

UNIVERSIDAD PRIVADA DE TACNA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA



**“NIVEL DE CONOCIMIENTOS Y ACTITUDES SOBRE
INFLUENZA AH1N1 EN LOS ESTUDIANTES DE LA
UNIVERSIDAD PRIVADA DE TACNA EN AGOSTO, 2009”**

**TESIS PARA OPTAR EL TITULO PROFESIONAL DE
MÉDICO CIRUJANO**

Bach. LUIS DANIEL, TORRES FUENTES.

TACNA - PERÚ

2011.



DEDICADO:

*A Dios con amor ya que es él,
quien siempre nos guía.*

*A mis Padres Juana y Luis, por su
apoyo y amor en todo momento.*

*A mis hermanos: Lisbeth, Pepe y
Ana quienes siempre estuvieron
conmigo.*



AGRADECIMIENTO:

Mi agradecimiento a cuantas personas han hecho posible la realización del presente trabajo:

A mi asesor y amigo Marco Rívarola Hidalgo, docente de la Universidad Privada de Tacna, por su apoyo incondicional y desinteresado para la elaboración de la tesis.

A mis padres y hermanos por el amor y apoyo que siempre me brindaron.

A mi enamorada Gisella, con muchísimo cariño quien siempre fue mi apoyo incondicional.

A mis grandes amigos quienes contribuyeron con la realización del presente trabajo: Leo, Carlos y José.

ÍNDICE

RESUMEN	6
----------------------	---

INTRODUCCIÓN	8
---------------------------	---

CAPÍTULO I

1. EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1	Fundamentación del Problema	10
1.2	Formulación del Problema.....	10
1.3	Objetivos de la Investigación	10
1.3.1	Objetivo General	10
1.3.2	Objetivos Específicos	11
1.4	Justificación	11
1.5	Definición de términos	12

CAPITULO II

2. REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

2.1	Antecedentes de la investigación	13
2.2	Marco teórico	
2.2.1.	Conocimiento.....	16
2.2.2.	Actitud.....	19
2.2.3	Influenza AH1N1.....	22

CAPITULO III

3. HIPÓTESIS, VARIABLES Y DEFINICIONES OPERACIONALES

3.1	Hipótesis	42
3.2	Operacionalización de las variables	42



CAPITULO IV

4. METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

4.1	Diseño	44
4.2	Ámbito de estudio	44
4.3	Población y muestra	45
4.2.1.	Criterios de Inclusión	45
4.2.2.	Criterios de Exclusión	45
4.3.	Instrumentos de Recolección de datos	45

CAPITULO V

5.	PROCEDIMIENTOS DE ANÁLISIS DE DATOS	47
-----------	--	-----------

CAPITULO VI

6.1	Resultados	48
6.2	Discusión	65
6.3	Conclusiones	69
6.4	Recomendaciones	70

BIBLIOGRAFÍA	71
---------------------------	-----------

ANEXOS	75
---------------------	-----------

RESUMEN

FUNDAMENTO: La Influenza AH1N1 es un problema de salud pública, por tal es importante evaluar y determinar el nivel de conocimientos y actitudes en los estudiantes de la Universidad Privada de Tacna, debido a que representa un grupo poblacional importante.

OBJETIVO: Determinar el nivel de conocimientos y actitudes de los estudiantes de la universidad Privada de Tacna con respecto a Influenza AH1N1.

POBLACION Y MUESTRA: 1417 estudiantes de la Universidad Privada de Tacna, matriculado en el semestre 2009-II.

METODOS: Trabajo tipo prospectivo y transversal.

RESULTADOS: Con respecto al grupo poblacional evaluado observamos que el nivel de conocimientos de los estudiantes de la Universidad Privada de Tacna respecto a la Influenza AH1N1 mostró que el 38.7% obtuvieron un nivel muy malo, el 21.5% tuvo un nivel regular, el 32% obtuvo un nivel bueno y el 7.8% consiguió un nivel muy bueno; por lo tanto debemos mencionar que más de 1/3 de la población no tenía un nivel de conocimientos adecuado respecto a la Pandemia desatada a pesar de la alarma suscitada en el mundo.

En referencia al nivel de actitudes de los estudiantes respecto a Influenza AH1N1, encontramos que el 37% de estudiantes mostraron actitud positiva, el 33% mostró una actitud indiferente y el 30% una actitud negativa. Estos datos son interesantes ya que nos muestran que de 100 estudiantes solo 37 mostraban actitudes positivas para enfrentar una enfermedad muy transmisible.



CONCLUSIONES: Se determinó que el nivel de conocimientos respecto a a Influenza AH1N1, fue muy malo en un 38.7% respresentando así a la mayoría de la población y solo el 7.8% mostró un nivel de conocimientos muy bueno.

Se determinó que el nivel de actitudes respecto a Influenza AH1N1, fue positiva en solo un 37% de la poblacion estudiada.

La relación entre el nivel de conocimientos y actitudes respecto a Influenza AH1N1 en los estudiantes de la Universidad Privada de Tacna, fue directamente proporcional demostrandose así que a un menor nivel de conociminetos, menor nivel de actitudes y a un mayor nivel de conocimientos, mayor nivel de actitudes.

