UNIVERSIDAD PERUANA DE CIENCIAS APLICADAS

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

PROGRAMA ACADEMICO DE MEDICINA

Niveles de estigma hacia la tuberculosis en población que acude a los centros de salud de la Red San Juan de Miraflores asociado al diagnóstico de tuberculosis, en los años 2017 y 2019, Lima, Perú

TESIS

Para optar el título profesional de Médico Cirujano

AUTORES

Alania Soria, Boris Pavel (0000-0002-4496-3461)

Valle Vergara, Paul Cristhian (0000-0001-7998-7466)

ASESORA DE TESIS

Torres Slimming, Paola Alejandra (0000-0001-9741-9470)

Lima, 20 de enero de 2019

DEDICATORIA

*A nuestros padres por ser nuestra
inspiración y motivación; por su amor, comprensión
y educación durante esta larga carrera.*

AGRADECIMIENTOS

A la doctora Paola Torres Slimming por su interminable paciencia y dedicación que nos otorgó durante todo el proyecto. A los doctores María Mesta, Alexander Ascarruz, José Aymar y Maria Felix quienes son consultores locales del programa de Prevención y Control de TB en el Centro Materno Infantil Manuel Barreto, Centro de Salud Leonor Saavedra y Centro de Salud Trébol Azul, Centro Materno Infantil Ollantay, respectivamente, quienes nos permitieron el acceso a las instalaciones y poder realizar las encuestas necesarias para poder concluir con este trabajo de investigación; a nuestros familiares quienes nos motivaron siempre a seguir adelante.

RESUMEN

Introducción. La tuberculosis es una enfermedad muy prevalente a nivel mundial. Si bien existen numerosas guías sobre cómo tratar y curar esta enfermedad, no existen estudios que evalúen como los determinantes sociales influyen en esta infección. Los determinantes sociales son todas las condiciones sociodemográficas que influyen en nuestro desarrollo, un determinante muy poco estudiando es el estigma hacia la enfermedad de la tuberculosis.

Objetivo. Determinar los niveles de estigma hacia la tuberculosis asociados al diagnóstico auto reportado de tuberculosis en pacientes que acuden en los centros de salud de la Red de San Juan de Miraflores, Lima, en los años 2017 y 2019.

Material y Métodos. Este es un estudio cuantitativo observacional analítico tipo transversal, realizado en la población que acude a los centros de salud de primer nivel de la red “San Juan de Miraflores”. Se evaluaron 132 participantes, 36 con diagnóstico auto reportado de tuberculosis y 96 sin diagnóstico auto reportado de tuberculosis

Resultados. Se encontró que la diferencia de medias del nivel de estigma en población que presente antecedente auto reportado de tuberculosis frente a población que no cuente con este antecedente fue de 1.19; la cual no fue significativa ($p=0.089$).

Conclusión. El presente trabajo no encontró asociación entre los niveles de estigma y el antecedente auto reportado de tuberculosis.

Palabras claves: estigma social; tuberculosis; determinantes sociales de la salud; medición.

SUMMARY

Introduction: Tuberculosis is a prevalent disease worldwide. Even though there are several guidelines on diagnosis and treatment, there is very scarce information on the social determinants of this disease. Social determinants are all the socio-demographic conditions that influence the development of any condition. Among the least studied determinants is the stigma in tuberculosis.

Aims: to determine the levels of social stigma associated to the self-reported diagnosis of tuberculosis in patients attending the health facilities of San Juan de Miraflores, Lima Peru between 2017 and 2019.

Methods: A cross sectional quantitative analytic study was done in the population attending the San Juan de Miraflores health facilities. A survey was used for collecting data. A total of 132 patients were included, 36 with self-reported tuberculosis and 96 without.

Results: we found differences in the level of social stigma in the population with and without self-reported diagnosis of tuberculosis, but without statistical significance ($p=0.089$).

Conclusion: our study did not find association between the level of social stigma for tuberculosis and self-reported tuberculosis.

Key words: social stigma, tuberculosis, social determinants of health.

TABLA DE CONTENIDO

ÍNDICE DE TABLA	7
ÍNDICE DE FIGURA	8
1. INTRODUCCIÓN.....	9
2. METODOLOGÍA.....	14
2.1. Diseño del estudio	14
2.2. Población y muestra del estudio	14
2.3. Variables e instrumentos	16
2.4. Recolección de datos	17
2.5. Análisis de datos.....	18
2.6. Aspectos éticos	19
3. RESULTADOS	20
4. DISCUSIÓN.....	24
5. CONCLUSIONES.....	33
6. REFERENCIAS:	34
7. ANEXOS.....	40

ÍNDICE DE TABLA

7.6. Tabla 1: Operacionalización de variables.....	48
7.7. Tabla 2: Características demográficas de los asistentes a los centros de salud de atención primaria de la red San Juan de Miraflores (N=132)	54
7.8. Tabla 3: Características demográficas de los asistentes a los centros de salud de atención primaria de la red San Juan de Miraflores respecto al antecedente de tuberculosis (N=132).....	55
7.9. Tabla 4: Nivel de estigma en la población que cuenta con el antecedente de tuberculosis y sin antecedente de tuberculosis (N=132).....	57
7.10. Tabla 5: Media de los puntajes obtenidos del nivel de estigma hacia la tuberculosis de la población, caracterizada en las variables socio-demográficas y relacionadas a la tuberculosis en los asistentes a los centros de salud de atención primaria de la red San Juan de Miraflores (N=132).	57
7.11. Tabla 6: Dimensiones del estigma hacia la tuberculosis y puntaje obtenido en la población que cubre a la red San Juan de Miraflores.	59

ÍNDICE DE FIGURA

7.1. Figura 1: Cálculo del tamaño de muestra.....	40
7.2. Figura 2: Consentimiento informado.	41
7.3. Figura 3: Boletín informativo.....	44
7.4. Figura 4: Flujograma	45
7.5. Figura 5: Instrumento aplicado para determinar el estigma hacia la tuberculosis.	46

1. INTRODUCCIÓN

Una de las grandes metas de la OMS (Organización Mundial de Salud) hacia el año 2035 mediante su estrategia “Fin de la Tuberculosis” es terminar con la epidemia de la tuberculosis^{2, 17}. La tuberculosis es una enfermedad infectocontagiosa, cuyo agente etiológico es el *Mycobacterium tuberculosis*, esta es una bacteria ácido-alcohol resistente, aerobia estricta y puede sobrevivir a condiciones ambientales extremas, la cual se transmite a través de la vía aérea, por medio de micro gotas, infectando al huésped susceptible¹; afecta principalmente a los pulmones, pero puede afectar también a otros órganos⁸. Una de las características más importantes es que la tuberculosis es curable y prevenible; sin embargo, es una infección altamente prevalente y es la más importante en la población del Perú¹.

La tuberculosis es una enfermedad de alta prevalencia a nivel mundial, y persiste como un problema en salud pública en países de medianos y bajos ingresos, siendo una de las principales causas de mortalidad en el mundo; solo en el 2017, 10 millones de personas enfermaron de tuberculosis; de las cuales fallecieron 1.6 millones². Anualmente en el continente americano mueren más de 50 mil personas a causa de la tuberculosis¹; además se sabe que el 95% de muertes por tuberculosis sucedieron en países de ingresos socioeconómicos medianos y bajos². En el Perú según el análisis de la situación epidemiológica de la tuberculosis, realizada en el 2017, la incidencia estimada fue de 116.4 nuevos casos¹⁵, donde Lima concentra más del 60% de los mismos; dentro de esta, la provincia Metropolitana de Lima es la que posee la mayor cantidad de casos confirmados, con más de 172 casos por cada 100 mil habitantes¹⁵. En esta ciudad los distritos que reportan la mayor cantidad de casos, por encima del nivel nacional, son: San Juan de Lurigancho,

Rímac, La Victoria, El Agustino, Ate, Santa Anita y Barranco; en cuyos distritos, la infección por tuberculosis se relaciona con: zonas donde la población se encuentra en hacinamiento, pobreza y malas condiciones de vivienda ^(1, 3, 6).

El tratamiento de la tuberculosis en el Perú es gratuito y tiene un alto éxito de curación, entre el año 2009 y 2013 se obtuvo un porcentaje de éxito terapéutico que oscila entre el 89% y 86%^(2,3), pero también aumentó en gran medida el porcentaje de fallecidos, en el análisis de situación epidemiológica de la tuberculosis en el Perú realizado en los años 2012 - 2014 se registraron en promedio 1,100 muertes atribuidas a esta infección por año; además, se reportó que la tasa de abandono al tratamiento en el periodo 2011 - 2013, en el mismo estudio, fue del 7%³; para el año 2016 la tasa de abandono fue del 6.8 % de tuberculosis sensible y del 33.9% de tuberculosis multidrogo-resistente¹⁶, estos resultados respecto a la tuberculosis fueron influenciados por los determinantes sociales de la salud, en gran medida por el estigma presente hacia esta enfermedad, que toman mucha relevancia en nuestro contexto como país.

Los determinantes sociales en la salud, se definen como el conjunto de condiciones sociales en las que las personas viven y trabajan (entorno social) y se desarrollan en general³; se conoce que la mayor cantidad de problemas de los servicios de salud, son en consecuencia a una inequidad de estos determinantes sociales, que, a pesar de las políticas del estado, estos no son abordados de manera correcta en su mayoría ^(1, 3, 5). La Ley N°30287 publicada en el 2014, pretendía tener un mejor control sobre la tuberculosis, haciendo énfasis en que el enfermo con tuberculosis tenía deberes y derechos que le permitan tener una recuperación e inserción a la sociedad terminado el tratamiento³⁴; pero en el año 2016 esta Ley fue modificada, “obligando” al paciente a firmar un consentimiento informado y de informar su diagnóstico a los centros de salud, aceptar el tratamiento y cumplir con las normas de

bioseguridad establecidas, por lo que si no cumplían con este reglamento eran sancionados o en el peor de los casos sentenciados penalmente, aludiendo a que existe un riesgo a la salud pública³⁵. Camila Gianella y Gonzalo Gianella, este último neumólogo, en un artículo de opinión, refieren: “Una persona con tuberculosis es una persona enferma. Como todos los que caen enfermos están llenos de mucho temor y son vulnerables. El Estado debería procurar protegerlos y no perseguirlos como a delincuentes”³³. Esto se debe a que el Estado en su preocupación por controlar la tuberculosis prioriza el tratamiento farmacológico contra la tuberculosis y no enfatiza, también, el manejo del contexto social y sus determinantes de la salud relacionados a la tuberculosis. En el análisis de la situación epidemiológica de la tuberculosis en el Perú del 2015, señalan que en los determinantes estructurales relacionados a la tuberculosis existen grandes carencias sociales, entre las principales: el crecimiento económico desigual, gran cantidad de inmigrantes, una urbanización rápida y crecimiento demográfico, estas condiciones crean desigualdades en los determinantes sociales, especialmente en la población afectada por la tuberculosis, dificultando su acceso a los servicios de salud^(3,5).

