

INVESTIGACIÓN ORIGINAL

Actitudes públicas sobre el SARS y sus implicaciones en la preparación social para otras enfermedades infecciosas emergentes

Sing Lee^a, Shui-shan Lee^b, Corina Shuk-ching Fung^c y Kathleen Pik-san Kwok^d

Resumen

Este estudio analiza las actitudes sociales hacia el Síndrome Respiratorio Agudo Severo (SARS) en Hong Kong, tres meses después del pico del brote. La investigación fue realizada con el fin de arrojar luz sobre las quejas en torno al SARS recibidas por la Comisión de Oportunidades Igualitarias de Hong Kong. **Método:** Tres meses después del brote del SARS fue realizada una encuesta telefónica transversal a 1,023 residentes chino-parlantes de Hong Kong, seleccionados al azar. **Resultados:** La mayoría de los encuestados (72.2%) reportó preocupación por contraer el SARS. Atribuyeron su ansiedad al peligro percibido de la enfermedad, el estilo insatisfactorio del gobierno en cuanto al manejo

de la crisis y la diseminación inconsistente de información sanitaria. La mayoría de los encuestados aprobaron hasta 3 actitudes de evitación (67.8%) y 3 actitudes de imposición (72.7%) hacia individuos y/o situaciones consideradas riesgosas para la propagación del SARS. El análisis de regresión logística indicó que las probabilidades de la presencia de tales actitudes incrementaron de manera significativa entre los entrevistados de entre 35 y 54 años de edad, aquéllos con empleos de tiempo completo o medio tiempo y los preocupados por contraer el SARS. **Conclusiones:** Las actitudes públicas que aprobaron comportamientos de evitación e imposición fueron comunes durante el brote del SARS. Del mismo modo en que tales actitudes pueden ser esenciales para las prácticas preventivas de salud, también tienen la potencialidad de ocasionar conflictos en el lugar de trabajo, estigma y otras experiencias interpersonales negativas. Además, pueden complicar los esfuerzos de salud pública realizados con el fin de controlar la epidemia y sugieren maneras en la que la preparación social pudiera ser mejorada para otras enfermedades infecciosas emergentes.

^a Licenciado en medicina y cirugía, miembro del Colegio Real de Psiquiatras, Departamento de Psiquiatría, Universidad China de Hong Kong, Hong Kong, China. Director del Centro de Trastornos del Estado de Ánimo, 7A, Block E, Staff Quarters, Prince of Wales Hospital, Shatin, Hong Kong. Teléfono: (852) 2144 5338, Fax: (852) 2144 5129, e-mail: singlee@cuhk.edu.hk

^b Médico y miembro del Colegio Real de Psiquiatras, (Glasgow, Edinburgo y Londres). Escuela de Salud Pública, Universidad China de Hong Kong, Hong Kong, China.

^c Dra. Centro de Trastornos del Estado de Ánimo, Universidad China de Hong Kong, Hong Kong, China.

^d Licenciada y maestra en ciencias sociales, Centro de Trastornos del Estado de Ánimo, Universidad China de Hong Kong, Hong Kong, China.

Recibido: 18 de septiembre del 2007

Aprobado: 12 de enero del 2008

Palabras clave: salud pública, epidemiología social, síndrome respiratorio agudo severo (SARS), Hong Kong, actitudes públicas

Introducción

Como resultado de su mortalidad y morbilidad (a veces por un período prolongado), las pandemias de enfermedades infecciosas tienen un alto costo para la sociedad. Mientras que la peste, la viruela

y la influenza española son algunos ejemplos de epidemias anteriores, el SARS es la más reciente. Se trata de una infección aguda en el tracto respiratorio de alta infectibilidad y mortalidad significativa. Paradójicamente, a pesar de que la mortalidad debida al SARS fue baja (en comparación con la de epidemias previas) produjo, en cierta medida, disrupción social y una pérdida económica mundial¹.