INTRODUCCIÓN

El 14 de Mayo del 2009 se confirmó el primer caso de Influenza AH1N1 en nuestro país, este acontecimiento tuvo un gran impacto en nuestra sociedad, motivo por el cual las medidas sanitarias se incrementaron, dirigidas por el Ministerio de Salud que inició una amplia intervención pública, emitiendo recomendaciones para prevenir el contagio y evitar con ello la diseminación del virus; a pesar de las mismas el número de casos confirmados ha ido en aumento de manera muy alarmante, estos sobrepasan los 4000 infectados; así mismo el número de fallecidos a causa de esta enfermedad supera las 30 personas.⁽¹⁾

Mientras tanto ante el avance de la epidemia en el mundo, el 11 de junio del presente año, la Organización Mundial de la Salud (OMS) decretó el nivel máximo de alerta por la Influenza AH1N1 y la declaró pandemia, con lo que corrobora una amplia y rápida expansión geográfica del contagio en el mundo. De acuerdo con el Ministerio de Salud, la OMS cuantificó en el mundo, a ocho semanas de la emergencia sanitaria 76 países con casos confirmados de la gripe, acumulando un total de 35.928 personas infectadas y, de ellas, 163 personas muertas.⁽¹⁾

El 30 de julio de 2009, el Ministerio de Salud informó a través de su comunicado N° 84 que, en el mundo, el número de casos confirmados de la Nueva Influenza AH1N1 es de 166.283 y el número de Fallecidos: 1009. Estos casos están ubicados en 131 países y 18 territorios dependientes.⁽²⁾

En el Perú, del 25 al 30 de julio, se han confirmaron 737 nuevos casos de la Nueva Influenza AH1N1, con lo que hasta al momento son, 4029 los casos confirmados. De esta cifra, 736 han sido dados de alta, con lo que, hasta la fecha, son 3532 los casos dados de alta, estando la enfermedad en curso sólo en 497 personas. Los 737 casos se distribuyen de la siguiente manera: 312 en Lima, 137 en Arequipa, 59 en Cusco, 57 en Junín, 29 en Lambayeque, 23 en La Libertad, 18



en Cajamarca, 18 en Ancash, 12 en Ayacucho, 10 en Pasco, 9 en Apurímac, 9 en el Callao, 6 en Madre de Dios, 6 en Amazonas, 5 en Puno, 5 en Piura, 5 en Huancavelica, 4 en Ica, 4 en Moquegua, 3 en Loreto, 3 en Tumbes, 2 en Huanuco y 1 en Tacna. Estos nuevos casos, todos ellos peruanos, se hallan en la actualidad con control médico, aislamiento domiciliario, tratamiento antiviral y evolucionando favorablemente. A su vez, el Minsa reitero que la prueba para confirmar la presencia del virus no es una razón para condicionar el tratamiento, ni para retrasar su inicio. Por tanto, se puede priorizar el tratamiento, sobre todo en los casos de riesgo, reservando la prueba de laboratorio para los hospitalizados.⁽²⁾

El presente estudio busca determinar el nivel de conocimientos y actitudes de los estudiantes de la Universidad Privada de Tacna con respecto a la influenza AH1N1, siendo los estudiantes universitarios un grupo poblacional importante dentro de nuestra ciudad.⁽¹⁾

La meta establecida es conocer cómo se está enfrentando la epidemia en una parte de la población y, así, apoyarse con datos reales y oportunos en la toma de decisiones dentro de este grupo poblacional.⁽¹⁾

CAPITULO I

1. EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1 FUNDAMENTACIÓN DEL PROBLEMA

La influenza AH1N1 es un problema de salud pública , por esta razón es importante determinar el nivel de conocimientos y actitudes sobre la Influenza AH1N1, en los estudiantes de la Universidad Privada de Tacna ya que se desempeñan en lugares relativamente cerrados como son los salones de clase, así mismo sus relaciones interpersonales son cotidianas y forman parte de un grupo poblacional importante en nuestro medio; por tal es importante aportar datos reales al Comité de investigación epidemiológica de la Universidad Privada de Tacna, con los cuales se puedan tomar decisiones y adoptar medidas para la prevención de contagios de esta Pandemia u otras posibles enfermedades infectocontagiosas que pudieran surgir y así contribuir con la salud.

1.2 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

¿Cual es el nivel de conocimientos y actitudes sobre la Influenza AH1N1 en los Estudiantes de la Universidad Privada de Tacna en Agosto 2009?

1.3 OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

1.3.1. Objetivo general

Determinar el nivel de conocimientos y actitudes de los estudiantes de la universidad Privada de Tacna con respecto a Influenza AH1N1.

1.3.2. Objetivos Específicos

Determinar el Nivel de conocimientos de los estudiantes de la universidad privada de Tacna respecto a la Influenza AH1N1.

Determinar el Nivel de actitudes de los estudiantes de la universidad privada de Tacna respecto a la Influenza AH1N1.

Relacionar el nivel de conocimientos con las actitudes de los estudiantes de la universidad privada de Tacna respecto a la Influenza AH1N1.

1.4 JUSTIFICACIÓN:

El presente trabajo fue realizado por las siguientes razones:

- Es muy importante determinar el nivel de conocimientos y actitudes de los estudiantes con respecto a esta nueva pandemia, ya que a partir de los resultados se tomaran decisiones, las cuales irán orientadas a mejorar las normas de bioseguridad y así mismo poder prevenir la aparición de nuevos casos de Influenza AH1N1.
- Es necesario elevar el nivel de conocimientos en los estudiantes de la Universidad Privada de Tacna en ciertos aspectos sobre esta nueva pandemia desatada por la Influenza AH1N1.
- Es necesario conocer las actitudes de los estudiantes de la Universidad Privada de Tacna y así saber como cambiar sus actitudes frente a esta enfermedad.
- A la fecha no hay datos exactos en nuestra población de estudios sobre esta enfermedad.