Los determinantes sociales antes mencionados son considerados como importantes factores de riesgo en el desarrollo de la tuberculosis ya que estos se encuentran en las 4 etapas de patogénesis: exposición, infección, enfermedad y acceso a la atención. Dentro de la bibliografía científica se describe al estigma como un determinante social en salud que permanece latente y a pesar de los estudios realizados, no se logra identificar de manera profunda al estigma dentro de estos determinantes, causando un aumento en la brecha en los servicios de salud, afectando en las diferentes etapas de la infección, como, retraso diagnóstico, adherencia al tratamiento y éxito de la curación^(1, 3, 4, 5, 6). La definición más aceptada sobre el estigma es la elaborada por Goffman, quien manifiesta: “el estigma es una

característica o atributo profundamente desacreditador que estropea la identidad social de una persona o el sentir de sí mismo”⁴; Otros autores diferencian al estigma de dos maneras: el percibido, que son las experiencias o efectos negativos experimentados por la persona enferma en la sociedad, y otro, es el interiorizado o auto estigma, que consiste en creer estereotipos públicos negativos y traducir esas percepciones negativos así mismo⁴; pero dentro del contexto de la tuberculosis, el estigma se define como una característica o una valoración negativa que tiene una persona afectada por la tuberculosis⁵; este determinante a pesar de tener una gran repercusión en la sociedad y en los pacientes afectados, no es específicamente estudiado; además, fueron pocos los que describieron este problema en el Perú, es por ello que se debería estudiar de manera más profunda, y abordar el problema de la tuberculosis no solo desde el punto de vista de sus procesos biológicos, sino también del resto de sus determinantes sociales, haciendo énfasis en el estigma hacia la tuberculosis.

Si bien existen pocos trabajos que describen el estigma como una barrera de salud, además de ser un fenómeno dentro de la enfermedad y la sociedad, se encuentran pocas referencias que describan su prevalencia y su importancia.

En los últimos años el tema del estigma hacia la tuberculosis sigue tomando relevancia; un meta-análisis describe al estigma como un determinante en salud muy importante en diferentes sociedades pero que debe ser estudiado a mayor profundidad y encontrar datos de prevalencia para poder combatir esta infección⁴. En un estudio publicado por Osorio Mejía en el cual se intentó medir la prevalencia del estigma auto percibido en los pacientes con diagnóstico actual de tuberculosis, no se logró dicho objetivo puesto que no se utilizó un instrumento adecuado ni validado⁵. Es por ello que este trabajo tiene como objetivos:

General:

- Determinar los niveles de estigma hacia la tuberculosis asociado al antecedente auto reportado de tuberculosis en pacientes que acuden en los centros de salud de la Red de San Juan de Miraflores, Lima, en los años 2017 y 2019.

Específicos:

- Describir los niveles de estigma hacia la tuberculosis en pacientes con antecedente auto reportado de tuberculosis.
- Describir los niveles de estigma hacia la tuberculosis en pacientes sin antecedente auto reportado de tuberculosis.
- Describir los niveles de estigma hacia la tuberculosis asociados a factores sociodemográficos (edad, sexo, estado civil, grado de instrucción, ocupación, religión, tipo de aseguramiento, antecedente de contacto).
- Describir los niveles de estigma hacia la tuberculosis en relación con cada una de sus dimensiones (cognitiva, comportamiento, afectivo).

Estos objetivos fueron determinados mediante la siguiente pregunta de investigación: ¿Cuál es el nivel de estigma hacia la tuberculosis en la población que acude a los centros de salud de la Red San Juan de Miraflores, en relación con el antecedente auto reportado de tuberculosis?; por medio de una encuesta realizada y validada en Colombia, que nos permite estimar los niveles del estigma hacia a tuberculosis y sus dimensiones, en las personas encuestadas.

2. METODOLOGÍA

2.1. Diseño del estudio

Este es un estudio cuantitativo observacional analítico tipo transversal. Se realizó una descripción a partir de los datos obtenidos en base a una recolección primaria en los centros de salud de la red “San Juan de Miraflores” de Lima en los años 2017 - 2019.

El estudio se realizó en dos fases, en la primera fase se realizó un piloto en una población con similares características sociodemográficas, y en la segunda fase se procedió a la aplicación de la encuesta para obtener una base de datos primaria, el cual se obtuvo de las personas que acudieron a consultorio externo y se encontraban en la sala de espera de los centros de salud de atención primaria de las micro redes: Trébol Azul, Leonor Saavedra, Manuel Barreto y Ollantay, que pertenecen a la red de salud “San Juan de Miraflores”. Los datos se recolectaron en los años 2017 - 2019.

2.2. Población y muestra del estudio

San Juan de Miraflores es un distrito ubicado en la provincia de Lima, departamento de Lima, en Perú, el cual se eligió por contar con facilidad de acceso a la red de salud de dicho distrito; asimismo, presenta una tasa de incidencia y de morbilidad de tuberculosis mayor al promedio nacional, su lengua predominante es el castellano, su población es de 362 mil 643 habitantes, es el 7mo. distrito más populoso del departamento de Lima. Posee una densidad poblacional de 15122.7 habitantes/Km², la urbanización es del 100%, el grupo etario con mayor población es de 15-65 años, donde la edad media es de 27 años. El promedio de hijos por cada mujer es de 1.3, siendo uno de los distritos con mayor promedio de hijos por cada

mujer. La tasa de analfabetismo en el distrito es de 2.4%, el porcentaje de personas que cuentan con un seguro de salud, que no sea SIS, es de 37.4%, dentro del censo realizado en el 2007 se encontró que el porcentaje de personas con algún tipo de discapacidad es de 13.2%. Con respecto al grado de instrucción de la población el 46.1% alcanzó el nivel superior, 42.4% secundaria y 11.5% primaria. Según el censo realizado en el 2007 la religión más profesada es la católica. La tasa de actividad representada como PEA (población económicamente activa) entre la población en general es 59.3%, con un mayor porcentaje en la población que se encuentra entre los 30 a 39 años de edad, de los cuales solo alcanzaron la secundaria el 40.5%. La PEA asalariada, con la condición de empleado es del 40.9% y PEA con la condición de independiente es 33.4%. Los niveles socioeconómicos que encontramos en el distrito de San Juan de Miraflores es bajo inferior 36%, caracterizada por una población de escaso nivel de ingreso producto de una actividad laboral de baja calificación, y bajo 33.2% determinado por quienes están por debajo o por encima de la línea de estilo de vida y situación relativa actual. Las viviendas son predominantemente de material noble, el 80.3% de la población accede a servicios básicos (agua, luz y desagüe).

Utilizando los resultados del estudio piloto, se obtuvo una diferencia de medias de 3.50 puntos para ambos grupos y desviaciones estándar (población con diagnóstico actual de tuberculosis: 3.90 y población sin diagnóstico actual de tuberculosis: 5.10), estos datos fueron introducidos a EPIDAT, con una relación entre tamaños muestrales de 3.00, un nivel de confianza del 95% y una potencia del 98%, obteniendo un cálculo de muestra de 128 personas, 32 encuestados con antecedente auto reportado de tuberculosis y 96 encuestados sin antecedente auto reportado de tuberculosis, con una proporción de no respuesta del 10%, se obtiene en total 141 personas a encuestar (Figura 1).

El diseño de muestreo es del tipo no probabilístico por conveniencia. Se realizó en centros de salud del primer nivel de atención de la red de salud de “San Juan de Miraflores”, en forma consecutiva hasta completar el tamaño muestral que fue de 148 participantes, de los cuales se excluyeron 16 encuestas por no cumplir con los criterios de inclusión, quedando 132 encuestas utilizables de los cuales 36 personas reportaron el antecedente de tuberculosis y 96 personas que no refieren antecedente de tuberculosis.

La selección de participantes:

Criterios de inclusión:

- Población mayor de 18 años de ambos sexos.
- Población que acude a los consultorios externos y se encuentran en la sala de espera de los centros de salud de la red San Juan de Miraflores.
- Población que firmaron el consentimiento informado.

Criterios de exclusión

- Personas sin las habilidades mínimas (sordomudos) necesarias para aplicar la encuesta.
- Personas que no se sienten cómodas hablando acerca del tema de investigación.
- Personas que se nieguen a firmar el consentimiento informado.
- Personas que realicen un mal llenado de las encuestas o que presenten encuestas incompletas

2.3. Variables e instrumentos

- Variable dependiente: El nivel de estigma hacia la tuberculosis se define como una variable numérica. El instrumento que se utilizó para medir el outcome se aplicó previamente de manera original en Colombia, luego fue traducido a diferentes idiomas, este instrumento permite estimar en una escala de puntaje del 0-25 del estigma hacia la tuberculosis. Evaluando a las personas en diferentes dimensiones,

como: cognitivo, conductual y afectivo. El presente instrumento se validó en Colombia^{14, 22}.

La encuesta se basa en preguntas con un modelo dicotómico que transforma valores cualitativos en dos categorías cuantitativas (SI/NO), lo cual nos permite otorgar un valor numérico a las respuestas bajo los valores SI =1 punto y NO= 0 puntos. Para el análisis e interpretación de los puntajes, se tabulará cada pregunta con su respectiva respuesta, y se realizará la sumatoria de todos los valores por cada pregunta, para obtener un puntaje total por cada encuesta. El score va de 0 a 25 puntos.

