relación entre el conocimiento específico del público sobre la TB y la prevalencia de actitudes estigmatizadoras (ver Rood y col. 2017).

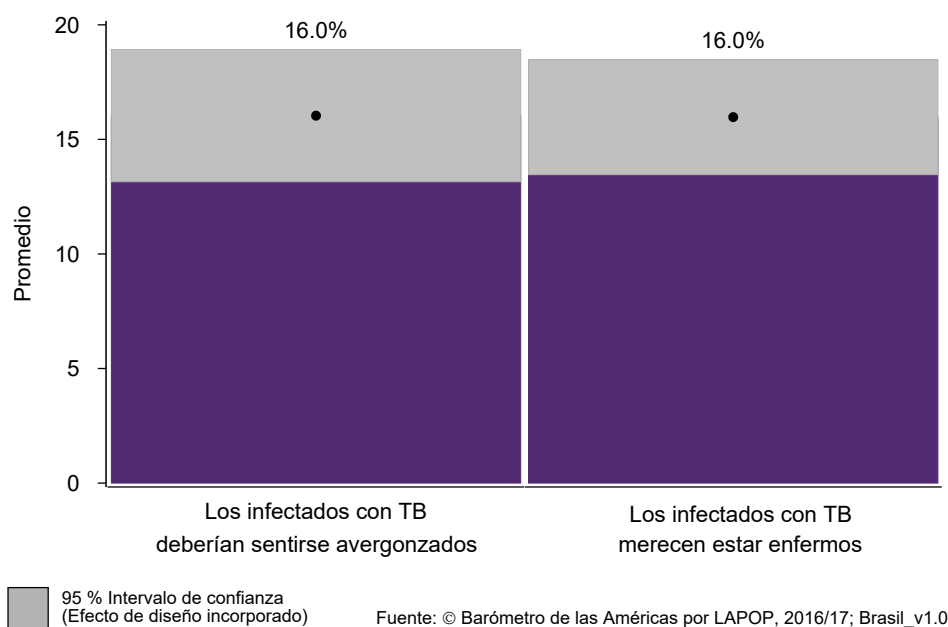


Gráfico 1: Porcentaje de brasileños que reportan creencias estigmatizadas hacia quienes sufren TB

Este reporte de *Perspectivas* muestra que, en una inquietante reversión de las expectativas, mayores niveles de conocimiento de los síntomas de la TB están asociados con una mayor probabilidad de estigmatizar a quienes padecen la enfermedad, y de hecho, culpando a las víctimas de su infortunio².

Este reporte de *Perspectivas* examina los predictores de las actitudes de estigmatización de la TB; junto con ítems más estándar, evaluamos la relevancia del conocimiento específico de la enfermedad por parte del público en general. Para lograr estos objetivos, usamos los datos de la encuesta del Barómetro de las Américas 2016/17 en Brasil, en la cual se le pidió a 750 personas³ que respondieran “sí” o “no” a las siguientes preguntas para evaluar si están de acuerdo con visiones estigmatizadas sobre personas con TB:

TBS4B. Las personas con tuberculosis deben avergonzarse de la enfermedad⁴.

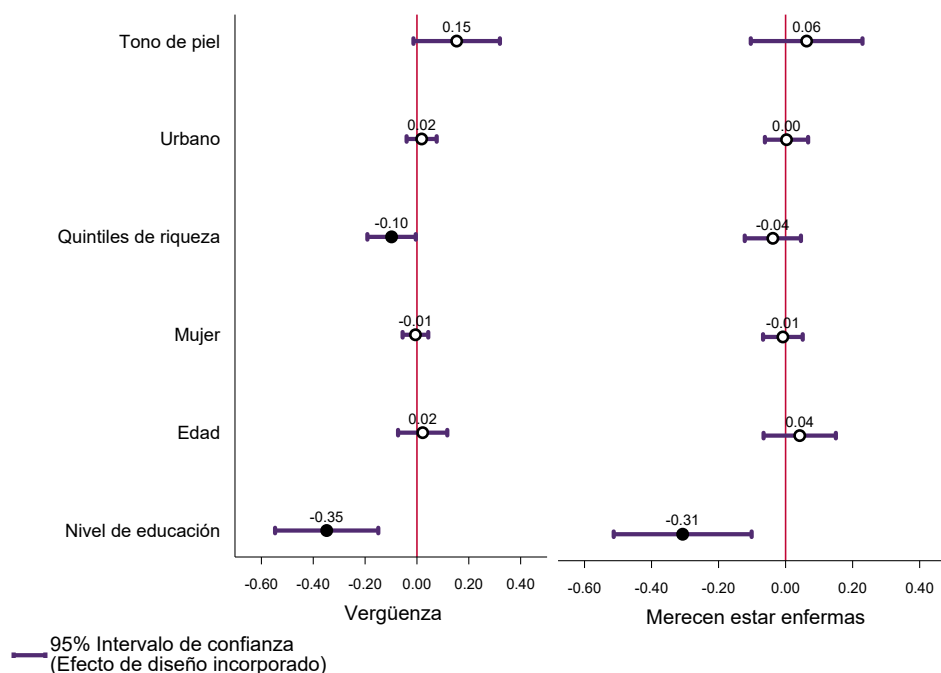
TBS4C. Las personas que tienen tuberculosis merecen estar enfermas por la forma en que viven y su comportamiento inmoral.