En Hong Kong, entre el 15 de febrero y el 31 de mayo del 2003, el brote del SARS ocasionó 302 muertes de un total de 1755 individuos infectados.² Debido al miedo generalizado a sus modos de transmisión inciertos y los temores promovidos por la prensa alrededor de su contagiosidad extrema y su mortalidad alta, la epidemia del SARS condujo a la instauración de una gran variedad de prácticas de salud preventiva, tales como la vigilancia severa y procedimientos de cuarentena, que pudieron ser experimentadas como estigmatizantes. De hecho, algunas prácticas estigmatizantes relacionadas con el SARS penetraron en la vida cotidiana de Hong Kong, por ejemplo: casas funerarias se rehusaron a tratar cuerpos de víctimas de la enfermedad, algunos médicos y paramédicos eran reacios a atender a los pacientes, pacientes con SARS y sus familias fueron rechazados y despedidos. A empleados que recientemente habían visitado hospitales o partes de China donde habían sido reportados casos del SARS, se les pidió hacer efectivas sus vacaciones anuales. A muchas personas que no estaban infectadas, pero que vivían en edificios asociados con el SARS, se les obligó a pedir licencia y se les negaron los servicios básicos. Los residentes del *Amoy Gardens* (un complejo residencial de 17,000 habitantes, donde ocurrieron un número significativo de casos) fueron aislados en campos y rechazados por compañeros de trabajo y escuela, quienes no estaban dispuestos a compartir elevadores y pasillos con ellos.³

Posiblemente, la percepción del estigma relacionado con el SARS puede resultar en problemas de administración en el espacio de trabajo. Durante el brote, la Comisión de Oportunidades Igualitarias de Hong Kong presentó 79 demandas formales y recibió cientos de peticiones de información por parte del público

general, sobre temas como el estigma y la discriminación relacionados con el SARS. Los escenarios de estas demandas estuvieron predominantemente conectados con el tratamiento injusto en el espacio de trabajo (70%) y, en menor grado, a la negación al acceso a bienes y servicios (29%).⁴

Este estudio examina las actitudes públicas en el espacio de trabajo y otros contextos sociales, con el fin de arrojar luz sobre estas demandas asociadas al SARS.

Método

Sujetos y procedimientos

Después de obtenida la aprobación ética de la Universidad China de Hong Kong, entre el 3 y el 8 de julio del 2003, llevamos a cabo una encuesta telefónica transversal a residentes chino-parlantes de Hong Kong de entre 15 y 64 años de edad. Los números telefónicos fueron elegidos al azar del directorio telefónico más reciente. Debido a que más del 99% de los residentes de Hong Kong cuenta con una línea telefónica en casa, el muestreo basado en el directorio telefónico residencial debe ser muy parecido al muestreo de hogares. Con el fin de captar también números que no estuvieran enlistados, los últimos dos dígitos de los números telefónicos fueron reemplazados por dos dígitos elegidos al azar.

El trabajo de campo de esta investigación fue llevado a cabo por entrevistadores altamente cualificados del Instituto de Estudios de Asia y del Pacífico de Hong Kong de la Universidad China de Hong Kong. A lo largo de la recolección de datos los supervisores de la encuesta monitorearon de manera constante las entrevistas, con el fin de asegurar la coherencia en la administración de los cuestionarios y las técnicas de entrevista. Para completar cada entrevista fueron necesarios unos 10 minutos, en promedio.

Se realizaron un total de 2,780 llamadas. Las respuestas fueron las siguientes: ningún entrevistado adecuado (n = 416); entrevistas incompletas (n = 111); el entrevistado colgó al principio de la llamada (n = 379); negativas (n = 615) y entrevistas acabadas (n = 1,023).

Por lo tanto, el rango para completar una muestra válida fue del 58.5% (1,023/ 1,023+615+111). La muestra final incluyó 1,023 respuestas, con un error máximo de muestreo del 3.06%, a 95% de intervalo de confianza. Con el fin de ajustar los sesgos de muestreo, ajustamos la muestra de acuerdo a la última distribución del censo de Hong Kong y del Departamento de Estadística, de acuerdo a edad y género.⁵