- Variable independiente: Auto reporte de antecedente de tuberculosis, variable que incluye si la persona posee o no el diagnóstico actual de tuberculosis o si tuvo antecedente de padecer dicha infección.
- Co variables: Edad, sexo, grado de instrucción, estado civil, ocupación, religión, tipo de tuberculosis, contacto con tuberculosis, tiempo de residencia, lugar de residencia, hábitos nocivos, antecedentes de contacto, tratamiento antituberculoso, tiempo de tratamiento, tipo de aseguramiento (Tabla 1).

2.4. Recolección de datos

El estudio fue de dos fases, en la primera fase se realizó un piloto en un centro de salud de primer nivel en el distrito de Independencia, en el centro de salud Ermitaño Bajo; mediante este piloto se realizó la adaptación cultural del instrumento¹⁴.

El piloto se realizó en el distrito de Independencia el cual cuenta con características socio demográficas similares a las de San Juan de Miraflores³. La incidencia de tuberculosis en el distrito de Independencia es alta, cuenta con una población de 207 647 habitantes, densidad poblacional de 14 261,47 hab/km², la urbanización es del 97,65%, con una mayor población

en el grupo etario de 15-65 años³, estos datos corroboran la similitud entre dichos distritos. Dicho piloto se realizó en 48 personas en total, a las que se le solicitó el respectivo consentimiento informado (figura 2), 11 de estas con antecedente auto reportado de tuberculosis, independientemente de su caso, pulmonar o extra pulmonar, y las otras 35 personas, sin antecedente de tuberculosis; la separación de estas poblaciones en el piloto permitió corroborar los datos sobre el cálculo de tamaño de muestra, la diferencia de medias, además de poder adaptar culturalmente el instrumento en estos dos grupos.

En la segunda fase, luego de la obtención del consentimiento informado (figura 2), se procedió a la aplicación y recolección directa de datos, los datos analizados en el presente estudio fueron obtenidos de centros de salud de atención primaria de la red de salud de San Juan de Miraflores. Se realizó un análisis primario de los datos que estén consignados.

2.5. Análisis de datos

Los datos fueron obtenidos mediante encuestas, las cuales fueron auto aplicadas. Los datos fueron ingresados en una base de datos en Excel, mediante la doble digitación para evitar errores de digitación. Posteriormente la data fue transferida al programa STATA versión 14.0 donde se realizó el análisis estadístico.

Para el análisis descriptivo de las variables categóricas, se presentaron mediante frecuencias absolutas y relativas (porcentaje). Para aquellas variables cuantitativas se presentaron mediante medidas de tendencia central (media) y su respectiva medida de dispersión (desviación estándar).

Para el análisis bivariado de las variables categóricas, se utilizó la prueba de Chi². En cuanto a las variables cuantitativas (numéricas) se evaluaron primero los criterios de normalidad (con la prueba de Shapiro Wilk) y homogeneidad de varianza (con la prueba de Levene o

Bartlett). Posterior a evaluar los supuestos, al cumplir normalidad y homogeneidad de varianzas, se utilizaron las pruebas paramétricas. Para el análisis de las variables cuantitativas con variables categóricas dicotómicas, se utilizó pruebas paramétricas (t student). En caso de ser una variable categórica politómica, se utilizó pruebas paramétricas (Anova). Al realizar el análisis con otras variables numéricas se utilizó los coeficientes de Pearson luego de probar normalidad.

2.6. Aspectos éticos

El presente estudio fue revisado, evaluado y aprobado por el comité de ética de la Universidad Peruana de Ciencias Aplicadas (UPC). También fue sometido a revisión por los centros de salud de atención primaria de las micro redes, quienes nos concedieron el respectivo permiso para poder realizar las encuestas en los establecimientos: Trébol Azul, Leonor Saavedra, Manuel Barreto y Ollantay. Al ser un estudio de análisis primario de datos, se aplicó un consentimiento informado a cada uno de los participantes, pidiendo autorización para participar del estudio (figura 2). La información brindada por cada participante; se mantuvo en estricta confidencialidad bajo códigos alfanuméricos. Posterior a la aplicación de la encuesta, se les hizo entrega a los participantes de un boletín informativo acerca de prevención de la tuberculosis (figura 3).

3. RESULTADOS

Se invitaron a un total de 148 participantes al estudio, de los cuales 1 rechazó en participar del estudio. Al revisar las encuestas se detectaron 15 encuestas mal llenadas o inconsistentes con la variable independiente, las cuales fueron eliminadas del estudio. Entraron al análisis un total de 132 encuestas; de los cuales 36 auto reportaron el antecedente de tuberculosis y 96 no (Figura 4).

El total de participantes encuestados fueron 132 personas, donde el (63.64%) del total fueron mujeres y la media de la edad fue 33.21 años (DS: 12.49). Las características sociodemográficas de la población encuestada fueron que la mayoría era soltera (46.97 %), teniendo el grado de instrucción predominante el de secundaria completa (41.67%), la ocupación predominante fue la de trabajador independiente (43.18%). La religión más profesada fue la católica con (43.18%), el tipo de seguro predominante en la población fue el otorgado por el Estado de manera gratuita el Seguro Integral de Salud (SIS) que representa el (59.85%) y solamente el (28.79%) de la población vivían en condiciones de hacinamiento.

De los participantes encuestados, 36 (27.27%) auto reportaron presentar antecedente de tuberculosis de los cuales todos tienen diagnóstico actual de tuberculosis recibiendo tratamiento en el establecimiento de salud. Adicionalmente, 10 de estos participantes (27.8%) refirió haber tenido el antecedente de diagnóstico previo al actual de tuberculosis.

En cuanto al reporte en relación al tipo predominante de tuberculosis, el 91.67% refirió tener diagnóstico específico de tuberculosis pulmonar. Además, el 6.82% mencionó haber estado en contacto con una persona infectada con tuberculosis (Tabla 2).

Análisis bivariado de las características demográficas en relación con el antecedente de tuberculosis.

En cuanto al análisis de las covariables, comparado al antecedente auto reportado de tuberculosis; se encontró que el sexo presenta significancia estadística ($p=0.001$), además las personas que reportaron contacto previo de tuberculosis, también presentaron significancia estadística ($p=0.048$); en cuanto a las otras covariables las cuales son: edad, estado civil, ocupación, religión, grado de instrucción, tipo de seguro y la presencia de hacinamiento, no presentaron significancia estadística (Tabla 3).

Análisis bivariado de covariables, antecedentes de tuberculosis y niveles de estigma

La media del puntaje de estigma en la población encuestada fue de 7.46 con una DS 3.61 (Tabla 2). En cuanto a la media del nivel de estigma de las personas que reportan antecedente de tuberculosis fue 8.33 con DS 3.56, mientras que en aquellos participantes que refieren no tener antecedente auto reportado de tuberculosis fue 7.14 con DS 3.59. No se encontró diferencia estadísticamente significativa entre ambos grupos ($p=0.089$) (Tabla 4).

En relación a los niveles de estigma y covariables se observan que las características sociodemográficas como el sexo obtuvo una diferencia de medias es de 1.20 entre varones y mujeres, siendo estos resultados no significativamente estadísticos ($p=0.064$). En cuanto a la edad, la cual con fines de representación y análisis se dicotomizó con un punto de cohorte de 29 años, se obtuvo una diferencia de 1.27, siendo significativamente estadístico

($p=0.041$); respecto al grado de instrucción se observa un descenso de la media de los puntajes de los niveles de estigma hacia la tuberculosis conforme mayor sea el grado de instrucción exceptuando los analfabetos, siendo esta relación no significativamente estadística ($p=0.460$). En cuanto al resto de las variables sociodemográficas y su análisis entre la media de los niveles de estigma hacia la tuberculosis, como: estado civil, ocupación, religión, grado de instrucción, tipo de seguro y hacinamiento, tampoco se encontró relación significativamente estadística.

En cuanto al resto de variables relacionadas a la tuberculosis como son: tipo de tuberculosis, presencia de contacto de tuberculosis, antecedente de tuberculosis, no se encontraron relación estadísticamente significativa (Tabla 5).

Al realizar el análisis entre los niveles de estigma hacia la tuberculosis y el antecedente auto reportado de tuberculosis, asimismo al ampliar el análisis con las covariables, no se encontró asociación, motivo por el cual no se procedió a realizar un análisis multivariado; si bien es cierto el sexo presenta asociación al ser contrastado con los niveles de estigma, esta no era la finalidad del estudio, pero sirve de base para posteriores investigaciones.

Descripción de las dimensiones hacia el estigma de la tuberculosis

Adicionalmente, se analizaron las dimensiones del estigma hacia la tuberculosis del cuestionario. El componente cognitivo, el cual consta de la sumatoria total de respuestas a las 7 preguntas que comprende este componente, obtuvo un puntaje con una media de 2.31 con DS 1.45; el cual al ser comparada con el antecedente de tuberculosis no presentó asociación ($p=0.733$). Al realizar una comparación individual por cada pregunta del componente cognitivo con el antecedente de tuberculosis se evidenció que la pregunta número 19, *¿Es riesgoso comer o beber con un familiar enfermo con tuberculosis?*, fue la única que presentó significancia estadística ($p=0.021$).

Respecto al componente afectivo el cual consta de la sumatoria de 12 preguntas de la encuesta, la media fue 3.54 con DS 1.96. Al ser comparado con el antecedente de tuberculosis se evidencia que existe asociación estadísticamente significativa ($p= 0.024$); y al realizar la comparación individual por preguntas del componente versus el antecedente de tuberculosis se encontró que la pregunta número 7, *¿Es vergonzoso estar enfermo con tuberculosis?*, es la única asociada ($p=0.006$).

En cuanto al tercer y último componente, el conductual, que consta de la sumatoria de 6 preguntas en la encuesta, la media fue 1.59 con DS 1.35, la cual no fue estadísticamente significativo cuando se compara con el antecedente de tuberculosis. A pesar de este resultado, en la comparación individual por pregunta se observa que la pregunta 20, *¿Las personas con tuberculosis deben de apartarse de sus sitios de trabajo?*, obtuvo significancia estadística ($p=0.016$), siendo la única pregunta del grupo que cumple esta característica (Tabla 6).