El Gráfico 1 muestra el porcentaje de brasileños que responden afirmativamente a cada una de estas preguntas. Alrededor de un 16 % de los brasileños afirman que quienes tienen TB deberían sentirse avergonzados y una proporción igual afirma que quienes tienen TB merecen estar enfermos.

Predictores demográficos y socioeconómicos de las actitudes estigmatizadas

Los que investigan el estigma hacia la TB han encontrado que varía entre países y entre individuos (Adane y col. 2017; Craig y col. 2017; Rood y col. 2017). Aunque hay pocos estudios sobre el tema en Brasil, y no conocemos de estudios que usen muestras representativas a nivel nacional de cualquier país Latinoamericano, trabajos a nivel macro en otras regiones del mundo sugieren varias características personales que pueden estar asociadas con el estigma hacia la TB. Específicamente, trabajos sobre países africanos muestran que el estigma hacia quienes tienen TB es en promedio más bajo en países con mayores niveles de educación (Adane y col. 2017; Agho, Hall y Ewald 2014). Estudios en Pakistán y Nigeria muestran que quienes residen en zonas urbanas, donde la TB es más prevalente, tienen una mayor probabilidad de estigmatizar a quienes tienen TB que quienes viven en zonas rurales (Agho, Hall y Ewald 2014; Mushtaq y col. 2011). Finalmente, varios estudios muestran que los jóvenes tienen más probabilidad de estigmatizar a las personas con TB que quienes son mayores (Adane y col. 2017; Agho, Hall y Ewald 2014; Gilpin y col. 2011; Rood y col. 2017).

En las siguientes secciones predecimos quienes expresan actitudes estigmatizadas hacia aquéllos con TB usando variables demográficas y socioeconómicas. También controlamos por características de la población que están asociadas con la incidencia de TB. Por ejemplo, en Brasil



Fuente: © Barómetro de las Américas por LAPOP, 2016/17; Brasil_v1.0

Gráfico 2: Efectos máximos de los predictores demográficos y socioeconómicos de expresar estigma

la TB está geográficamente concentrada: la región del sureste tiene el 43.8 % del total de infectados y la región del noreste tiene el segundo lugar con un 27.3 % (Pelissari y Diaz-Quijano 2017). Sin importar la región de residencia, los brasileños con piel más oscura tienen una probabilidad más alta de contraer TB, al igual que quienes viven en áreas con bajos niveles de ingreso (Pelissari y Diaz-Quijano 2017)⁵. Por tanto, incluimos como controles medidas de educación, edad, tono de piel⁶, quintiles de riqueza y residencia urbana⁷. Igualmente controlamos por el género del encuestado e incluimos variables que indican la región (efectos fijos por región) los cuales no presentamos por motivos de espacio⁸.

El Gráfico 2 presenta los resultados de dos modelos de regresión logística que estiman los efectos de cada variable independiente en la probabilidad de que un encuestado responda afirmativamente a cada una de las medidas de estigma, es decir, que exprese actitudes estigmatizadas hacia la TB. Cada punto representa el efecto estimado del incremento máximo

en cada variable independiente (presentada en el eje y) en la probabilidad de una respuesta positiva (frente a una negativa) de cada variable dependiente (en el eje x). Las barras horizontales representan los intervalos de confianza del 95 por ciento alrededor de estas estimaciones. Los puntos vacíos indican que una relación no es estadísticamente significativa y los puntos sólidos indican una relación significativa. Si el punto se encuentra a la derecha de la línea vertical en cero, representa una relación positiva; mientras que si se encuentra a la izquierda de la línea en cero representa una relación negativa entre la variable independiente y la dependiente.