El cuestionario de la encuesta incluyó 21 preguntas que cubrían diversos temas, tales como: características sociodemográficas, preocupación por contraer el SARS, actitudes de evitación y comportamientos de imposición durante el pico

del brote. Los *comportamientos de evitación* se referían a aquéllos dirigidos a eludir ciertas situaciones o el señalamiento de individuos que eran percibidos en una situación de alto riesgo para propagar la infección. Los *comportamientos de imposición* se referían a las medidas comportamentales dirigidas a la reducción del riesgo percibido sobre la infección del SARS. Las preguntas fueron derivadas del análisis de contenido de las transcripciones de cuatro grupos focales compuestos por pacientes recuperados del SARS, los miembros de sus familias, residentes de un edificio en donde había ocurrido un brote y miembros del público en general. Dieciséis de las preguntas eran sobre las actitudes hacia

Tabla 1: Características generales de los entrevistados

	N	%
Muestra total	1023	100
Sexo		
Hombres	491	48.0
Mujeres	532	52.0
Edad (años)		
15-34	307	30.4
35-45	392	38.9
46-64	310	30.7
Nivel de Educación		
Primaria o menos	126	12.4
Secundaria	643	63.3
Más de secundaria	246	24.2
Estado civil		
Soltero	390	38.6
Casado /Divorciado	621	61.4
Ingreso del hogar anual (USD)		
Ingreso alto (3841 y más)	232	29.5
Ingreso promedio (1923-3846)	284	36.1
Ingreso bajo (640-1920)	271	34.4
Estatus de empleo		
Empleado (tiempo completo, parcial)	610	59.6
Estudiantes	114	11.1
Desempleados	91	8.9
Amas de casa	170	16.6
Jubilados	37	3.7
Tipo de ocupación		
Administrativos	172	29.9
Empleados de oficina	259	45.0
Obreros y similares	145	25.1

comportamientos de evitación e imposición en los espacios de trabajo y otros contextos sociales. Estas preguntas reflejaban las quejas más frecuentes recibidas por la Comisión de Oportunidades Igualitarias, durante la crisis del SARS.

Las características socio-demográficas de los entrevistados fueron resumidas utilizando estadística descriptiva. Se realizaron pruebas de

análisis de regresión logística con χ^2 con el fin de explorar si las actitudes de evitación e imposición estaban asociadas con el temor a contraer el SARS, el riesgo de la infección u otras características sociodemográficas. Análisis multivariados de contingencia fueron llevados a cabo para explorar la relación entre las actitudes de evitación e imposición y el temor a contraer el SARS, mientras las otras variables demográficas eran controladas.

Tabla 2: Porcentaje de actitudes de evitación e imposición

Actitudes de evitación	Si n (%)	No n (%)	No sabe n (%)	No disponible n (%)
1. Evitará el salir o comer junto con compañeros de trabajo que tengan la fiebre.	360 (35.2)	195 (19.1)	23 (2.2)	445 (43.5)
2. Evitará el toser en áreas públicas	634 (62.0)	375 (36.6)	14 (1.4)	0 (0.0)
3. Evitará el salir o comer con amigos que tengan una enfermedad crónica	544 (53.2)	431 (42.1)	48 (4.7)	0 (0.0)
4. Evitará a personas que tosan en el metro	514 (50.2)	491 (48.0)	18 (1.8)	0 (0.0)
5. Evitará el salir o comer con compañeros de trabajo que vivan en edificios de alto riesgo	274 (26.8))	280 (27.4)	24 (2.3)	445 (43.5)
6. Evitará el salir o comer con compañeros de trabajo que tengan familiares infectados	176 (17.2)	387 (37.8)	15 (1.5)	445 (43.5)
7. Evitará el salir o comer con amigos que se hayan recuperado recientemente del SRAS	272 (26.6)	716 (70.0)	35 (3.4)	0 (0.0)
8. Evitará el salir o comer con compañeros de trabajo que sean pacientes recuperados, aún cuando hayan sido dados de alta después de la cuarentena	110 (10.8)	604 (59.0)	9 (0.9)	300 (29.3)
b. Actitudes de imposición				
1. La dirección debe forzar a los trabajadores a pedir licencia si padecen la fiebre	362 (35.4)	182 (17.8)	34 (3.3)	445 (43.5)
2. La dirección debe adoptar medidas preventivas contra los empleados que viven en edificios de alto riesgo	345 (33.7)	208 (20.4)	25 (2.4)	445 (43.5)
3. La dirección debe adoptar medidas preventivas en contra de los empleados con familiares enfermos	245 (23.9)	310 (30.3)	23 (2.3)	445 (43.5)
4. Los empleados de alto riesgo deben tomar licencia y PONERSE en cuarentena en caso de trabajar en industrias de servicios y comerciales	435 (42.5)	553 (54.1)	35 (3.4)	0 (0.0)
5. Los pacientes del SRAS recuperados deben continuar utilizando la máscara facial en áreas públicas	393 (38.4)	567 (55.4)	63 (6.2)	0 (0.0)
6. La dirección debe adoptar medidas preventivas en contra de los empleados que se han recuperado del SRAS	265 (25.9)	440 (43.0)	18 (1.8)	300 (29.3)
7. Los empleados de alto riesgo deben ser puestos a licencia sin goce de sueldo	342 (33.4)	609 (59.5)	72 (7.1)	0 (0.0)
8. Los solicitantes de empleo deben ser investigados con el fin de detectar si sus familiares cuentan con historial del SRAS	198 (19.4)	757 (74.0)	68 (6.6)	0 (0.0)