4. DISCUSIÓN

Este estudio tuvo como objetivo principal estimar los niveles de estigma hacia la tuberculosis asociados al antecedente auto reportado de tuberculosis, observando una diferencia en el puntaje de medias de 1.19 entre aquellos que presentaban antecedente auto reportado de tuberculosis y los que no, sin encontrar diferencia estadística entre ambos grupos ($p=0.089$).

En nuestra población se reportó niveles de estigma que van desde 1 punto como valor mínimo, y 21 puntos como valor máximo, lo cual indica que la población estudiada presenta niveles de estigma en su totalidad; sin embargo; la limitante del instrumento es que no presenta un punto de corte que nos permita expresar en grados el nivel de estigma. A nivel de la literatura en relación a los instrumentos aplicados, para medir y cuantificar el estigma hacia la tuberculosis, encontramos por ejemplo que en Brasil se creó un cuestionario que mide el nivel de estigma en los familiares de pacientes con diagnóstico de tuberculosis, sin embargo, no explora el estigma hacia la tuberculosis de la población que posee este diagnóstico³³. Por otro lado, en Tailandia se diseñó una escala que mide el estigma asociado con diagnóstico de tuberculosis y VIH, no obstante, dicha escala no permite diferenciar entre el estigma hacia la tuberculosis y el estigma hacia el VIH, por lo que resulta inespecífica para el objetivo de este estudio¹¹. Es por ello que la encuesta aplicada en nuestro estudio que evalúa el nivel de estigma hacia la tuberculosis en la población, independientemente de contar con el antecedente o no de tuberculosis, resulta ser adecuada para desarrollar los objetivos de este estudio²². Actualmente no existe una prueba estándar a nivel mundial que pueda ser utilizada para determinar el nivel de estigma hacia la tuberculosis.

Nuestro estudio intenta cuantificar el concepto abstracto del estigma, el cual ha sido descrito en diversos estudios cualitativos, los cuales concluyen que las personas que cuenten con el antecedente de tuberculosis presentan mayor estigma hacia la tuberculosis en comparación con las personas que no presentan dicho antecedente^{9,12}. Las razones que exponen en los estudios cualitativos es que las personas con tuberculosis son rechazadas y aisladas de la sociedad, incluso luego de su recuperación, persistiendo el estigma^{9,12}. A pesar de haber cuantificado una diferencia entre ambos grupos de nuestra población, ésta no es estadísticamente significativa, lo cual diverge de los resultados de las publicaciones cualitativas. Esto se puede inferir debido a que las personas independientemente de su condición de poseer o no antecedente de tuberculosis se encuentran en una región donde la prevalencia de tuberculosis es alta, por lo que están expuestos a las mismas experiencias estigmatizadoras y socioculturales en ambas poblaciones, es decir existen las mismas inequidades sociales y experiencias discriminatorias hacia la tuberculosis^{5,4,15}

La media del nivel de estigma hacia la tuberculosis en la población en general fue de 7.46 puntos, este puntaje no puede ser comparado con estudios previos, puesto que no existen estudios con las mismas características; ya que la mayoría de estudios realizados fueron cualitativos, y no permiten expresar de manera cuantitativa los niveles de estigma. Por lo antes expuesto no se podría expresar el estigma hacia la tuberculosis en grados (bajo, medio o alto), puesto que no existe una escala de medición en grados de estigma hacia la tuberculosis en otras poblaciones.

Dentro de las variables sociodemográficas, la proporción de mujeres fue mucho mayor que la de varones con un 63.64 %, lo cual no es acorde a la epidemiología descrita en el Perú³, este resultado podría estar sesgado debido a que el horario en el cual se realizó la recolección

de datos existió mayor afluencia femenina, esto también influenciado por las actividades laborales que realizan los varones y dejan más al cuidado de la salud de los hijos a las mujeres en el hogar. La población posee una media de edad de 33 años lo que nos indica una población relativamente joven, de la misma forma un 46.97 % de la población se encontraba soltera, un 43.18 % se desenvuelve como trabajador independiente y respecto al grado de instrucción un 41.67 % de la población obtuvo el grado de instrucción de secundaria completa, estos datos se contrastan con los arrojados por el Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI).

Respecto a las variables relacionadas con el antecedente patológico de tuberculosis, un 27.27 % reportó antecedente de tuberculosis, esta proporción viene a ser relativamente alta respecto a lo hallado en otros estudios¹⁷, esto puede deberse a un sesgo de selección de población ya que la comunidad elegida para realizar el estudio mantiene una de las más altas prevalencias de tuberculosis a nivel nacional y porque los centros de salud escogidos para la investigación son centros de primer nivel en los cuales se desarrolla la estrategia nacional de la lucha contra la tuberculosis. Si bien consideramos que existe el sesgo de selección, la proporción de personas con antecedentes de tuberculosis (personas que poseen el diagnóstico actual de tuberculosis y/o aquellos que cuentan con antecedente previo de tuberculosis) en los centros de salud versus población general, nos permiten poder responder al objetivo principal de este estudio.

De las personas que auto reportan antecedente de tuberculosis, un 91.67% tuvo el diagnóstico de tuberculosis pulmonar, cifra que va acorde con la literatura revisada, donde se señala que el mayor porcentaje de la población que padece de tuberculosis es de tipo pulmonar¹².

Al realizar un mayor análisis podemos identificar que la población masculina que posee el antecedente de tuberculosis es mayor a la población femenina que posee dicho antecedente; este hallazgo se corrobora con la bibliografía revisada en la situación epidemiológica de la tuberculosis en el Perú¹⁶; con este resultado se infiere que esta diferencia está relacionada con las actividades laborales que realizan los hombres, ya que las mujeres en su mayoría se dedican al cuidado del hogar; la OMS por su parte señala que esta diferencia podría obedecer a diferencias epidemiológicas como exposición y riesgo de infección²³; por otro lado un estudio reciente afirma que esta diferencia se podría deber a que los hombres tienen mayor riesgo de adquirir esta enfermedad porque poseen mayor vida social, afirmación que cambiaría con los años ya que el empoderamiento femenino terminaría con esta diferencia²⁴. Asimismo, se identificó que las personas que tuvieron contacto previo con la tuberculosis tienen mayor probabilidad de infectarse de tuberculosis que aquellas que no tuvieron dicho contacto; esto se debe a que existe una mayor exposición en esta población por lo que el riesgo de padecer esta enfermedad se incrementa, esto se corrobora con datos obtenidos tanto nacional como internacionalmente^{2, 15}.

Respecto a la edad (años), variable que fue dicotomizada con fines de análisis e interpretación se encontró que la diferencia de medias de nivel de estigma en las personas mayores de 29 años respecto a las personas menores de 29 años fue de 1.27; con este hallazgo se sugiere que a mayor edad el nivel de estigma aumenta, este hallazgo no se puede contrastar con bibliografía previa ya que no se hallaron resultados similares en la búsqueda realizada; sin embargo, podría inferirse que conforme la edad avanza las personas están más expuestas a experimentar situaciones que influyan en la percepción del estigma hacia la tuberculosis⁵. Asimismo, se encontró que la diferencia de la media del nivel de estigma hacia la

tuberculosis de las personas que se encuentran casadas respecto a las personas solteras es mayor; este resultado se corrobora con la bibliografía realizada donde se afirma que las personas casadas sufren mayor vulnerabilidad al estigma la cual estaría ligada al contexto socio cultural de donde se realice el estudio; en estudios cualitativos se ha evidenciado que las mujeres casadas con antecedente de tuberculosis temen que sus esposos las rechacen y las incapaciten de cuidar a sus hijos, pudiendo llegar hasta el divorcio^{26,27,28}; mientras que los hombres casados sintieron maltrato por parte de sus esposas al no poder trabajar, por ende no llevar dinero al hogar debido a esta enfermedad²⁵.

Dentro del análisis de las dimensiones del estigma hacia la tuberculosis (cognitivo, afectivo y conductual) y las preguntas que las componen, encontramos que las preguntas con mayor porcentaje de respuesta afirmativa son: pregunta 1: *¿las personas enfermas con tuberculosis experimentan mayores dificultades económicas que quienes no padecen esta enfermedad?*, este ítem permite evaluar la dimensión afectiva, en un trabajo del tipo cualitativo realizada en Lima⁶, se encontró que las personas entrevistadas tenían mayores dificultades económicas por ser portadores de la tuberculosis, esto corrobora lo encontrado por nuestro estudio, el cual permite describir que las personas encuestadas creen que las personas afectadas por la tuberculosis son más propensas a sufrir dificultades económicas; asimismo las personas que poseen antecedente de tuberculosis tienden a ocultar su condición para evitar la pérdida del empleo y protegerse del rechazo social^{29,30,31}; la pregunta 4: *¿las personas se sienten incomodas al estar cerca de alguien enfermo con tuberculosis?*, este ítem nos permite evaluar también la dimensión afectiva, en diferentes estudios cualitativos^{6,7}, se concluyó que el estigma se encuentra presente en todo el ámbito social del paciente, además que este se debe al constante miedo por la alta contagiosidad de esta infección, lo que empeora la imagen

del estigma hacia la tuberculosis y sus pacientes, causando mayor rechazo por parte de los familiares hacia las personas con antecedente de tuberculosis, el 66,67% de las personas encuestadas en este trabajo respondieron de manera afirmativa, corroborando así la alta prevalencia de miedo y vergüenza en torno al estigma hacia la tuberculosis; por otro lado diversos estudios han demostrado lo contrario puesto que afirman que los pacientes que cuentan con soporte afectivo por parte de familiares, personal de salud o amigos presentan mayor probabilidad de mejorar su estado de salud³²; la última pregunta con mayor índice de respuesta 59.85 % es la número 13: *¿es riesgoso comer o beber con un amigo enfermo con tuberculosis?*, esta pregunta nos permite evaluar la dimensión cognitiva, en un estudio cualitativo realizado en Etiopia⁷ se encontró que el miedo al contagio es la mayor causa de estigma hacia la tuberculosis, lo que ocasionó un aislamiento social y familiar de la persona infectada debido a la vergüenza de ser o tener a alguien en la familia o círculo de amistad con tuberculosis; un mayor nivel de educación puede contribuir a que la población tenga mayor conocimiento sobre la tuberculosis, posibilitando reducir el estigma y la discriminación, pero también se encontró que las personas que tengan conocimiento adecuado sobre tuberculosis persisten estigmatizando esta enfermedad³⁰; esto es contrastado por las personas en nuestro estudio que respondieron de manera afirmativa a esta pregunta.