Encontramos que los encuestados con más educación tienen una probabilidad significativamente menor de afirmar que las personas con TB deberían sentirse avergonzadas o que merecen estar enfermas. El hallazgo de que las actitudes estigmatizadas son menores entre quienes tienen más educación coincide con lo encontrado en estudios previos. Este resultado indica que quienes tienen más educación aceptan más a quienes tienen TB. Por otro lado, es posible que quienes tienen más educación simplemente sean más conscientes de la respuesta socialmente deseada (en este caso, lo contrario a expresiones estigmatizadas).

Tanto el tener un tono de piel más oscuro como tener menos riqueza material están asociadas con una mayor probabilidad de afirmar que quienes sufren de TB deberían sentirse avergonzados. Específicamente, los encuestados con el tono de piel más oscuro tienen una probabilidad quince puntos porcentuales más alta de responder que alguien debería sentirse avergonzado por tener TB que quienes tienen el tono de piel más claro; mientras que quienes tienen mayor riqueza material tienen una probabilidad diez puntos porcentuales menor que los brasileños más pobres de afirmar que alguien con TB merece sentir vergüenza. No encontramos evidencia de una relación significativa con la residencia urbana, el género, la región o la edad en ninguna de estas medidas de estigma.

Conocimiento de la TB y estigma

Las agencias de salud con frecuencia utilizan la educación pública como la estrategia central para mejorar los resultados en el campo de las enfermedades infecciosas (Heijnders y Meij 2006). Se asume que incrementar el conocimiento público sobre las enfermedades infecciosas trae beneficios como un mayor reconocimiento de las enfermedades, tiempos reducidos en buscar tratamiento y menos estigma hacia los infectados. Muchos esfuerzos de educación tienen como objetivo enseñar a la población sobre la causa y el tratamiento de una enfermedad y corregir ideas falsas que se cree son las responsables del estigma sobre una enfermedad. Aun cuando los sistemas de salud públicos alrededor del mundo invierten una cantidad sustancial de recursos en intervenciones educativas con el objetivo de incrementar el conocimiento y reducir el estigma sobre las enfermedades infecciosas, pocas evaluaciones sobre los efectos de estos programas han sido realizadas (Heijnders y Meij 2006). Igualmente, los estudios que evalúan si la educación sobre una enfermedad específica disminuye el estigma hacia quienes padecen alguna enfermedad infecciosa (ej. VIH) han llegado a diferentes conclusiones (ver e.j., Brown, Macintyre y Trujillo 2003; Corrigan y Penn 1999).

Medimos el conocimiento sobre la TB usando dos medidas: la habilidad de identificar correctamente los sudores nocturnos como un síntoma de la TB⁹, y el conocimiento de la infección latente de TB (LTBI)¹⁰. El 48.8 % de los brasileños identificaron los sudores nocturnos como un síntoma, y el 60.6 % identificaron correctamente la existencia de LTBI.

Además de estas variables independientes, también controlamos por dos factores que pueden afectar la relación entre el conocimiento de una enfermedad específica y el estigma: el conocimiento general sobre política de un entrevistado (que se mide usando la evaluación del entrevistador) y el auto-reporte de tener un amigo cercano o miembro de la familia diagnosticado con TB¹¹. Con respecto al primer factor, quienes conocen más sobre TB pueden simplemente poseer más conocimiento en general. Igualmente, las personas con amigos o familiares con la en-

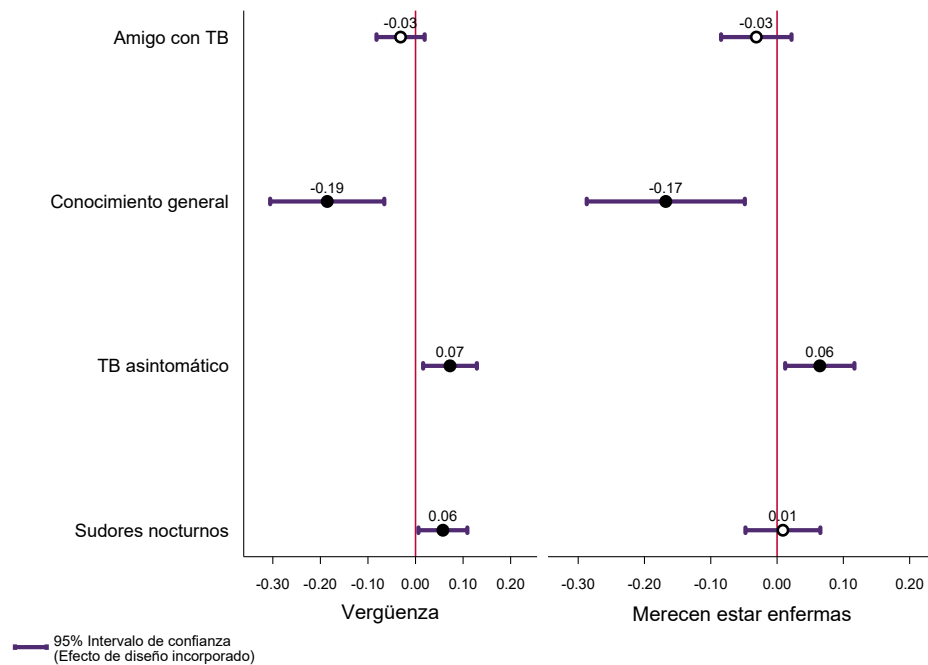


Gráfico 3: Efectos máximos de la medida de conocimiento sobre las expresiones de estigma