- El centro médico requiere de esta información, la cual orientara y ayudara a mejorar el servicio frente a la población estudiantil.
- El comité de vigilancia epidemiológica requiere datos exactos, que le permitan tomar decisiones frente a un posible resurgimiento de la Influenza AH1N1 en la población estudiantil, como tambien es necesario contar con un antecedente historico, que permita saber el comportamiento de dicho grupo poblacional ante cualquier enfermedad infectocontagiosa nueva o reemergente.

1.5 DEFINICIÓN DE TÉRMINOS

Conocimiento: Estado de quien conoce o sabe algo. El cual puede ser conseguido mediante la experiencia personal, la observación o el estudio.⁽³⁾

Nivel: Medida de una cantidad con referencia a una escala determinada⁽³⁾

Actitud: organización duradera de creencias y cogniciones en general, dotada de una carga afectiva a favor o en contra de un objeto definido, que predispone a una acción coherente con las cogniciones y afectos relativos a dicho objeto. Las actitudes son consideradas variables intercurrentes, al no ser observables directamente pero sujetas a inferencias observables.⁽⁴⁾

InfluenzaAH1N1: Enfermedad infecciosa causada por una variante del Influenzavirus A (subtipo **H1N1**).⁽⁵⁾

Pandemia: Brote de una enfermedad infecciosa que se propaga por todo el mundo, o por lo menos a lo largo de una región.⁽³⁾

Prevención: Preparación y disposición que se hace anticipadamente para evitar un riesgo o ejecutar algo.⁽³⁾

CAPITULO II

2. REVISIÓN DE LA LITERATURA

2.1 ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN

TITULO ”CONOCIMIENTOS Y HÁBITOS PARA ENFRENTAR LA INFLUENZA AH1N1 EN COSTA RICA”

Autor: Jhony Madrigal Pana, M.Sc

Fecha: Mayo 2009

Problema planteado: El ingreso de la influenza AH1N1 Costa Rica⁽¹⁾

Metodología: de la XXII Encuesta de Confianza del Consumidor

Investigador: Johnny Madrigal Pana. Coordinador.

Población de interés: hogares con teléfono en todo el territorio nacional (65%)

Muestreo de teléfonos: estratificado, probabilístico (Técnica de Waksberg).

Tamaño de la muestra: 675 hogares⁽¹⁾

Conclusiones :

Después de indagar los hábitos o costumbres sobre el lavado de manos y estornudos se preguntó a la persona entrevistada si estaba enterada de la existencia de la gripe. Sobre este tema el 99,0% respondió afirmativamente. Esto significa que a menos de un mes de haber aparecido la epidemia en el país, prácticamente toda la población bajo estudio estaba enterada de la enfermedad. Por otra parte, también se preguntó por el riesgo de infectarse con la gripe. Los resultados muestran éste es relativamente bajo, pues solamente el 19,7% dijo que era alto o muy alto. Por el contrario, el 65,7% dice que su riesgo es bajo, muy bajo o ninguno. Este resultado es esperado, pues al momento de realizar encuesta se había registrado un número bajo de casos y, probablemente, ante esta situación, las personas no se sientan en peligro de infección. Eso sí, habrá que esperar los

próximos meses, para observar si la proliferación de casos nuevos, que ya superan los 170, cambia esta percepción⁽¹⁾

TITULO: “ENCUESTA SOBRE INFLUENZA AH1N1 EN PUERTO RICO”

Autores: Serrano-Rodríguez RA; Rullán JV; López-Charneco M; Oquendo-Vargas A; Santiago-Cabrera M; Perez-Rios N; Torres-Aponte J; Cortés-Rodríguez A; Torres-González Y; Díaz-De Jesús EI; Hassan-Rios E. Miranda A; Rivera B.⁽⁶⁾

Fecha: Junio 2009

Objetivos:

- 1) Determinar la Preocupación, Respuesta y Conocimiento de los puertorriqueños sobre la Influenza AH1N1.
- 2) Describir la Preocupación, Respuesta y Conocimiento sobre la Influenza AH1N1 en términos de variables socio demográficas 2 socio demográficas.

Metodología: Encuesta telefónica realizada entre el 15 de mayo y 3 de junio de 2009 a una muestra aleatoria de puertorriqueños mayores de 18 2009 a una muestra aleatoria de puertorriqueños mayores de 18 Años.