Al realizar un análisis general de la dimensión cognitiva, se encontró que la media del nivel de estigma obtenida en esta dimensión fue de 2.31 con DS 1.45; la diferencia de medias de las personas que cuentan con antecedente de tuberculosis respecto a las personas que no cuentan con este antecedente es de 0.09, esta diferencia no es significativa estadísticamente, demostrando que no existe diferencias en cuanto a etiquetas y estereotipos hacia la tuberculosis en las poblaciones anteriormente descritas; dichas etiquetas y estereotipos

influyen de manera negativa en el diagnóstico temprano de la tuberculosis y el apego al tratamiento de la misma. La pregunta que fue significativamente estadística: la pregunta 19, *¿es riesgoso comer o beber con un familiar enfermo con tuberculosis?*, en un estudio cualitativo realizado en Lima, refieren que las personas que enferman con tuberculosis son aisladas socialmente, al no tener un adecuado soporte social, estos datos son contrastados por nuestro estudio que encuentra diferencia en ambos grupos⁵.

En lo que respecta a la dimensión afectiva, se encontró que la media del nivel de estigma fue de 3.54 con DS 1.96; la diferencia de medias entre la población con antecedente de tuberculosis y la población que no posee este antecedente es de 0.85 siendo esta diferencia estadísticamente significativa ($p=0.024$), lo que demuestra que existe mayor nivel de estigma en esta dimensión que está comprendida por conceptos como son el miedo, la inseguridad, el aislamiento, la vergüenza, la amistad, la desconfianza y la pérdida del respeto¹⁴; en estudios cualitativos se describe que la dimensión afectiva del estigma hacia la tuberculosis, es la dimensión más afectada, puesto que las personas con tuberculosis están expuestas a mayores situaciones de rechazo y aislamiento que aumentan el miedo, vergüenza y desconfianza y disminuye el respeto hacia esta población; la pregunta que fue significativamente estadística: la pregunta 7, *¿es vergonzoso estar enfermo con tuberculosis?*, las personas que poseen antecedente de tuberculosis, un mayor número de personas considera que es vergonzoso estar enfermo con tuberculosis, ya que estas personas experimentaron de manera directa situaciones de rechazo por su condición de estar enfermos de tuberculosis⁵.

Finalmente, en la dimensión conductual se obtuvo una media de nivel de estigma de 1.59 con DS de 1.35; dentro de esta dimensión la diferencia de la media del nivel de estigma de

la población que posee el antecedente de tuberculosis respecto a la población que no posee este antecedente es de 0.24, siendo esta diferencia no significativa; en estudios previos se encontró que las personas con antecedente de tuberculosis, encuentran afectadas seriamente sus relaciones sociales, laborales y familiares^{27,29,31}; estos datos difieren de nuestros hallazgos ya que como se había mencionado antes al tratarse de una población con alta tasa de incidencia de tuberculosis predispone a las mismas experiencias socioculturales en ambas poblaciones, es decir existen las mismas experiencias discriminatorias hacia la tuberculosis^{4,5,15}; la pregunta que fue estadísticamente significativa fue la pregunta 20, *¿ las personas enfermas con tuberculosis deben apartarse de sus sitios de trabajo?*, el mayor porcentaje de respuestas afirmativas corresponde a la población que no posee antecedente de tuberculosis; esto se debe a que existe una percepción negativa hacia la enfermedad, caracterizada por el miedo al contagio, creencia de la separación de las personas con antecedente de tuberculosis de las que no cuentan con este antecedente.

Es por ello que el Estado debería tomar mayor importancia, dentro de la estrategia nacional del control de la tuberculosis, al estigma hacia esta enfermedad, el cual se encuentra presente en toda la población causando que aumente la brecha del diagnóstico oportuno, tratamiento y recuperación; en un estudio realizado en Estados Unidos, se encontró que el estigma hacia la tuberculosis que experimentan las personas causa un retraso en el diagnóstico, esto trae consigo un mal control de la enfermedad en la población, dicho estudio refiere que se debería hacer énfasis en la intervención del estigma para reducir la incidencia de tuberculosis³⁴. Asimismo, se debería de implementar programas nacionales de concientización del estigma hacia la tuberculosis para poder reducir la prevalencia de esta enfermedad.

Nuestro estudio presentó limitaciones como la selección de la población fundamentalmente, por lo que los datos obtenidos en el presente trabajo no pueden ser extrapolables a la población en general; sin embargo, sirve de base para el desarrollo de posteriores estudios que cuantifiquen de manera mucho más amplia el estigma hacia la tuberculosis ya que como se ha descrito la implicancia con la tuberculosis, también está presente el sesgo de información, pues al ser una encuesta auto aplicada estos datos no pueden ser corroborados de manera directa con las historias clínicas de los pacientes.

5. CONCLUSIONES

El presente trabajo no encontró asociación entre los niveles de estigma y el antecedente auto reportado de tuberculosis; sin embargo, se encontró que las personas mayores de 29 años poseen mayor nivel de estigma hacia la tuberculosis frente a quienes son menores de 29 años.

La población masculina posee mayor riesgo de contraer tuberculosis que la población femenina, asimismo, el poseer contacto previo con la tuberculosis aumenta el riesgo de contraer tuberculosis.

Por otro lado, el componente afectivo del estigma hacia la tuberculosis es el componente más afectado dentro del cual están comprendidos conceptos como el miedo, la inseguridad, la vergüenza, el aislamiento, la amistad, la desconfianza y la pérdida del respeto.

Se recomienda, en un futuro, realizar un análisis de constructo en nuestro país.

6. REFERENCIAS:

1. Bonilla Asalde Cesar. Situación de la tuberculosis en el Perú: current status. Acta méd. peruana [Internet]. Julio 2008 [citado 15 de agosto 2018]; 25(3): 163-170. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1728-59172008000300009&lng=es.
2. Organización mundial de la salud, tuberculosis [internet]. Suiza: organización mundial de la salud [citado 15 de enero del 2019] disponible desde: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/tuberculosis>.
3. Chávez Pachas AM. Análisis de la situación epidemiológica de la tuberculosis en el Perú, 2015. Análisis de la situación epidemiológica de la tuberculosis en el Perú, 2015, 2016. p. 128-.
4. Craig G, Daftary A, Engel N, O'Driscoll S, Ioannaki A. Tuberculosis stigma as a social determinant of health: a systematic mapping review of research in low incidence countries. International Journal of Infectious Diseases. 2017; 56:90-100.
5. Osorio Mejía CE. Exposición a eventos discriminatorios y autopercepción del estigma en pacientes con tuberculosis [tesis doctoral]. Perú: Universidad Peruana Cayetano Heredia. 2015.
6. Bardach, A. E., Caporale, J. E., Alcaraz, A., et al. Carga de enfermedad por tabaquismo e impacto potencial del incremento de precios de cigarrillos en el Perú. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*, 2016; 33, 651-661.

7. Soares MLM, Amaral NACd, Zacarias ACP, Ribeiro LKdNP. Sociodemographic, clinical and epidemiological aspects of Tuberculosis treatment abandonment in Pernambuco, Brazil, 2001-2014. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*. 2017;26(2):369-78.
8. MINSA. Norma Técnica de salud para la atención integral de las personas afectada por tuberculosis [internet], Perú: Ministerios de salud; 2018 [citado 18 abril del 2019]; disponible en: <http://www.tuberculosis.minsa.gob.pe/portaldpctb/recursos/20190404114640.PDF>
9. Alvarado GG, Zamora PGG, Martínez JLH, de María Sánchez F. Percepción del Estigma Social en pacientes con Tuberculosis Jurisdicción Sanitaria, Zacatecas. *Rev. electron. ciencias de la salud*. 2009 ; 6(7).
10. Khan A, Walley J, Newell J, Imdad N. Tuberculosis in Pakistan: socio-cultural constraints and opportunities in treatment. *Social science & medicine*. 2000;50(2):247-54.
11. Van Rie, A., Sengupta, S., Pungrassami, P., Balhithip, et al. Measuring stigma associated with tuberculosis and HIV/AIDS in southern Thailand: exploratory and confirmatory factor analyses of two new scales. *Tropical Medicine & International Health*, 2008; 13: 21-30.
12. Moya EM, Biswas A, Chavez Baray SM, Martínez O, Lomeli B. Assessment of stigma associated with tuberculosis in Mexico. *Public health action* 2014; 4(4):226-232
13. Crispim JA, Silva LMC, Yamamura M, Popolin MP, Ramos ACV, Arroyo LH, et al. Validity and reliability of the tuberculosis-related stigma scale version for Brazilian Portuguese. *BMC infectious diseases* 2017;17(1):510.

14. Upegui A Luz D, Orozco V Luis C. Diseño de un instrumento para medir estigma hacia la tuberculosis. Rev. Univ. Ind. Santander. Salud [Internet]. Abril 2014 [citado 30 de setiembre del 2017]; 46(1): 22-34. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0121-08072014000100004&lng=en.
15. Ministerio de Salud del Perú: [Internet]. Perú: MINSA, c2017, [Citado 10 de diciembre 2019]. Sala Situacional en el Perú, 12 páginas. Disponible en: <https://www.dge.gob.pe/portal/docs/tools/teleconferencia/2019/SE122019/04.pdf>
16. Ministerio de Salud del Perú. [Internet]. Perú: c2018, [Citado 10 de diciembre 2019]. Situación de Tuberculosis en el Perú y la respuesta del Estado (Plan de Intervención, Plan de Acción), 75 páginas. Disponible en: <http://www.tuberculosis.minsa.gob.pe/portaldpctb/recursos/20180605122521.pdf>
17. Alarcón, Valentina; Alarcón, Edith; Figueroa, Cecilia; Tuberculosis en el Perú: Situación epidemiológica, avances y desafíos para su control [Internet]. 2019 [7 de diciembre 2019]. c2017; 34(2) 1-10. Disponible en: <https://rpmesp.ins.gob.pe/index.php/rpmesp/article/view/2384/2777>
18. 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.
19. 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.