fermedad pueden saber más sobre los síntomas, al mismo tiempo que expresan menores niveles de estigma que el promedio. Es por esto que controlamos por estos factores en un intento para aislar el efecto del conocimiento de la enfermedad.

Usando un análisis de regresión logística, estimamos la relación entre estas variables independientes y las dos variables dependientes descritas anteriormente. Igualmente controlamos por todas las variables incluidas en el Gráfico 2, pero no mostramos sus coeficientes por motivos de espacio. Como antes, el Gráfico 3 representa el cambio estimado en la probabilidad de responder afirmativamente a cada actitud estigmatizada asociada con un cambio máximo en cada variable independiente.

Los niveles más altos de conocimiento general están asociados, en promedio, con una menor estigmatización hacia las personas con TB. Al incrementar el conocimiento político de la persona entrevistada desde lo

más bajo hasta lo más alto, la probabilidad de responder que un paciente con TB debería sentirse avergonzado disminuye en diecinueve puntos porcentuales. Igualmente, las personas con alto conocimiento político tienen una probabilidad diecisiete puntos porcentuales menor de creer que quienes tienen TB merecen estar enfermos¹².

Es importante destacar que aquellos con alto conocimiento de la TB (específicamente, quienes saben que la TB puede ser asintomática y quienes reconocen los sudores nocturnos como síntomas) tienen más probabilidad de expresar la creencia estigmatizada de que las personas con TB deben sentirse avergonzadas de su enfermedad que quienes poseen menores niveles de conocimiento específico sobre la enfermedad. Quienes reconocen que la TB puede ser asintomática son más propensos en siete puntos porcentuales de expresar que quienes sufren TB deben sentirse avergonzados y quienes reconocen los sudores nocturnos como un síntoma tienen una probabilidad seis puntos porcentuales más alta de dar esta respuesta¹³. Igualmente, los entrevistados que saben que la TB puede ser asintomática tienen una probabilidad seis veces mayor de afirmar que las personas con TB deberían sentir vergüenza que quienes no conocen de la infección latente¹⁴. Sin embargo, quienes identifican correctamente los sudores nocturnos como un síntoma de la TB no tienen una mayor o menor probabilidad de creer que quienes sufren la enfermedad se la merecen. En general, estos resultados son inesperados, en especial dada la importancia que se da en los programas de salud pública a la educación como un mecanismo para reducir el estigma. Finalmente, no encontramos un efecto significativo de tener un amigo cercano o un miembro de la familia con TB en pensar que los infectados deben sentir vergüenza, o que ellos merezcan estar enfermos.

Discusión

El estigma involucra la asignación de culpa, negligencia o suciedad a quienes son infectados por TB (Macq y col. 2005). Estigmatizar a quienes están infectados con TB puede resultar en un tratamiento diferencial

para los enfermos. Además, estas creencias negativas sobre las víctimas de la enfermedad pueden ser internalizadas por quienes sufren TB, resultando en sentimientos de disgusto, culpa y vergüenza (Courtwright y Turner 2010); así como también pueden disminuir la probabilidad de que las personas infectadas busquen y completen el tratamiento. En otras palabras, la estigmatización por la TB no solo afecta la calidad de vida del paciente, sino que además, las actitudes estigmatizadoras prevalentes son un reto real para mejorar la salud pública.

Para combatir el estigma y mejorar los resultados de salud, distintas agencias de salud alrededor del mundo han implementado campañas de información pública, con la expectativa de que incrementar el conocimiento de la enfermedad disminuirá el estigma en la población y llevará a una mejora en los resultados del tratamiento. Aunque en este trabajo no evaluamos directamente el efecto de las campañas de información¹⁵, mostramos que más información no necesariamente se traduce en menor estigma. De hecho, encontramos que quienes tienen más información sobre la enfermedad tienen una mayor probabilidad de estigmatizar a quienes tienen TB, en comparación con las personas que no pudieron identificar la existencia de la TB latente o síntomas específicos.