Encuesta de Opinión sobre Influenza AH1N1: Preocupación de los Encuesta de Opinión sobre Influenza AH1N1: Preocupación de los ciudadanos, Como están respondiendo, y Conocimiento sobre Trasmisión, Prevención y Tratamiento

Cuestionario provisto por Harvard School of Public Health (Dr. R. Blendon y Asociados, 2009). Los datos fueron pesados por edad, género y educación para representar la población de Puerto Rico.⁽⁶⁾

Resultados:

62% reportó que existe una vacuna contra la Influenza cuando aún no se ha

manufacturado

- 21.5% reportó que existe un tratamiento eficaz para la gente que se contagia con Influenza AH1N1

Conocimiento:

- 77% piensa que puede contagiarse por estar cerca de alguien que tiene la enfermedad(< 3pies)
- 20.9% expresó que puede enfermarse de Influenza AH1N1 por comer cerdo
- 39.1% expresó que puede enfermarse de Influenza AH1N1 por estar en contacto con cerdos
- 64.7% expresó que el uso de mascarilla puede prevenir el enfermarse de Influenza AH1N1

Respuesta:

- 84.5% se lavó las manos y usó un desinfectante frecuentemente
- 39.7% evitó lugares donde mucha gente se reúne
- 27.8% evitó los restaurantes o bodegas mexicanas
- 22.4% evitó personas que viajaron a México
- 18.3% habló con su doctor sobre
- 7.7% compró una mascarilla para cubrirse la cara
- 5% usó una mascarilla para cubrirse la cara
- 2.2% obtuvo una receta para antivirales

Alerta ante Influenza AH1N1:

- 47.4% de los entrevistados sabe lo que significa Influenza AH1N1
- 10.9% de los entrevistados nunca oyó hablar del término Influenza AH1N1.
- Si el Departamento de Salud lo recomienda, 90% de los entrevistados
- están dispuestos a aislamiento voluntario.⁽⁶⁾

2.2 MARCO TEÓRICO

2.2.1 CONOCIMIENTO

El conocimiento es, por una parte, el estado de quien conoce o sabe algo, y por otro lado, los contenidos sabidos o conocidos que forman parte del patrimonio cultural de la Humanidad. Saber que se consigue mediante la experiencia personal, la observación o el estudio.⁽³⁾

El conocimiento científico es una aproximación crítica a la realidad apoyándose en el método científico que, fundamentalmente, trata de percibir y explicar desde lo esencial hasta lo más prosaico, el porqué de las cosas y su devenir, o al menos tiende a este fin.⁽⁷⁾

Conocer es tener noción, por el ejercicio de las facultades, de la naturaleza, cualidades y relaciones de las cosas. Conocimiento es la acción y efecto de conocer; el sentido de cada una de las aptitudes que tiene el individuo de percibir, por medio de sus sentidos corporales, las impresiones de los objetos externos, conocimiento es todo aquello capaz de ser adquirido por una persona en el subconsciente.⁽⁷⁾

La única forma de justificar el conocimiento científico es a través de la crítica y contrastabilidad de nuestros ensayos de solución a los problemas surgidos en la tensión entre nuestro conocer y nuestro ignorar: ⁽⁷⁾

1.- Escala de calificaciones del conocimiento

La sociedad, desde la época de los grandes filósofos griegos siempre se ha preocupado por las cuestiones inherentes a demostrar y evaluar el grado de conocimientos que van adquiriendo los individuos en sus procesos de desarrollo cultural y educativo; en virtud de que un aprendizaje de este tipo no puede ser tocado, olido o visto en su esencia pura, tiene que ser inferido objetivamente de

una forma tal que a la vez permita medirlo y pueda ser seguido evolutivamente, situación que de lleno metió a la sociedad en un nuevo conflicto, idear y desarrollar una modalidad para evaluar ese proceso, que fuera totalmente neutral. Ante tal necesidad, surge un sistema especial de valorar el desarrollo educativo, se da el sistema de calificaciones, el mismo que sirve para valorar y reforzar los aprendizajes adquiridos.

a) Escala de calificación

La escala de calificaciones es entendida como aquel instrumento, en el cual se determina en forma precisa los logros de aprendizaje en el alumno, mediante determinados números, símbolos o imágenes. El docente mediante la escala de calificación determina con cierto margen de precisión si el alumno esta o no haciendo su labor escolar, ello le sirve como instrumento para poner énfasis en el proceso de enseñanza y aprendizaje.

La escala de calificación es aquel mecanismo que se plantea como una forma concreta de informar cómo va evolucionando el proceso evaluativo, por ello el docente tiene que ser cuidadoso en la forma de cómo califica.

El juicio que resulta del proceso evaluativo necesita ser comunicado. La calificación asume ese rol comunicativo, a través de símbolos numéricos, escalas, conceptos o descripciones. Ciertamente que es un medio imperfecto, porque no alcanza a expresar en su totalidad la riqueza que tiene la evaluación, pero es lo que se espera y se exige, con sus ventajas y desventajas.

Por ello señalamos que la escala de calificaciones es un instrumento que contiene un listado de palabras, frases u oraciones que señalan en forma específica, ciertas acciones, tareas, procesos o productos de aprendizaje, frente a las cuales se incluyen columnas con escalas que miden el grado de cumplimiento. Estas Escalas sirven para evaluar el nivel de actuación en cada etapa del procedimiento, mediante una cuantificación.⁽⁸⁾



- **Escalas numéricas.-** Valoran los objetivos o indicadores mediante una serie de números. Estas consisten en un listado de aseveraciones, en la misma línea se ponen números que representan los grados de logros en el alumno.
- **Escalas gráficas.-** Las escalas gráficas se caracterizan por estar constituidas por un enunciado acompañado de una escala en cuyos extremos se presentan conceptos de significado opuesto y entre ellos números que representan grados intermedios.
- **Escalas descriptivas.-** Las escalas descriptivas, se utilizan para medir el nivel de aprendizaje desarrollado por el alumno, mediante una serie concatenada de frases, que sirven de mucha ayuda al momento de evaluar.

b) Escala de calificación vigesimal

La escala de calificación vigesimal, es aquella escala que comprende un listado de notas, que van desde la nota mínima 00 hasta la nota máxima 20, conformándose cuatro grupos.⁽⁸⁾

- A.- Si obtuvo entre 20 y 18, ello significa muy bueno
- B.- Si obtuvo entre 17 y 14, ello significa bueno
- C.- Si obtuvo entre 13 y 11, ello significa regular
- D.- Si obtuvo entre 10 y 00, ello significa muy mal

2.2.2 ACTITUDES

Es una predisposición aprendida para responder consistentemente de una manera favorable o desfavorable respecto a un objeto o sus símbolos. Se puede observar actitudes hacia diversos objetos o símbolos.