20. Kelly, Patricia J. 1999. "Isolation and Stigma: The Experience of Patients with Active Tuberculosis." *Journal of Community Health Nursing* 16 (4): 233-241.
21. 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.
22. Upegui Arango, Luz; Orozco Carlos, Luis. Estigma hacia la Tuberculosis: Validación psicométrica de un instrumento para su medición, [Internet]. 2019 [07 de diciembre 2019]; 80(1): 1-5. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-55832019000100003&fbclid=IwAR2qXvUgc-Qmtw9-soITl2-df5N2b_wvKL71T2UMmIFz-YRTRHVuzhz2b-Q
23. Organización mundial de la salud, tuberculosis y genero[internet]. Suiza: organización mundial de la salud [citado 20 de enero del 2020] disponible desde: https://www.who.int/tb/challenges/gender/page_1/es/?fbclid=IwAR1x-acP6CeJLSkSSxVrHyUq0SM63LhZghzHHAnj_xCUdVLeRBqlwp1hOaQ.
24. Marrero Rodriguez Haidee, Quintero Salcedo Sahily. Factores de riesgo de la tuberculosis pulmonar en pacientes timorenses. *MEDISAN* [Internet]. 2018 ene [citado 2020 Ene 20]; 22(1): 57-64. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192018000100008&lng=es.
25. Aryal S, et al. Stigma Related to Tuberculosis Among Patients Attending DOTS Clinics of Dharan Municipality. *Kathmandu University Medical Journal*. 2012;10(1).
26. 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.

27. 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.
28. 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.
29. Courtwright A, Norris A. Tuberculosis and Stigmatization: Pathways and Interventions. *Public Health Reports.* 2010; 4(125):34-42.
30. De la Cruz AM. Tuberculosis y afectividad. *Rev Cubana Med Trop.* 2004; 56(3): 214-218.
31. 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).
32. Lip C, Rocabado F. Determinantes sociales de la Salud en el Perú. Lima: Organización de la Salud; 2005.
33. Arcencio R. de Almeida Crispim J. Touse M. et al. Preliminary validation of an instrument to assess social support and tuberculosis stigma in patients' families. Brazil. *Public health action,* 2014; 4(3), 195-200.
34. Craig, G. M., Daftary, A., Engel, N., O'driscoll, S., & Ioannaki, A. Tuberculosis stigma as a social determinant of health: a systematic mapping review of research in low incidence countries. Estados Unidos: *International Journal of Infectious Diseases,* 2017; 56, 90-100.
35. CAMILA GIANELLA, GONZALO GIANELLA (2016) ¿Cárcel para los pacientes con tuberculosis? En: Noticias SER.pe, 20 de julio. Disponible en: <http://www.noticiasser.pe/opinion/carcel-para-los-pacientes-con-tuberculosis>

36. PERÚ. Congreso de la Republica (2014) Decreto Ley 30287: Ley de prevención y control de la tuberculosis en el Perú.
37. PERÚ. Presidente de la Republica (2016) Decreto Supremo 021-2016-SA: Aprueban el reglamento de la Ley 30287, Ley de prevención y control de la tuberculosis en el Perú.

7. ANEXOS

7.1. **Figura 1:** Cálculo del tamaño de muestra.

Gráfico 1: Muestreo

Varianzas	Conocidas
Desviación Estandar esperada en la población B	3.9
Desviación Estandar esperada en la población A	5.1
Diferencia de media esperada	3.5
Razón entre muestra B/A	3

Nivel de confianza (%)	95
------------------------	----

Potencia

Mínimo	80
Máximo	99
Incremento	3

Potencia	Población A	Población B
80	16	48
83	17	51
86	19	57
89	20	60
92	23	69
95	26	78
98	32	96

7.2. **Figura 2:** Consentimiento informado.

“ESTIGMA HACIA LA TUBERCULOSIS Y FACTORES ASOCIADOS EN LA POBLACIÓN QUE ACUDE A LOS CENTROS DE SALUD DE LA RED “SAN JUAN DE MIRAFLORES” LIMA - PERÚ EN EL AÑO 2017”.

Investigadores

Alania Soria Boris, Valle Vergara Paul & Torres Slimming Paola.

Instituciones

Universidad Peruana de Ciencias Aplicadas (UPC) & Centros de Salud de la Red de San Juan de Miraflores.

Propósito del estudio:

Se le invita a participar en este estudio que busca identificar el estigma hacia la tuberculosis y sus factores asociados en la red de atención de salud de San Juan de Miraflores.

Procedimientos:

Si decide participar en este estudio, se realizará lo siguiente: El Consentimiento se realizará de forma verbal; sin embargo, cada participante se quedará con una copia impresa de dicho Consentimiento. Se aplicará una encuesta que tomará un tiempo aproximado de 7-15 minutos y se realizará en las salas de espera de los centros de primer nivel de atención de la red de San Juan de Miraflores.

Riesgos:

No existe ningún riesgo al participar de este trabajo de investigación. Si es que alguna pregunta le causa incomodidad, usted es libre de decidir si responderla o no.

Costos y compensación:

No deberá realizar ningún pago por participar en el estudio. Así mismo, no recibirá ningún incentivo económico ni de otra índole.

Confidencialidad:

La encuesta que realizará será completamente anónima. A pesar de que se le pedirá datos de identificación (Nombre completo y DNI) estos no serán publicados, pues estos serán reemplazados por códigos alfa-numéricos con fines de la investigación. Se le garantiza que la información que usted brinde será manejada solo por los investigadores de este estudio.

Usted puede hacer todas las preguntas que desee antes de decidir si participará o no, las cuales responderemos gustosamente. Si una vez que usted haya aceptado participar se desanima o ya no desea continuar, puede hacerlo sin ninguna preocupación.

Derechos del participante:

Si decide participar en el estudio, puede retirarse de éste en cualquier momento o no participar en una parte del estudio sin daño alguno. Si tiene alguna duda adicional, por favor pregunte al personal del estudio directamente o mande un correo a borisalaniasoria@gmail.com o escriba a Valle Vergara P. al correo: vallepool10@hotmail.com

Si tiene preguntas sobre los aspectos éticos del estudio, o cree que ha sido tratado injustamente, puede contactar al Dr. Eddy Segura, presidente del Comité Institucional de Ética en investigación de la Universidad Peruana de Ciencias Aplicadas (UPC). También puede escribir a la secretaria del comité de ética Sulays Arias Mostacero al correo: sulays.arias@upc.edu.pe o llamar al 313-3333 anexo 2701.

Declaración del participante:

Acepto voluntariamente participar en este estudio, comprendo las actividades en las que participaré. Si decido ingresar al estudio, también entiendo que puedo decidir no participar y que puedo retirarme del estudio en cualquier momento.

Declaración del Investigador:

Se declara que el participante ha leído la descripción del proyecto, se ha aclarado sus dudas sobre el estudio, y ha decidido participar voluntariamente en él. Se le ha informado que los datos que provea se mantendrán anónimos y que los resultados del estudio serán utilizados para fines de investigación.

Alumno: Alania Soria Boris

Alumno: Valle Vergara Paul Cristhian

Asesor: Paola Torres Slimming

Firma del participante

7.3. **Figura 3:** Boletín informativo.

**“LA TUBERCULOSIS SE PUEDE
CURAR, LA DISCRIMINACIÓN
TAMBIEN”**

TBC

¿SI LE DOY LA MANO, UN ABRAZO O UN BESO A UNA PERSONA ENFERMA, TENGO RIESGO DE CONTAGIARME DE TUBERCULOSIS?

NO, La enfermedad no se transmite por compartir abrazos, besos, dar la mano, compartir la vajilla o un bocado de comida.

FORMAS DE CONTAGIO:

**La tuberculosis
SE CURA
Si terminas el tratamiento
No discrimines**

**La Tuberculosis es curable
y su tratamiento es gratis**

Mayor información: Dirección de Prevención y Control de Tuberculosis.
 Central telefónica: (51-1) 330-1067
 Página web: <http://www.tuberculosis.minsa.gob.pe/>

7.4. **Figura 4:** Flujograma

7.5. **Figura 5:** Instrumento aplicado para determinar el estigma hacia la tuberculosis.

ESCALA PARA MEDIR EL ESTIGMA HACIA LA TUBERCULOSIS

Instrucciones: A continuación, leeré varios enunciados que no son afirmaciones reales, sencillamente son enunciados que desean indagar sobre el sentir de las personas hacia la tuberculosis. Después de leer cada uno le pido que responda si está de acuerdo o en desacuerdo con cada enunciado. No hay preguntas correctas ni incorrectas, usted es libre de responder, por lo tanto, si no lo desea su decisión será respetada. Gracias por su participación.