No estamos sugiriendo que las agencias de salud pública dejen de informar a la población sobre los síntomas y las consecuencias negativas de la TB. Más bien, este estudio apunta a la necesidad de evaluar las posibles consecuencias inesperadas de las campañas de información pública. En particular, estos resultados responden a la literatura que ha asumido que más conocimiento de la enfermedad lleva a menor estigmatización en general. No encontramos evidencia consistente con esta relación asumida en general. Aunque no podemos hablar específicamente del efecto causal del conocimiento en el estigma, nuestro trabajo sugiere que los académicos y quienes formulan políticas públicas deben ser más cuidadosos al asumir que el conocimiento específico siempre disminuye las actitudes estigmatizantes hacia los enfermos, discapacitados o adictos. Es posible que nuestros hallazgos sean específicos para Brasil o solo a la TB. Aun así, este trabajo muestra la necesidad de que las próximas investigaciones identifiquen qué clase de mensajes son más efectivos para minimizar el

estigma y bajo qué circunstancias.

Notas

1. La reducción en la calidad de vida, el aislamiento y la falta de apoyo social son comúnmente descritos como factores clave que tienen un impacto negativo en los pacientes de TB y en la adhesión al tratamiento (Courtwright y Turner 2010; Sommerland y col. 2017). Las creencias estigmatizantes que tienen los trabajadores en el área de la salud, quienes frecuentemente contraen TB, se han relacionado con la búsqueda tardía de tratamiento, ausencias en el trabajo y costos hospitalarios más altos. Estos desafíos complican aún más el funcionamiento de los ya sobrecargados sistemas públicos de salud (Sommerland y col. 2017).
2. Acorde con estos resultados, un artículo reciente, que usa datos agregados de la *Demographic Health Survey* (DHS) de 15 estudios en 13 países, concluye que el estigma hacia la TB está correlacionado positivamente con el conocimiento de la transmisión de TB (Rood et al. 2017).
3. Antes de que se les hiciera las preguntas sobre la estigmatización, los encuestados fueron asignados aleatoriamente a una de dos condiciones. La mitad (750) recibió las preguntas sobre el estigma de la TB; la otra mitad recibió preguntas para evaluar el estigma hacia las personas infectadas con Zika.
4. Con base en estudios sobre actitudes estigmatizadas hacia quienes tienen VIH, la batería de preguntas también indaga sobre las preferencias personales sobre evitar el contacto físico con personas infectadas con TB y sobre si las evitan en el transporte público. Trabajos de distintos países, que usan modelos sobre la transmisión de enfermedades aerotransportadas, demuestran que el uso del transporte público incrementa el riesgo de exponerse a la TB (Andrews, Morrow y Wood 2013; Feske y col. 2011; Horna-Campos y col. 2007). Por ende, evitar el contacto directo y evitar el contacto en el transporte público puede reflejar un deseo racional de evitar los gérmenes, además de capturar explícitamente el estigma. Debido a esta diferencia teórica, acá solo se presentan medidas que tratan explícitamente el estigma. Cabe mencionar el hecho de que modelos de regresión logística idénticos donde se usa como variable dependiente el contacto físico producen resultados similares a los que se presentan más adelante. Es posible, entonces, que exista un importante conjunto de conexiones entre el conocimiento de la enfermedad en específico, el deseo racional de evitar los gérmenes y el estigma.