Las actitudes están relacionadas con el comportamiento que asumimos frente a temas planteados como por ejemplo el aborto la cual puede ser favorable (participación) o desfavorable (no participación). Las actitudes tienen diversas propiedades donde se destacan: dirección (positiva o negativa) e intensidad (alta o baja), estas propiedades hacen parte de la medición⁽⁹⁾.

Escala: Serie de ítems o frases que han sido cuidadosamente seleccionados, de forma que constituyan un criterio válido, fiable y preciso para medir de alguna forma los fenómenos sociales. En este caso el fenómeno será una actitud cuya intensidad queremos medir. es un instrumento destinado a medir propiedades de individuos o grupos; permite la asignación de números a las unidades medidas⁽¹⁰⁾.

Un ítem es una frase o proposición que expresa una idea positiva o negativa respecto a un fenómeno que nos interesa conocer. Expresa una opinión sobre un tema.

Consiste en un conjunto de ítems presentados en forma de afirmaciones o juicios ante los cuales se pide la reacción de los sujetos. Es decir, se presenta cada afirmación y se pide al sujeto que externé su reacción eligiendo uno de los cinco puntos de la escala. A cada punto se le asigna un valor numérico. Así, el sujeto obtiene una puntuación respecto a la afirmación y al final se obtiene su puntuación total sumando las puntuaciones obtenidas en relación a todas las afirmaciones⁽¹⁰⁾.

COMO SE CONSTRUYE UNA ESCALA LIKERT

En términos generales, una escala Likert se construye generando un elevado número de afirmaciones que califiquen al objeto de actitud y se administran a un grupo piloto para obtener las puntuaciones del grupo en cada afirmación⁽¹¹⁾.

Estas puntuaciones se correlacionan con las puntuaciones del grupo a toda la escala (la suma de las puntuaciones de todas las afirmaciones), y las afirmaciones cuyas puntuaciones se correlacionen significativamente con las puntuaciones de toda la escala, se selecciona para integrar el instrumento de medición. Así mismo, debe calcularse la confiabilidad y validez de la escala⁽¹¹⁾.

MANERAS DE APLICAR LA ESCALA LIKERT

Existen dos formas básicas de aplicar una escala Likert:

La primera es de manera auto administrada: se le entrega la escala al respondiente y éste marca respecto a cada afirmación, la categoría que mejor describe su reacción o respuesta; marcan respuestas⁽¹²⁾.

La segunda forma es la entrevista: un entrevistador lee las afirmaciones y alternativas de respuesta al sujeto y anota lo que éste conteste. Cuando se aplica vía entrevista, es necesario que se le entregue al entrevistador una tarjeta donde se muestran las alternativas de respuesta o categorías.

Al construir una escala Likert debemos asegurar que las afirmaciones y alternativas de respuesta serán comprendidas por los sujetos a los que se les aplicará y que éstos tendrán la capacidad de discriminación requerida.

La escala de likert se caracteriza por:

- Es un tipo de instrumento de medición o de recolección de datos que disponemos en la investigación social.
- Es una escala para medir las actitudes
- Consiste en un conjunto de ítems bajo la forma de afirmaciones o juicios ante los cuales se solicita la reacción (favorable o desfavorable, positiva o negativa) de los individuos.
- Alternativas o puntos en la escala de Likert:

Alternativa A:

(5) Muy de acuerdo, (4) De acuerdo, (3) Ni de acuerdo, ni en desacuerdo (Afirmación) (2) En desacuerdo, (1) Muy en desacuerdo.

Alternativa B:

(5) Totalmente de acuerdo, (4) De acuerdo, (3) Neutral (Afirmación), (2) En desacuerdo (1) Totalmente en desacuerdo.

Alternativa C:

(5) Definitivamente sí, (4) Probablemente sí, (3) Indeciso afirmación), (2) Probablemente no, (1) Definitivamente no.

Alternativa D:

(5) Completamente verdadero, (4) Verdadero, (3) Ni falso, ni verdadero (Afirmación) (2) Falso, (1) Completamente falso.

Determinación de las puntuaciones dadas a las categorías de los ítems. Cada proposición o ítem debe tener opciones de respuestas que muestre el grado o intensidad de actitud en medición. Generalmente el número de opciones son cinco divididas así: muy de acuerdo, de acuerdo, indeciso (indiferente), desacuerdo, muy desacuerdo.

Para obtener las puntuaciones de la escala de Likert, se suman los valores obtenidos respecto de cada frase. El puntaje mínimo resulta de la multiplicación del número de ítems por 1. Una puntuación se considera alta o baja respecto del puntaje total (PT); este último está dado por el número de ítems o afirmaciones multiplicado por 5.