Además, se realizaron análisis de regresión logística con el fin de identificar a los predictores significativos de las actitudes de evitación e imposición. La significancia estadística se basó en pruebas de dos colas, al 0.05.

Resultados

Se entrevistó a un total de $n=1,023$ personas, de las cuales el 48.0% fueron hombres y el 52.0% mujeres. Todos los entrevistados tenían entre 15 y 64 años de edad, aunque la mayoría se encontraba entre los 35 y 54 (48.2%), contaban con empleo (57.8%), estaban casados (61.4%) y habían realizado estudios de educación secundaria (63.3%). La mayoría reportó temor a contraer el SARS (72.2%) en el momento de la entrevista. El 10.4% de los entrevistados residían en edificios en los que también habitaban uno o más residentes infectados y se consideraban en alto riesgo de contraer la infección. De manera general, los entrevistados atribuyeron su temor a su insatisfacción con el gobierno por el manejo de la crisis (79.4%), a la diseminación inconsistente de información (71.3%) y a las opiniones contradictorias expresadas por los profesionales de la salud (68.9%).

La frecuencia de respuestas "SI" a las 16 preguntas sobre las actitudes de evitación e imposición están resumidas en la Tabla 2. EL número promedio de actitudes de evitación e imposición entre los entrevistados fue de 2.81 (ds 1.93) y 2.52 (ds 1.71), respectivamente. La correlación de Pearson indicó que las actitudes de evitación e imposición estaban significativamente correlacionadas ($r = .537$, $p < .000$). La mayoría de los entrevistados reportó tres o más actitudes de evitación (67.8%) e imposición (72.7%). Éstos fueron clasificados como grupos de baja evitación e imposición. El 32.2% restante y el 27.3% de los entrevistados (que aprobaron más de tres actitudes de evitación e imposición) fue clasificado como grupos de evitación e imposición alta.

Los dos grupos fueron comparados de acuerdo a sus características sociodemográficas, su temor a la contracción del SARS y el riesgo de infección (Tabla 3). Los resultados indicaron que los entrevistados varones de entre 35 y 54 años de edad, casados, con empleo, educación terciaria,

ingresos promedio o más altos y con temor al SARS fueron significativamente más propensos a aprobar comportamientos de evitación e imposición. La aprobación de tales comportamientos no fue modificada por el riesgo a la infección. Los análisis multivariados de las tablas de contingencia indicaron que estas diferencias todavía eran significativas después de controlar para edad, género y educación (excepto por las actitudes de imposición y el temor a contraer el SARS).

Las variables significativas fueron ingresadas en bloques al modelo de regresión logística como variables predictoras de las actitudes de evitación y distinción. Debido al error estándar, la situación laboral fue recodificada como "con empleo" y "sin empleo". Los resultados indicaron que las probabilidades de actitudes de evitación altas incrementaron de manera significativa entre los entrevistados de edad mediana (1:1.81), con empleo (1:5.86) y que reportaron temor a contraer el SARS (1:3.361). De manera similar, las probabilidades de actitudes de imposición altas incrementaron significativamente entre los entrevistados de edad mediana (1:1.61), con empleo (1:11.046) y temor (1:1.815). La prueba del modelo completo (modelo X^2) indicó que estas tres variables fueron significativas en la predicción de las actitudes de evitación e imposición. La situación laboral constituyó el predictor más significativo (Tabla 4).