5. Pelissari y Diaz-Quijano (2017) encuentran que la infección es más común entre quienes ellos codifican como poseedores de tonos de piel “negros o cafés” en comparación con otros tonos de piel.
6. Los encuestadores registraron el tono de piel de la cara del entrevistado usando una escala de color de 11 puntos, donde los tonos más oscuros son codificados con números más altos (ver Telles 2014).
7. LAPOP usa una serie de preguntas sobre bienes del hogar para generar una medida de cinco niveles sobre riqueza material, usando análisis de componentes principales urbano y rural. Para más detalles, ver Córdova (2009). Urbano es una variable dicotómica, codificada como 1 si el encuestado vive en la zona urbana y 0 si vive en la zona rural. La variable dicotómica de género toma el valor de 1 si la encuestada es mujer. La edad está dividida en cohortes, donde los encuestados son agrupados en las siguientes categorías: 16-25, 26-35, 36-45, 56-65, y 65+. Todas las variables independientes están recodificadas en una escala de 0 a 1.
8. En promedio, el estigma es más bajo en las regiones sureste, sur y noreste de Brasil.
9. El estudio incluyó cuatro medidas del conocimiento de la TB, incluyendo el conocimiento sobre la infección latente por TB, y el reconocimiento de tres síntomas (tos y dolor de pecho; pérdida de peso y sudores nocturnos; y dolor estomacal, el cual no es un síntoma de la TB). La literatura sugiere que entre un 30-70 % de los encuestados deben responder correctamente las preguntas para generar una escala confiable de conocimiento (ver Delli Carpini y Keeter 1993). El primer y el tercer síntoma no discriminan lo suficiente si seguimos esta métrica: 79 % y 71.6 % de los encuestados dio la respuesta correcta a cada pregunta, mientras que un 48.8 % dieron una respuesta correcta para la pregunta sobre el sudor nocturno y un 60 % para el conocimiento de la infección latente de TB. Cuando las cuatro preguntas se incluyen en el modelo, el efecto de sudores nocturnos se disminuye y pierde su significancia estadística. El efecto positivo y significativo del conocimiento de TB asintomático, por el contrario, sigue teniendo un efecto positivo y significativo.
10. **TB2.** “De acuerdo con lo que usted sabe, ¿es posible que una persona esté infectada con tuberculosis (TB) sin sentirse o parecer enferma?” 5.74 % de los encuestados informaron que no sabían, y fueron codificados como “0”. Los resultados son sólidos para excluir estas respuestas de “no sabe”.
11. **CONOCIM.** Usando la escala que se presenta abajo, por favor califique su percepción del conocimiento político del entrevistado. (1) Muy alto (2) Alto (3) Ni alto ni bajo (4) Bajo (5)

Muy bajo. Esta variable fue recodificada para que los valores más altos representaran los niveles más altos de conocimiento político. **TBS1.** ¿Alguno de sus amigos, miembros de su familia o alguien que usted conozca ha sido alguna vez diagnosticado con TB?

12. Este hallazgo es consistente con la literatura anterior sobre la relación entre el estigma y la información; los investigadores han mostrado que la educación está asociada con menos estigma. Pero estos resultados demuestran que el efecto es diferente entre conocimiento general y conocimiento específico sobre la enfermedad, lo que añade importantes matices a la relación entre información y actitudes hacia la enfermedad.
13. La evaluación de los encuestadores del conocimiento general del encuestado tiene una correlación de 0.10 con el conocimiento específico de la TB, con el conocimiento de la existencia de TB asintomática de -0.02 y con el nivel de educación de 0.40. El conocimiento específico de la TB tiene una correlación con la educación de 0.04 y con el conocimiento de que la TB puede ser asintomática de 0.05. El conocimiento de que la TB puede ser asintomática está correlacionado negativamente con la educación (-0.06). La dirección de los resultados presentados en el Gráfico 3, aunque no del tamaño exacto de los coeficientes, es robusta como para incluir secuencialmente cada una de estas variables en el modelo.
14. Esta relación positiva persiste cuando el conocimiento general es excluido del modelo, lo que sugiere que este hallazgo positivo no se debe a una alta covariación entre las medidas de conocimiento.
15. No podemos descartar la posibilidad de que, inicialmente, el estigma entre quienes se vuelven más informados haya sido aún mayor. Es decir, es posible que la exposición a información sobre la TB disminuya el estigma entre quienes reciben la información. Dado que no podemos observar las actitudes antes del tratamiento, no podemos saber con certeza. Para evaluar el efecto de las campañas de información en el estigma hacia la TB requiere un trabajo de investigación experimental que dejamos para próximas investigaciones.

Referencias

Adane, Kelemework, Mark Spigt, Laturus Johanna, Dorscheidt Noortje, Semaw Federde Abera y Geert-Jan Dinant. 2017. "Tuberculosis Knowledge, Attitudes, and Practices Among Northern Ethiopian Prisoners: Implications for TB Control Effors." *PloS ONE* 12 (3): 1-15.