La ponderación, en un procedimiento arbitrario – también se pueden asignar por desviación sigma o desviación estándar- puede ir de 0 a 5 o de -2 a 2 (muy desacuerdo a muy de acuerdo, respectivamente). Es importante tener presente la conversión a su verdadero valor de ponderación cuando se han mezclado proposiciones positivas y negativas⁽¹²⁾.

2.2.3 INFLUENZA AH1N1

Los virus de la Influenza, pertenecen a la Familia Orthomyxoviridae, que se divide en cuatro Géneros Virus de Influenza A, Influenza B Influenza C y el género Thogota(trasmitidos por garrapatas). La nomenclatura es descriptiva e incluye lo siguiente: Tipo (basado en la especificidad antigénica de la nucleoproteína y la proteína matriz), huésped de origen, (no se indica en los aislamientos humanos, si en los aislamientos de animales y objetos inanimados), origen geográfico, número de registro de la cepa y año del aislamiento. Para el tipo A, se señala al final y entre paréntesis, las características antigénicas de la hemaglutinina y la neuraminidasa. Para los virus tipo B y C, no se señala.

El cuadro gripal clásico se presenta abrupta o súbitamente con síntomas sistémicos y comunes que incluyen fiebre alta, malestar general, escalofríos, dolor de cabeza, mialgias, postración y síntomas respiratorios como: tos seca, estornudos, secreción nasal abundante, enrojecimiento de la conjuntiva, dolor de garganta y adenopatías cervicales. Pueden incluirse otros síntomas como la anorexia, síntomas gastrointestinales como las náuseas, vómitos, diarrea particularmente en niños pequeños. La recuperación es total en un periodo de 2 a 4 semanas. ⁽¹⁾ Pueden observarse también síntomas de faringitis, laringitis, traqueobronquitis, laringotraqueobronquitis (croup), o bronquitis, otitis, y sinusitis.

Las complicaciones más importantes de esta enfermedad son: la neumonía viral primaria, bacteriana secundaria y una combinación de ambas. Se reporta también el Síndrome de Reyé, encefalopatía aguda con una tasa de mortalidad alta (10-14%). ^(14, 15)

Los virus influenza poseen genoma de tipo ARN, de simple cadena y polaridad negativa. Son pleomórficos, miden de 80 a 120 nm de diámetro, simetría helicoidal, se cubren de una membrana lipídica y en ella se insertan las glicoproteínas HA y NA, que determinan el alto grado de variabilidad del virus. El virión de Influenza, está constituido por diez proteínas estructurales diferentes: la Hemaglutinina (HA), la Neuraminidasa (NA), la nucleoproteína (NP) , la ribonucleoproteína, nucleocápsida o RNP (reunión de la NP con el ARN viral), las tres grandes proteínas PB2, PB1 y PA, que forman el complejo polimerasa, la proteína matriz(M1) y la proteína M2.

Existen además dos proteínas virales no estructurales (NS). De ellas la NS1 sólo se detecta en células infectadas, mientras NS2 se ha identificado recientemente asociada a la M1. Se han identificado 15 subtipos de proteínas HA y 9 NA (humanas y animales)⁽¹⁶⁾.

La proteína HA, es el principal antígeno del virus, contra el cual va dirigida la respuesta inmune neutralizante (anticuerpos protectores). Además, su variabilidad antigénica que se traduce en la aparición de nuevas cepas, la convierte en el principal factor desencadenante de las epidemias y pandemias de gripe. La Neuraminidasa, es importante como antígeno, aunque los anticuerpos anti-NA, no son neutralizantes, salvo a altas concentraciones. Sin embargo reducen tanto el título del virus, como las lesiones en pulmón. Su variabilidad antigénica es alta (16).

Una característica de los virus con genoma ARN es su alta variabilidad genética y antigénica, lo que acarrea que la infección se desarrolle generalmente en forma de brotes epidémicos y ocasionalmente pandemias, con altos índices de morbilidad y grandes costos económicos. La más devastadora pandemia del siglo XX (1918-1920) fue la “gripe española” (virus AH1N1), se desarrolló el más grave conflicto epidémico del que se tenga constancia histórica, afectó al 50% de la población mundial y causó más de 20 millones de muertes. En épocas recientes se han documentado otras importantes pandemias (1957-1958, la “gripe asiática” (virus AH2N2), y en 1968, la “gripe de Hong Kong” (virus AH3N2).

En 1977-1978 el virus (AH1N1) comienza de nuevo a circular y a partir de esta fecha continúan circulando en el mundo, los virus A (H1N1), A (H3N2) y el tipo B. (17) (18).

En 1997- 98, se detectó en humanos, la gripe aviar A (H5N1), causando una alta mortalidad. Los virus del tipo A, pueden infectar además del ser humano, a caballos, cerdos, y una larga variedad de aves; mientras que el tipo B infecta humanos solamente. (19)

La infección por influenza es causa substancial de morbilidad y mortalidad en todo el mundo, y resulta extremadamente difícil encontrar una solución actual, que no sea limitada a su prevención con vacunas y a la medicación frente a los síntomas.

Para la profilaxis se emplean antivirales y vacunaciones anuales que se ajustan todos los años a las cepas circulantes. En casos especiales pueden aconsejarse antivirales para complementar la acción de la vacuna.