1. Edad:	11. Religión: Católica ☐ Evangélico ☐ Otros ☐
2. Sexo: ☐ M ☐ F	12. Grado de instrucción:
3. Lugar de residencia:	Analfabeta ☐
4. Estado civil:	Primaria ☐
Soltero ☐	Secundaria ☐
Conviviente ☐	Superior no universitaria ☐
Casado ☐	Superior universitaria ☐
Divorciada ☐	
Viuda ☐	13. Tipo de aseguramiento:
5. Ocupación:	SIS ☐
Empleado independiente ☐	EsSalud ☐
Empleado dependiente ☐	No tiene ☐
Desempleado ☐	Otros ☐
6. ¿Usted tiene actualmente diagnóstico de tuberculosis?:	14. ¿Sin contar baño, cocina, pasadizos ni garaje, cuantas habitaciones en total tiene la vivienda?
Si ☐	
No ☐	15. ¿Cuántas habitaciones se usasn exclusivamente para dormir?
7. ¿Qué tipo de Tuberculosis?:	16. ¿Cuántas personas viven en su casa?:
Pulmonar ☐	
Extrapulmonar ☐	
8. ¿Usted tuvo en algún momento de su vida diagnóstico de tuberculosis?:	
Si ☐	
No ☐	
9. ¿Usted recibió tratamiento anti-tuberculosis?:	
Si ☐	
No ☐	
10. ¿Por cuánto tiempo recibió tratamiento anti-tuberculosis?:	

Ítems	SI	NO
1. Las personas enfermas con tuberculosis experimentan mayores dificultades económicas que quienes no padecen esta enfermedad.	☐	☐
2. Las personas enfermas con Tuberculosis son menos competentes que los demás.	☐	☐
3. Las personas deben temer a quienes están enfermos de tuberculosis.	☐	☐
4. Las personas se sienten incómodas al estar cerca de alguien enfermo con tuberculosis.	☐	☐
5. Las personas enfermas con tuberculosis deben sentir miedo de decir a los demás que padecen esta enfermedad.	☐	☐
6. Las personas enfermas con tuberculosis tienen menos capacidades laborales que quienes no padecen esta enfermedad.	☐	☐
7. Es vergonzoso estar enfermo con tuberculosis.	☐	☐
8. Se debe sentir lástima por las personas enfermas con tuberculosis.	☐	☐
9. Las personas se enferman con tuberculosis por tener comportamientos irresponsables.	☐	☐
10. Las personas enfermas con tuberculosis no deben ser amigos de quienes no padecen esta enfermedad.	☐	☐
11. Las personas enfermas con tuberculosis son culpables de haber adquirido esta enfermedad.	☐	☐
12. Las personas enfermas con tuberculosis no deben tener una relación amorosa con personas que no padecen esta enfermedad.	☐	☐
13. Es riesgoso comer o beber con un amigo enfermo con tuberculosis.	☐	☐
14. Las personas enfermas con tuberculosis deben ser rechazadas por sus jefes o compañeros de trabajo	☐	☐
15. Las personas enfermas con tuberculosis pueden contagiar la enfermedad por un apretón de manos o por un abrazo.	☐	☐
16. Las personas enfermas con tuberculosis no deben ser vecinos de quienes no padecen esta enfermedad.	☐	☐
17. Las personas enfermas con tuberculosis son una carga para la familia.	☐	☐
18. Las personas enfermas con Tuberculosis no deben tener compañeros de trabajo que no padecen esta enfermedad.	☐	☐
19. Es riesgoso comer o beber con un familiar enfermo con tuberculosis.	☐	☐
20. Las personas enfermas con tuberculosis deben apartarse de sus sitios de trabajo.	☐	☐
21. Las personas enfermas con tuberculosis deben ser tratadas con menos respeto por sus familiares.	☐	☐
22. Las personas enfermas con tuberculosis deben ser rechazadas por sus amigos.	☐	☐
23. Las personas enfermas con tuberculosis no deben tener una relación conyugal con quienes no padecen esta enfermedad.	☐	☐
24. La TBC es un castigo divino.	☐	☐
25. Las personas enfermas con Tuberculosis no deben formar una familia con personas que no padecen esta enfermedad.	☐	☐

Nombres y Apellidos:
Fecha:

DNI:
Codigo:

7.6. **Tabla 1:** Operacionalización de variables

Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Categorías	Criterios de medición	Tipo de variable	Escala de medición
NIVEL DE ESTIGMA	Marca o huella impuesta por la sociedad	puntaje obtenido 0-25 en la encuesta sobre estigma hacia la tuberculosis		Base de datos primaria	numérica discreta	Razón
VARIABLES SOCIODEMOGRAFICAS						
Edad	Años que tiene la persona al momento de la intervención.	cantidad de años en números que tiene al momento de la intervención.		Base de datos primaria	Númerica discreta	Razón
Sexo	condición orgánica, masculino o femenino.	sexo masculino y femenino.	-masculino. -femenino.	Base de datos primaria	Categoría dicotómica	Nominal

Estado Civil	Condición de una persona según el registro civil.	Estado civil consignado.	-soltero. -conviviente. -casado. -divorciado. -viudo.	Base de datos primaria	Categoría politómica	Nominal
Ocupación	Actividad, trabajo, empleo u oficio en el que se desempeña la persona.	Auto reporte de la actividad a la que se dedica la persona encuestada	-Empleado independiente. -Empleado dependiente. -Desempleado.	Base de datos primaria	Categoría politómica.	Nominal
Grado de instrucción	Grado de estudio más elevado realizado o en curso.	Grado de estudio.	Analfabeto. Primaria. Secundaria. Superior no universitaria Superior universitaria	Base de datos primaria	Categoría politómica	Ordinal

Religión	conjunto de dogmas creencias acerca de la divinidad.	creencia acerca de una fe.	Católico Evangélico Otros	Base de datos primaria	Categoría politómica	Nominal
Lugar de residencia	Distrito en el que la persona reside actualmente	si la persona reside en San Juan de Miraflores por más de 6 meses	SI NO	base de datos primaria	Categoría dicotómica	Nominal
Tipo de aseguramiento	Tipo de seguro de salud con el que cuenta una persona.	Tipo de seguro de salud con el que cuenta una persona.	-SIS -ESSALUD -NO TIENE -OTROS	Base de datos primaria	Categoría politómica	Nominal
Número de personas que habitan la casa	Personas que viven dentro de una vivienda	Cantidad de personas que viven dentro de una vivienda.		Base de datos primaria	Número discreta	Razón
Habitación que usa exclusivamente para dormir	Cantidad de habitaciones donde duermen las personas de una vivienda.	Número de habitaciones que usan las personas de una vivienda para dormir.		Base de datos primaria	Número discreta	Razón

Hacinamiento	Sobre ocupación de personas en una vivienda.	Relación entre el número de personas que residen en una vivienda y el número de habitaciones en la vivienda, considerada cuando existen 3 o más personas en una habitación	- Si - No	Base de datos primaria	Categoría dicotómica	Nominal
VARIABLES INDEPENDIENTES RELACIONADAS A LA TUBERCULOSIS.						
Antecedente de tuberculosis	Personas que poseen el diagnóstico actual de tuberculosis o si tuvo antecedente previo de padecer dicha infección	Personas que auto reporten si poseen el diagnóstico actual de tuberculosis o si tuvieron antecedente previo de padecer dicha infección	- Si - No	Base de datos primaria	Categoría dicotómica	Nominal

Tipo de tuberculosis	Casos de tuberculosis según su localización	Casos autor reportados con diagnóstico de tuberculosis según su localización.	Pulmonar Extrapulmonar	Base de datos primaria	categoríca dicotómica	Nominal
Paciente con diagnóstico actual de tuberculosis	Persona que sufre actualmente de la infección de tuberculosis	Autor reporte de estar infectado actualmente con tuberculosis.	SI NO	Base de datos primaria	categoríco dicotómico	Nominal
Antecedente de diagnóstico de tuberculosis	Auto reporte de tener antecedente previo de estar infectado o no por Mycobacterium tuberculosis	Auto reporte de tener antecedente previo o no de estar infectado por tuberculosis	SI NO	Base de datos primaria	Categoríca dicotómica	Nominal
Tiempo de tratamiento.	El tiempo que una persona enferma	Tiempo que una persona enferma de tuberculosis		Base de datos primaria	Numérica discreta	Razón

	recibe tratamiento.	estuvo bajo tratamiento antituberculo so.				
Antecedente de contacto	Persona que tiene o ha tenido exposición con un caso índice diagnosticad o de tuberculosis en los tres meses previos al diagnóstico.	Si la persona alguna vez vivió otra persona diagnosticad a con tuberculosis.	SI NO	Base de datos primari a	categóric a dicotómi ca	Nomin al

7.7. **Tabla 2:** Características demográficas de los asistentes a los centros de salud de atención primaria de la red San Juan de Miraflores (N=132)

Variable	Número de pacientes N=132 (100%)
VARIABLE DEPENDIENTE	
Puntaje total nivel de estigma**	7.46 (3.61)
VARIABLES SOCIO-DEMOGRÁFICAS	
SEXO	
<i>Femenino</i>	84 (63.64)
<i>Masculino</i>	48 (36.36)
EDAD (AÑOS)	
<i>Media (DE)**</i>	33.21 (12.49)
ESTADO CIVIL	
<i>Soltero</i>	62 (46.97)
<i>Conviviente</i>	33 (25)
<i>Casado</i>	32 (24.24)
<i>Divorciado</i>	2 (1.52)
<i>Viudo</i>	3 (2.27)
OCUPACIÓN	
<i>Trabajador independiente</i>	57 (43.18)
<i>Trabajador dependiente</i>	41 (31.06)
<i>Desempleado</i>	34 (25.76)
RELIGIÓN	
<i>Católico</i>	57 (43.18)
<i>Evangélico</i>	41 (31.06)
<i>Otro</i>	34 (25.76)
GRADO DE INSTRUCCIÓN	
<i>Analfabeto</i>	2 (1.52)
<i>Primaria completa</i>	7 (5.3)
<i>Secundaria completa</i>	55 (41.67)
<i>Superior no universitario</i>	31 (23.48)
<i>Superior universitario</i>	37 (28.03)
TIPO DE SEGURO	
<i>SIS</i>	79 (59.85)
<i>EsSalud</i>	27 (20.45)

<i>Otros</i>	8 (6.06)
<i>No tiene</i>	18 (13.64)
HACINAMIENTO	
<i>Si</i>	38 (28.79)
<i>No</i>	94 (71.21)
VARIABLES INDEPENDIENTES RELACIONADAS A LA TUBERCULOSIS	
ANTECEDENTE DE TUBERCULOSIS	
<i>Si</i>	36 (27.27)
<i>No</i>	96 (72.73)
TIPO DE TUBERCULOSIS***	
<i>Pulmonar</i>	33 (91.67)
<i>Extrapulmonar</i>	3 (8.33)
ANTECEDENTE DE DIAGNÓSTICO DE TB	
<i>Si</i>	10 (7.58)
<i>No</i>	122 (92.42)
CONTACTO PREVIO CON LA TB	
<i>Si</i>	9 (6.82)
<i>No</i>	123 (93.18)

**media (desviación estándar)

***en relación a la población que refiere antecedente de tuberculosis

7.8. **Tabla 3:** Características demográficas de los asistentes a los centros de salud de atención primaria de la red San Juan de Miraflores respecto al antecedente de tuberculosis (N=132)