- Agho, K.E., J. Hall y B. Ewald. 2014. "Determinants of the Knowledge of and Attitude towards Tuberculosis in Nigeria." *Journal of Health, Population and Nutrition* 32 (3): 520-538.
- Andrews, Jason R., Carl Morrow y Robin Wood. 2013. "Modeling the Role of Public Transportation in Sustaining Tuberculosis Transmission in South Africa." *American Journal of Epidemiology* 177 (6): 556-561.
- Brown, Lisanne, Kate Macintyre y Lea Trujillo. 2003. "Interventions to Reduce HIV/AIDS Stigma: What Have We Learned?" *AIDS Education and Prevention* 15 (1): 49-69.
- Córdova, Abby. 2009. "Nota metodológica: midiendo riqueza relativa utilizando indicadores sobre bienes del hogar." *Perspectivas*, número 6: 1-9.
- Corrigan, Patrick W., y David L. Penn. 1999. "Lessons from Social Psychology on Discrediting Psychiatric Stigma." *American Psychologist* 54 (9): 765-776.
- Courtwright, Andrew, y Abigail Norris Turner. 2010. "Tuberculosis and Stigmatization: Pathways and Interventions." *Public Health Reports* 125 (Supplement 4): 34-42.
- Craig, G.M., A. Daftary, N. Engel, S. O'Driscoll y A. Ioannaki. 2017. "Tuberculosis Stigma as a Social Determinant of Health: A Systematic Mapping Review of Research in Low Incidence Countries." *International Journal of Infectious Diseases* 56:90-100.
- Delli Carpini, Michael X., y Scott Keeter. 1993. "Measuring Political Knowledge: Putting First Things First." *American Journal of Political Science* 37 (4): 1179-1206.
- Feske, Marsha L., Larry D. Teeter, James M. Musser y Edward A. Graviss. 2011. "Giving TB Wheels: Public Transportation As A Risk Factor For Tuberculosis Transmission." *Tuberculosis*, 91.^a época: S16-S23.

- Gilpin, Christopher, Pierpaolo de Colombani, Sayohat Hasanova y Umrisso Sirodjiddinova. 2011. "Exploring TB-Related Knowledge, Attitude, Behaviour, and Practice among Migrant Workers in Tajikistan." *Tuberculosis Research and Treatment* (Article ID 548617): 1-10.
- Heijnders, Miriam, y Suzanne Van Der Meij. 2006. "The Fight Against Stigma: An Overview of Stigma-Reduction Strategies and Interventions." *Psychology, Health & Medicine* 11 (3): 353-363.
- Horna-Campos, Olivia J., Héctor J. Sánchez-Pérez, Inma Sánchez, Alfredo Bedoya y Miguel Martín. 2007. "Public Transportation and Pulmonary Tuberculosis, Lima, Peru." *Emerging Infectious Diseases* 13 (10): 1491-1493.
- Kelly, Patricia J. 1999. "Isolation and Stigma: The Experience of Patients with Active Tuberculosis." *Journal of Community Health Nursing* 16 (4): 233-241.
- Lee, Li-Yun, Heng-Hsin Tung, Shu-Ching Chen y Chiung-Hui Fu. 2017. "Perceived Stigma and Depression in Initially Diagnosed Pulmonary Tuberculosis Patients." *Journal of Clinical Nursing* 26 (23-24): 4813-4821.
- Louw, Julia, Karl Peltzer, Pamela Naidoo, Gladys Matseke, Gugu Mchunu y Bomkazi Tutshana. 2012. "Quality of Life among Tuberculosis (TB), TB Retreatment and/or TB-HIV Co-Infected Primary Public Health Care Patients in Three Districts in South Africa." *Health Quality Life Outcomes* 10.
- Macq, Jean, Alejandro Solis, Guillermo Martinez, Patrick Martiny y Bruno Dujardin. 2005. "An Exploration of the Social Stigma of Tuberculosis in Five 'Municipios' of Nicaragua to Reflect on Local Interventions." *Health Policy* 74 (2): 205-217.

- Mushtaq, Muhammad Umair, Ubeera Shahid, Hussain Muhammad Abdullah, Anum Saeed, Fatima Omer, Mushtaq Ahmad Shad, Arif Mahmood Siddiqui y Javed Akram. 2011. "Urban-Rural Inequities in Knowledge, Attitudes and Practices Regarding Tuberculosis in Two Districts of Pakistan's Punjab Province." *International Journal for Equity in Health* 10.
- Organización Mundial de la Salud. 2015. "La mortalidad de la tuberculosis se ha reducido a cerca de la mitad desde 1990." *Organización Mundial de la Salud*. <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2015/tuberculosis-mortality/es/>.
- . 2018. "Tuberculosis." *Organización Mundial de la Salud*. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs104/es/>.
- Pelissari, Daniele Maria, y Fred Alexander Diaz-Quijano. 2017. "Household Crowding As A Potential Mediator of Socioeconomic Determinants of Tuberculosis Incidence in Brazil." *PLoS ONE* 12 (4): 1-13.
- Rood, E.J.J., C. Mergenthaler, M.I. Bakker, L. Redwood y E.M.H. Mitchell. 2017. "Using 15 DHS Surveys to Study Epidemiological Correlates of TB Courtesy Stigma and Health-Seeking Behaviour." *The International Journal of Tuberculosis and Lung Disease* 21 (11): S60-S68.
- Sommerland, N., E. Wouters, C. Masquillier, M. Engelbrecht, G. Kigozi, K. Uebel, A. Janse van Rensburg y A. Rau. 2017. "Stigma as a Barrier to the Use of Occupational Health Units for Tuberculosis Services in South Africa." *The International Journal of Tuberculosis and Lung Disease* 21 (11): S75-S80.
- Telles, Edward. 2014. *Pigmentocracies: Ethnicity, Race, and Color in Latin America*. 1-297. University of North Carolina Press.