1.- Antecedentes

Las pandemias de influenza son eventos impredecibles pero recurrentes, que pueden acarrear consecuencias graves en las sociedades en todo el mundo. Desde el siglo XVI se han descrito pandemias de influenza con intervalos entre 10 y 50 años, cuya gravedad y repercusiones han sido variables⁽²⁰⁾.

Pandemia (Fecha y nombre conocido)	Zona de aparición	Subtipo del virus de la influenza A	Numero reproductivo básico calculado	Tasa de letalidad calculada	Calculo del exceso de mortalidad mundial atribuida a la pandemia	Grupos de edad más afectados (tasas de ataque simuladas)	Perdida en PBI(cambio porcentual)
1918-1919 “influenza española”	Indefinida	H1N1	1.5 a 1.8	2 a 3%	20 a 50 millones	Adultos jóvenes	-16.9 a 2.4
1957-1958 “influenza asiática”	Sur de la China	H2N2	1.5	<0.2%	1 a 4 millones	Niños	-3.5 a 0.4
1968-1969 “influenza de Hong Kong”	Sur de la China	H3N2	1.3 a 1.6	<0.2%	1 a 4 millones	Todos	-0.4 a -1.5

Se desconoce el momento exacto y las repercusiones de una futura pandemia de influenza. Formular y mantener la preparación de un país constituye un desafío y acarrea el riesgo de una confianza excesiva⁽²⁰⁾. La preparación contra una pandemia de influenza sigue siendo incompleta en la mayoría, si no en todos los

países, aunque la pandemia pueda ocurrir en cualquier momento y tenga como consecuencias:

- Una rápida diseminación de la enfermedad pandémica que deje poco tiempo para implementar medidas de mitigación especiales.
- La dificultad de los establecimientos de salud para enfrentar un aumento súbito y considerable de la demanda.
- Una posible escasez, que puede ser grave, de personal y productos sanitarios que conlleve un trastorno en la infraestructura y los servicios básicos y altere la continuidad de operaciones de todos los sectores productivos y del gobierno.
- El retraso y la disponibilidad limitada de las vacunas contra la influenza pandémica, los medicamentos antivirales y los antibióticos, así como de los suministros médicos usuales para el tratamiento de otras enfermedades;
- Una repercusión negativa en las actividades sociales y económicas de las comunidades que podría persistir por un tiempo prolongado después del final del período pandémico.
- Un escrutinio intenso por parte de las dependencias públicas y gubernamentales y los medios de comunicación sobre el estado de preparación nacional contra la pandemia.
- Una situación de emergencia mundial que limite las posibilidades de ayuda internacional.

2.- Virus de influenza con potencial pandémico

Muchos virus de influenza que afectan a los animales infectan y circulan naturalmente en una variedad de especies de aves y mamíferos. La mayoría de estos virus animales normalmente no infectan a los seres humanos. Sin embargo, en algunas ocasiones ciertos virus animales sí infectan a las personas. Tales infecciones se han presentado en forma aislada o esporádica o han dado lugar a pequeños conglomerados de infecciones en el ser humano⁽²¹⁾.

Una pandemia de influenza ocurre cuando un virus de la influenza animal, contra el cual la mayoría de los seres humanos no tienen ninguna inmunidad, adquiere la capacidad de producir cadenas sostenidas de transmisión de persona a persona, generando brotes epidémicos comunitarios. Tal virus tiene el potencial de propagarse a todo el mundo y causar una pandemia.

La aparición de una pandemia de influenza se puede considerar como el resultado de la transformación de un virus de la influenza animal, en un virus de la influenza humano.⁽²¹⁾ Desde el punto de vista genético, los virus de la influenza pandémica pueden surgir mediante dos mecanismos:

- **La reasociación genética:** mecanismo por el cual los genes de los virus de la influenza animal y de la influenza humana se mezclan entre sí y crean un nuevo virus humano-animal reasociado.
- **La mutación genética:** mecanismo mediante el cual los genes de un virus de la influenza animal se modifican y le permiten infectar al hombre y transmitirse fácilmente de persona a persona.

3.- Las fases de la pandemia⁽²²⁾

FASE 1	No se ha notificado que un virus de la influenza que circula entre los animales cause infección en los seres humanos.
FASE 2	Se ha confirmado que un virus de la influenza que circula entre los animales domésticos o silvestres ha causado infección en seres humanos y, por tanto, se considera una amenaza específica de potencial pandémico.
FASE 3	Un virus de influenza animal o un virus reasociado humano – animal ha causado brotes esporádicos o pequeños conglomerados de enfermedad en personas, pero aún no hay una transmisión de persona a persona lo suficientemente sostenida para causar brotes comunitarios.
FASE 4	La transmisión de persona a persona de un virus de influenza animal o de un virus reasociado humano – animal capaz de producir brotes comunitarios sostenidos ha sido confirmado.
FASE 5	El mismo virus identificado ha causado brotes comunitarios sostenidos en 2 o más países de una región de la OMS.
FASE 6	Además de los criterios de la fase 5, el mismo virus ha causado brotes comunitarios por lo menos en otro país de otra región de la OMS.
PERÍODO POSTERIOR AL DE MÁXIMA ACTIVIDAD	Los niveles de la influenza pandémica en la mayoría de los países con un sistema de vigilancia apropiado han disminuido por debajo del nivel máximo.