Variable	Con Antecedente de Tuberculosis	Sin Antecedente de Tuberculosis	P
	N=36 (27.27%)	N= 96 (72.73%)	
VARIABLES SOCIO-DEMOGRÁFICAS			
SEXO			
Femenino	15 (41.67)	69 (71.88)	0.001
Masculino	21 (58.33)	27 (28.3)	
EDAD (AÑOS)			
Media (DE)**	33.67 (13.53)	33.05 (12.15)	0.802
ESTADO CIVIL			
Soltero	19 (52.78)	43 (44.79)	0.542
Conviviente	7 (19.44)	26 (27.08)	

<i>Casado</i>	10 (27.78)	22 (22.92)	
<i>Divorciado</i>	0 (0)	2 (2.08)	
<i>Viudo</i>	0 (0)	3 (3.13)	
OCUPACIÓN			
<i>Trabajador independiente</i>	14 (38.89)	43 (44.79)	0.240
<i>Trabajador dependiente</i>	9 (25.00)	32 (33.33)	
<i>Desempleado</i>	13 (36.11)	21 (21.88)	
RELIGIÓN			
<i>Católico</i>	24 (66.67)	73 (76.04)	0.377
<i>Evangélico</i>	8 (22.22)	12 (12.50)	
<i>Otro</i>	4 (11.11)	11 (11.46)	
GRADO DE INSTRUCCIÓN			
<i>Analfabeto</i>	0 (0)	2 (2.08)	0.163
<i>Primaria completa</i>	3 (8.33)	4 (4.17)	
<i>Secundaria completa</i>	20 (55.56)	35 (36.46)	
<i>Superior no universitario</i>	7 (19.44)	24 (25.00)	
<i>Superior universitario</i>	6 (16.67)	31 (32.29)	
TIPO DE SEGURO			
<i>SIS</i>	26 (72.22)	53 (55.21)	0.072
<i>EsSalud</i>	2 (5.56)	25 (26.04)	
<i>Otros</i>	2 (5.56)	6 (6.25)	
<i>No tiene</i>	6 (16.67)	12 (12.50)	
HACINAMIENTO			
<i>Si</i>	12 (33.33)	26 (27.08)	0.480
<i>No</i>	24 (66.67)	70 (72.92)	
VARIABLES INDEPENDIENTES RELACIONADAS A LA TUBERCULOSIS			
CONTACTO PREVIO CON LA TB			
<i>Si</i>	5 (13.89)	4 (4.17)	0.048
<i>No</i>	31 (86.11)	92 (95.83)	

**media (desviación estándar)

7.9. **Tabla 4:** Nivel de estigma en la población que cuenta con el antecedente de tuberculosis y sin antecedente de tuberculosis (N=132)

Variable	Con Antecedente de Tuberculosis	Sin Antecedente de Tuberculosis	P
	N=36 (27.27%)	N= 96 (72.73%)	
VARIABLE DEPENDIENTE			
Puntaje total nivel de estigma**	8.33 (3.56)	7.14 (3.59)	0.089

7.10. **Tabla 5:** Media de los puntajes obtenidos del nivel de estigma hacia la tuberculosis de la población, caracterizada en las variables socio-demográficas y relacionadas a la tuberculosis en los asistentes a los centros de salud de atención primaria de la red San Juan de Miraflores (N=132).

Variable	Número de pacientes N=132	P
	media de puntaje (desviación estándar)	
VARIABLES SOCIO-DEMOGRÁFICAS		
SEXO		0.064
Femenino	7.02 (3.86)	
Masculino	8.22 (2.99)	
EDAD (AÑOS)		0.041
menores de 29 años	6.81 (3.32)	
mayores de 29 años	8.08 (3.77)	
ESTADO CIVIL		0.196
Soltero	6.80 (3.30)	
Conviviente	7.57 (3.89)	
Casado	8.03 (3.14)	
Divorciado	9.50 (2.12)	
Viudo	12.33 (7.76)	
OCUPACIÓN		0.065
Trabajador independiente	8.07 (3.18)	

<i>Trabajador dependiente</i>		7.27 (4.33)		
<i>Desempleado</i>		6.67 (3.19)		
RELIGIÓN				
<i>Católico</i>		7.20 (3.46)	0.559	
<i>Evangélico</i>		8.85 (4.17)		
<i>Otro</i>		7.26 (3.51)		
GRADO DE INSTRUCCIÓN				
<i>Analfabeto</i>		6.50 (0.70)	0.460	
<i>Primaria completa</i>		10.00 (4.79)		
<i>Secundaria completa</i>		8.01 (3.47)		
<i>Superior no universitario</i>		7.35 (3.64)		
<i>Superior universitario</i>		6. 29 (3.32)		
TIPO DE SEGURO				
<i>SIS</i>		8.07 (3.54)	0.483	
<i>EsSalud</i>		5.85 (3.48)		
<i>Otros</i>		7.66 (3.92)		
<i>No tiene</i>		6.37 (2.26)		
HACINAMIENTO				
<i>Si</i>		8.00 (3.92)		0.2775
<i>No</i>		7.24 (3.46)		
VARIABLES INDEPENDIENTES RELACIONADAS A LA TUBERCULOSIS				
TIPO DE TUBERCULOSIS***				
<i>Pulmonar</i>		8.45 (3.66)	0.506	
<i>Extrapulmonar</i>		7 (2)		
ANTECEDENTE DE DIAGNÓSTICO DE TB				
<i>Si</i>		7.20 (0.59)	0.812	
<i>No</i>		7.48 (0.33)		
CONTACTO PREVIO CON LA TB				
<i>Si</i>		6.55 (2.35)	0.436	
<i>No</i>		7.52 (3.67)		

media (desviación estándar)

***en relación a la población que refiere antecedente de tuberculosis

7.11. **Tabla 6:** Dimensiones del estigma hacia la tuberculosis y puntaje obtenido en la población que cubre a la red San Juan de Miraflores.

Componente de la actitud estigmatizadora	N.º		Total N =132 (100 %)	Con Antecedente de Tuberculosis N=36 (27.27 %)	Sin Antecedente de Tuberculosis N=96 (72.73 %)	P
Cognitivo	1	SI	73 (55.30)	24 (32.88)	49 (67.12)	0.108
		NO	59 (44.70)	12 (20.34)	27 (79.66)	
	2	.SI	27 (20.45)	7 (25.93)	20 (74.07)	0.860
		NO	105 (79.55)	29 (27.62)	76 (72.38)	
	13	SI	79 (59.85)	26 (32.91)	53 (67.09)	0.076
		NO	53 (40.15)	10. (18.87)	43 (81.13)	
	15	SI	7 (5.30)	0 (0)	7 (100)	0.096
		NO	125 (94.70)	36 (28.80)	89 (71.20)	
	17	SI	53 (40.15)	17 (32.08)	36 (67.92)	0.310
		NO	79 (59.85)	19 (24.05)	60 (75.95)	
	19	SI	62 (46.97)	11 (17.74)	51 (82.26)	0.021
		NO	70 (53.03)	25 (35.71)	45 (64.29)	
	24	SI	5 (3.79)	1 (20)	4 (80)	0.710
		NO	127 (96.21)	35 (27.56)	92 (72.44)	
	PUNTAJE TOTAL**		2.31 (1.45)	2.38 (1.27)	2.29 (1.52)	0.733
Afectivo	3	SI	37 (28.03)	6 (16.22)	31 (83.78)	0.075
		NO	95 (71.97)	30 (31.58)	65 (68.42)	
	4	SI	88 (66.67)	24 (27.27)	64 (72.73)	1.000
		NO	44 (33.33)	12 (27.27)	32 (72.73)	
	5	SI	36 (27.27)	12 (33.33)	24 (66.67)	0.338

		NO	96 (72.73)	24 (25)	72 (75)	
	6	SI	67 (50.76)	20 (29.85)	47 (70.15)	0.500
		NO	65 (49.24)	16 (27.62)	49 (75.38)	
	7	SI	45 (34.09)	19 (42.22)	26 (57.78)	0.006
		NO	87 (65.91)	17 (19.54)	70 (80.46)	
	8	SI	27 (20.45)	9 (33.33)	18 (66.67)	0.428
		NO	105 (79.55)	27 (25.71)	78 (74.29)	
	9	SI	55 (41.67)	17 (30.91)	38 (69.09)	0.428
		NO	77 (58.33)	19 (24.68)	58 (75.32)	
	11	SI	32 (24.24)	11 (34.38)	21 (65.63)	0.300
		NO	100 (75.76)	25 (25)	75 (75)	
	14	SI	20 (15.15)	8 (40)	12 (60)	0.165
		NO	112 (84.85)	28 (25)	84 (75)	
	21	SI	15 (11.36)	6 (40)	9 (60)	0.240
		NO	117 (88.64)	30 (25.64)	87 (74.36)	
	22	SI	16 (12.12)	7 (43.75)	9 (56.25)	0.114
		NO	116 (87.88)	29 (25)	87 (75)	
	23	SI	30 (22.73)	11 (36.67)	19 (63.33)	0.189
		NO	102 (77.27)	25 (24.51)	77 (75.49)	
	PUNTAJE TOTAL**		3.54 (1.96)	4.16 (1.90)	3.31 (1.93)	0.024
Conductual	10	SI	31 (23.48)	10 (32.26)	21 (67.74)	0.476
		NO	101 (76.52)	26 (25.74)	75 (74.26)	
	12	SI	36 (27.27)	12 (33.33)	24 (66.67)	0.338
		NO	96 (72.73)	24 (25)	72 (75)	
	16	SI	28 (21.21)	5 (17.86)	23 (82.14)	0.208
		NO	104 (78.79)	31 (29.81)	73 (70.19)	
	18	SI	39 (29.55)	9 (23.08)	30 (76.92)	0.483
		NO	93 (70.45)	27 (29.03)	66 (70.97)	
	20	SI	48 (36.36)	19 (39.58)	29 (60.42)	0.016

		NO	84 (63.64)	17 (20.24)	67 (79.76)	
	25	SI	29 (21.97)	9 (31.03)	20 (68.97)	0.607
		NO	103 (78.03)	27 (26.21)	76 (73.79)	
	PUNTAJE TOTAL**		1.59 (1.35)	1.77 (1.35)	1.53 (1.36)	0.355

**media (desviación estándar)