Discusión

Estudios previos sugieren que el temor al SARS estaba asociado a la adopción de comportamientos de salud preventiva, como el lavado de manos y el uso de una máscara facial.⁶⁻¹⁰ Además, el presente estudio encontró que tal temor estaba también asociado a la aprobación de una serie de actitudes de evitación e imposición, que pueden mediar los comportamientos de salud. Demostró que la ansiedad jugó un papel importante en el moldeado de las actitudes de evitación e imposición de la gente. Estas actitudes y los comportamientos concomitantes tuvieron, sin lugar a dudas, un papel importante en la prevención y pudieron haber reducido la ansiedad pública. Sin embargo, son un arma de doble filo, por ejemplo,

Tabla 3: Características socio-demográficas y diferencias entre los grupos de evitación e imposición altas y bajas

Características socio-demográficas	n (%)	Evitación alta (>3 actitudes de evitación) n (%)	Evitación baja (<3 actitudes de evitación) n (%)	Valor p	Imposición alta (>3 actitudes de imposición) n (%)	Imposición baja (<3 actitudes de imposición) n (%)	Valor p
Muestra total	1023 (100.0)	329 (32.2)	694 (67.8)		279 (27.3)	744 (72.7)	
Sexo							
Masculino	491 (48.0)	181 (36.9)	310 (63.1)	$\chi^2=9.57$, $p<0.05^{**}$	152 (31.0)	339 (69.0)	$\chi^2=6.462$, $p<0.05^{**}$
Femenino	532 (52.0)	148 (27.8)	384 (72.2)		127 (23.9)	405 (76.1)	
Edad (años)							
15-34	420 (41.6)	108 (25.7)	312 (74.3)	$\chi^2=23.57$, $p<0.05^{**}$	97 (23.1)	323 (76.9)	$\chi^2=20.43$, $p<0.001^{***}$
35-54	486 (48.2)	193 (39.7)	293(60.3)		163 (33.5)	323 (66.5)	
55-64	103 (10.2)	25 (24.3)	78 (75.7)		16 (15.5)	87 (84.5)	
Nivel de educación							
Primaria o más baja	126 (12.4)	28 (22.2)	98 (77.8)	$\chi^2=15.96$, $p<0.001^{***}$	16 (12.7)	110 (87.3)	$\chi^2=17.15$, $p<0.001^{***}$
Secundaria	643 (63.3)	198 (30.8)	445 (69.2)		181 (28.1)	462 (71.9)	
Más de secundaria	246 (24.2)	102 (41.5)	144 (58.5)		80 (32.5)	166 (67.5)	
Estado civil							
Soltero/Nunca casado	390 (38.6)	99 (25.4)	291 (74.6)	$\chi^2=12.58$, $p<0.001^{***}$	96 (24.6)	294 (75.4)	$\chi^2=2.14$, $p>0.05$, ns
Casado/alguna vez casado	621 (61.4)	224 (36.1)	397 (63.9)		179 (28.8)	442 (71.2)	
Ingreso anual por hogar (USD)							
Ingreso alto (3841 o más)	232 (29.5)	96 (41.4)	136 (58.6)	$\chi^2=9.42$, $p<0.05^{**}$	84 (36.2)	148 (63.8)	$\chi^2=12.08$, $p<0.05^{**}$
Ingreso promedio (1923-3846)	284 (36.1)	95 (33.5)	189 (66.5)		83 (29.2)	201 (70.8)	
Ingreso bajo (640-1920)	271 (34.4)	77 (28.4)	194 (71.6)		60 (22.1)	211 (77.9)	
Situación laboral							
Empleados (tiempo completo o medio)	591 (57.8)	279 (47.2)	312 (52.8)	$\chi^2=147.24$, $p<0.001^{***}$	254 (43.0)	337 (57.0)	$\chi^2=178.21$, $p<0.001^{***}$
Estudiantes	132 (12.9)	11 (8.3)	121 (91.7)		9 (6.8)	123 (93.2)	
Desempleados	92 (9.0)	15 (16.3)	77 (83.7)		12 (13.0)	80 (87.0)	
Amas de casa	167 (16.3)	21 (12.6)	146 (87.4)		4 (2.4)	163 (97.0)	
Jubilados	41 (4.0)	3 (7.3)	38 (92.7)		0 (0.0)	41 (100.0)	
Tipo de empleo							
Directivo	172 (29.9)	85 (49.4)	87 (50.6)	$\chi^2=1.98$, $p>0.05$, ns	80 (46.5)	92 (53.5)	$\chi^2=1.39$, $p>0.05$, ns
De oficina	259 (45.0)	125 (48.3)	134 (51.7)		111 (42.9)	148 (57.1)	
Técnicos o trabajadores	145 (25.1)	61 (42.1)	84 (57.9)		58 (40.0)	87 (60.0)	
Ansiedad							
Si	739 (72.2)	273 (36.9)	466 (63.1)	$\chi^2=27.89$, $p<0.001^{***}$	219 (29.6)	520 (70.4)	$\chi^2=7.50$, $p<0.05^{**}$
No	284 (27.8)	56 (19.7)	228 (80.3)		60 (21.1)	224 (78.9)	
Riesgo de infección							
Alto	104 (10.4)	36 (34.6)	68 (65.4)	$\chi^2=2.61$, $p>0.05$, ns	36 (34.6)	68 (65.4)	$\chi^2=3.06$, $p>0.05$, ns
Bajo	893 (89.6)	287 (32.1)	606 (97.9)		237 (26.5)	656 (73.5)	