Apéndice

Tabla 1

Variables	Vergüenza	Merecen estar enfermas
Nivel de educación	−0.82* (0.21)	−0.71* (0.21)
Edad	0.04 (0.08)	0.07 (0.08)
Mujer	−0.05 (0.22)	−0.07 (0.25)
Quintiles de riqueza	−0.21* (0.10)	−0.08 (0.09)
Urbano	0.16 (0.28)	0.02 (0.27)
Tono de piel	1.13* (0.55)	0.48 (0.62)
Noreste	−0.61* (0.28)	−0.35 (0.32)
Centro-oeste	−0.41 (0.31)	−0.59 (0.37)
Sureste	−0.92* (0.29)	−0.91* (0.30)
Sur	−0.92* (0.39)	−0.70* (0.33)
Constante	0.39 (0.56)	0.03 (0.64)
Observaciones	762	751

* indica $p \leq .05$. Errores estándar en paréntesis.

Tabla 2

Variables	Vergüenza	Merecen estar enfermas
Conoce sobre TB asintomático	0.69* (0.28)	0.55* (0.24)
Sudores nocturnos	0.52* (0.24)	0.07 (0.23)
Conocimiento-Entrevistador	-0.41* (0.13)	-0.33* (0.12)
Miembro de la familia con TB	-0.30 (0.25)	-0.27 (0.23)
Nivel de educación	-0.55* (0.23)	-0.43 (0.23)
Edad	0.04 (0.08)	0.07 (0.09)
Mujer	-0.22 (0.24)	-0.18 (0.25)
Quintiles de riqueza	0.17 (0.10)	-0.05 (0.09)
Urbano	0.02 (0.31)	-0.10 (0.32)
Tono de piel	0.94 (0.57)	0.37 (0.63)
Noreste	-0.54 (0.31)	-0.33 (0.32)
Centro-oeste	-0.54 (0.33)	-0.70 (0.38)
Sureste	-0.84* (0.31)	-0.89* (0.31)
Sur	-0.90* (0.43)	-0.65 (0.35)
Constante	0.58 (0.69)	0.33 (0.73)
Observaciones	715	709

* indica $p \leq .05$. Errores estándar en paréntesis.



La Dra. Mollie J. Cohen es investigadora postdoctoral de LAPOP.

Heather Ewing es estudiante de la Maestría en Salud Pública y Estudios Latinoamericanos en Vanderbilt University.

Este reporte fue editado por el Dr. Mitchell A. Seligson y la Dra. Elizabeth J. Zechmeister. La auditoría de este reporte fue hecha por Euiyoung Emily Noh. Este reporte fue traducido por Gabriel Camargo-Toledo, Sebastián Larrea, el Dr. Juan Camilo Plata y el Dr. Guilherme Russo. El formato, la producción, la revisión, los gráficos y la distribución del reporte fueron manejados por Rubí Arana, Sebastián Larrea, Emma Tatem y Zach Warner. Nuestros datos e informes están disponibles para su descarga gratuita en el sitio web del proyecto. Síguenos en Twitter o Facebook para mantenerse en contacto.

Como miembro fundador de la Iniciativa de Transparencia de la Asociación Americana para la Investigación de la Opinión Pública (AAPOR), LAPOP se compromete a la divulgación rutinaria de nuestros procesos de recopilación de datos y presentación de informes. Se puede encontrar más información sobre los diseños de la muestra del Barómetro de las Américas en vanderbilt.edu/lapop/core-surveys.

Este Proyecto fue financiado por el programa “*Trans-Institutional Partnership (TIPs)*” de Vanderbilt University. Las opiniones expresadas en este reporte de *Perspectivas* corresponden a los autores y LAPOP y no reflejan necesariamente el punto de vista de las instituciones financiadoras. La encuesta 2016/17 del Barómetro de las Américas de LAPOP en Brasil fue financiada principalmente por Vanderbilt University y el programa “*Trans-Institutional Partnership (TIPs)*” de Vanderbilt University. La encuesta de 2016/17 en Brasil recibió también el apoyo de la Open Society Foundations.

vanderbilt.edu/lapop-español
@lapop_barometro
@LatinAmericanPublicOpinionProject
lapop@vanderbilt.edu
+1-615-322-4033



230 Appleton Place, PMB 505, Suite 304, Nashville, TN 37203, USA