Significancia de la prueba de dos colas $p<0.05^{**}$, $p<0.001^{***}$

Las respuestas "No sé" y "no disponible" fueron excluidas del análisis

particularmente en el espacio de trabajo, la línea entre la precaución apropiada y la discriminación puede estar poco definida (especialmente en el contexto de actitudes divergentes entre los empleados de la dirección y los trabajadores manuales).³ Nuestros hallazgos muestran que las actitudes hacia el SARS fueron heterogéneas. A diferencia de los entrevistados desempleados, con menor educación e ingresos, los entrevistados con empleo, niveles de educación altos y mayores ingresos eran más propensos a aprobar actitudes de evitación e imposición. Esto se puede deber a que este último grupo tenía más probabilidades de tener más conciencia sobre temas de salud y/o mayores responsabilidades sobre prácticas de salud preventiva en el lugar de trabajo.³

A pesar de que el presente estudio no midió los conflictos en el lugar de trabajo, es posible que al ser impuestas de manera severa estas actitudes, pudieron haberlos generado, lo mismo que estigmatización.¹¹ Esta hipótesis pudiera estar apoyada por el hecho de que el 70% de las demandas que la Comisión de Oportunidades Igualitarias de Hong Kong recibió durante el brote del SARS surgieron en el lugar de trabajo.⁴ Como fue hallado en un estudio relacionado con el SARS entre residentes de un edificio de alto riesgo en Hong Kong, los individuos que se sintieron estigmatizados pueden reaccionar con una no-revelación intencional que pudiera, a su vez, dañar los esfuerzos de salud pública realizados para la prevención.^{9, 11, 12}

A pesar de las amenazas emergentes de enfermedades contagiosas como la gripe aviar, la evidencia nos muestra que los empleados y empleadores están, a menudo, mal preparados para epidemias futuras.¹³ Nuestros hallazgos apuntan hacia la importancia de la preparación en el lugar de trabajo. Esto puede incluir la comunicación más efectiva para reducir las opiniones divergentes entre los empleados y la dirección sobre las prácticas de salud preventiva que se deben implementar.¹⁴ Esto podría disminuir prácticas potencialmente discriminatorias que a menudo son inconscientemente formuladas en términos de manejo de riesgo corporativo. Nuestros hallazgos también refuerzan la importancia de un enfoque basado en la evidencia, consistente en la disseminación de información

durante el brote de una enfermedad contagiosa.¹ Tal consistencia (y no una dependencia excesiva en un principio de precaución¹⁴) debería despejar la ansiedad pública excesiva y facilitar la práctica de salud preventiva.

Por último, este estudio tiene varias limitaciones. Primero, la tasa de terminación de 58.5% fue sólo moderada y la metodología de encuesta telefónica que utilizamos puede no asegurar que los miembros aptos del hogar tuvieran la misma probabilidad de ser seleccionados para la entrevista. Estos factores pudieron haber afectado hacer generales los hallazgos. Segundo, el diseño transversal puede conducir a sesgos tales como a subestimar el temor a la contracción del SARS después del pico de la crisis. Tercero, las actitudes no necesariamente se traducen en comportamientos, que en gran parte dependen del contexto. Finalmente, el estudio fue llevado a cabo con la intención de brindar a la Comisión de Oportunidades Igualitarias información oportuna sobre actitudes públicas relacionadas al SARS que pudieran estar asociadas a quejas de discriminación, por lo tanto, el cuestionario fue corto y falló en medir el estigma y otras fuentes de conflictos en el lugar de trabajo.

Reconocimientos

Este estudio tuvo el apoyo financiero de la Comisión de Oportunidades Igualitarias de Hong Kong y del Centro de los Trastornos del Estado de Ánimo de Hong Kong.

Referencias

1. Smith RD. Responding to global infectious disease outbreaks: lessons from SARS on the role of risk perception, communication and management. *Soc Sci Med* 2006;63:3113-23.
2. Leung GM, Hedley AJ, Ho LM, Chau P, Wong IO, Thach TQ, Ghani AC, Donnelly CA, Fraser C, Riley S, Ferguson NM, Anderson RM, Tsang T, Leung PY, Wong V, Chan JC, Tsui E, Lo SV, Lam TH. The epidemiology of severe acute respiratory syndrome in the 2003 Hong Kong epidemic: an analysis of all 1755 patients. *Ann Intern Med* 2004;141:662-73.
3. Kleinman A, Lee S. SARS and the problem of social stigma. In: Kleinman A, Watson JL, eds. *SARS in China: Prelude to Pandemic?* Stanford: Stanford University Press, 2005:173-195.

4. Equal Opportunities Commission, Hong Kong. News releases 2003. <http://www.eoc.org.hk/EOC/GraphicsFolder/NewsItemList.aspx?Year=2003> (accessed on 12 May 2006).
5. Hong Kong Census & Statistics Department. Hong Kong Annual Digest of Statistics. Hong Kong: Government Printer, 2002.
6. Tang CS, Wong CY. An outbreak of the severe acute respiratory syndrome: predictors of health behaviors and effect of community prevention measures in Hong Kong, China. *Am J Public Health* 2003;93:1887-8.
7. Leung GM, Lam TH, Ho LM, Ho SY, Chan BH, Wong IO, Hedley AJ. The impact of community psychological responses on outbreak control for severe acute respiratory syndrome in Hong Kong. *J Epidemiol Community Health* 2003;57:857-63.
8. Tam KP, Lau IY, Chiu CY. Biases in the perceived prevalence and motives of severe acute respiratory syndrome prevention behaviors among Chinese high school students in Hong Kong. *Asian J Soc Psychol* 2004;7:67-81.
9. Lau JT, Yang X, Tsui HY, Pang E. SARS related preventive and risk behaviours practiced by Hong Kong-mainland China cross border travelers during the outbreak of the SARS epidemic in Hong Kong. *J Epidemiol Community Health* 2004;58:988-996.
10. Lau JT, Yang X, Tsui HY, Kim JH. Impacts of SARS on health-seeking behaviors in general population in Hong Kong. *Prev Med* 2005;41:454-62.
11. Lee S, Chan LYY, Chan AMY, Kwok KPS, Kleinman A. The experience of SARS-related stigma at Amoy Garden. *Soc Sci Med* 2005;61:2038-46.
12. Becker N, Glass K, Li Z, Aldis G. Controlling emerging infectious diseases like SARS. [Math Biosciences 2005;193:205-221](#).
13. Tam DKP, Lee S, Lee SS. Impact of SARS on Avian Influenza preparedness in healthcare workers. *Infection* 2007;35:320-5.
14. Martuzzi M, Bertollini, R. The precautionary principle, science and human health protection. *Int J Occu Med Environment Health* 2004;17:43-46.



Medicina Social

Salud Para Todos