POSIBLE NUEVA OLA	Aumenta de nuevo el nivel de la actividad de la influenza pandémica en los países con un sistema de vigilancia apropiado.
PERÍODO POST- PANDÉMICO	Los niveles de actividad de la influenza pandémica han regresado a los niveles observados para la influenza estacional en la mayoría de los países con un sistema de vigilancia apropiado.

4.- Influenza AH1N1 preguntas frecuentes:

La actual gripe está causada por un nuevo virus A (H1N1) que no había circulado nunca en la especie humana y que no tiene ninguna relación con otros virus gripales estacionales que han afectado anteriormente o están afectando al hombre.

a) Contagio:

El virus se propaga de persona a persona. Se transmite tan fácilmente como la gripe estacional normal y se puede contagiar a otras personas por exposición a las gotículas infectadas expulsadas al toser o estornudar, que pueden ser inhaladas o contaminar manos y superficies⁽²³⁾.

Para prevenir la transmisión, las personas enfermas deben cubrirse la boca y la nariz al toser o estornudar, quedarse en casa mientras se encuentren mal, lavarse las manos regularmente y mantenerse a cierta distancia de las personas sanas en la medida de lo posible.

No se conoce ningún caso de personas que hayan resultado contagiadas por exposición a cerdos u otros animales. La declaración Declaración conjunta FAO/OMS/OIE sobre la gripe por el virus A(H1N1) y la inocuidad del cerdo. 7 de mayo de 2009, menciona:

No se tiene constancia de que los virus de la gripe se puedan transmitir al ser humano por ingestión de carne de cerdo procesada u otros productos obtenidos del cerdo.

El calor aplicado habitualmente durante la cocción (por ejemplo, 70°C/160°F de temperatura en el centro de la pieza) inactiva inmediatamente cualquier virus que pudiera encontrarse en los productos que contengan carne cruda.

La carne de cerdo y los productos porcinos, si se manejan de conformidad con las prácticas higiénicas adecuadas que recomiendan la OMS, la Comisión del Codex Alimentarius y el OIE, no constituirán un foco de infección.

Las autoridades y los consumidores deberían asegurarse de que la carne procedente de cerdos enfermos o encontrados muertos no se procesa ni se destina al consumo humano bajo ninguna circunstancia⁽²³⁾.

Se desconoce el lugar de origen del virus.

b) Signos y Síntomas:

Los signos de la gripe por A (H1N1) son los típicos de un cuadro gripal, esto es, fiebre, tos, cefalea, dolores musculares y articulares, dolor de garganta y rinorrea, y a veces vómitos y diarrea.

c) Importancia de la Pandemia:

La gripe estacional ocurre cada año y los virus cambian cada año, pero muchas personas presentan cierta inmunidad a los virus circulantes y eso ayuda a limitar las infecciones. Además, algunos países utilizan vacunas contra la gripe estacional para reducir la morbilidad y las defunciones.

Pero el virus A (H1N1) es un virus nuevo frente al cual la mayoría de la gente tiene muy poca o ninguna inmunidad y, por consiguiente, este virus podría causar más infecciones que la gripe estacional. La OMS está colaborando estrechamente con los fabricantes para acelerar el desarrollo de una vacuna segura y eficaz, pero tendrán que transcurrir algunos meses para que esté disponible⁽²⁴⁾.

La nueva gripe por A (H1N1) parece tan contagiosa como la gripe estacional y se está difundiendo rápidamente sobre todo entre los jóvenes (10 a 45 años). La gravedad de la enfermedad varía entre una sintomatología muy leve y un cuadro grave que puede conducir a la muerte. La mayoría de quienes contraen el virus sufren la forma más leve y se recuperan sin necesidad de tratamiento antiviral o atención médica. Entre los casos de mayor gravedad, más de la mitad de los hospitalizados padecía algún problema de salud o tenía el sistema inmunitario debilitado.

d) Importancia de consulta al médico:

Se debe buscar atención médica si se sufre disnea o dificultad para respirar, o si la fiebre persiste más de tres días. A los padres de niños pequeños enfermos se les aconseja que busquen atención médica si el niño presenta una respiración rápida o entrecortada, fiebre continua o convulsiones.

El tratamiento de sostén en el hogar -reposo, ingestión de líquidos en abundancia y uso de analgésicos contra el dolor- es suficiente para propiciar la recuperación la mayoría de las veces. (En el caso de los niños y adultos jóvenes se deben emplear analgésicos distintos de la aspirina debido al riesgo de síndrome de Reye)⁽²⁴⁾.

5. Recomendaciones a la población según OMS

a) Medidas de protección:

La principal vía de transmisión del nuevo virus gripal A (H1N1) parece ser la misma que la de la gripe estacional, es decir, las gotículas expulsadas al hablar, estornudar o toser⁽²⁴⁾. Para prevenir la infección puede evitar el contacto estrecho con personas que presenten síntomas gripales (intentando mantener una distancia de aproximadamente 1 metro, a ser posible) y tomar las medidas siguientes:

- Evitar tocarse la boca y la nariz.
- Lavarse las manos meticolosa y regularmente con agua y jabón o preparaciones alcohólicas (especialmente si se tocan la boca, la nariz o superficies que puedan estar contaminadas).
- Evitar contactos estrechos con personas que puedan estar enfermas.
- A ser posible, reducir la estancia en lugares concurridos.
- Mejorar la ventilación abriendo las ventanas.
- Mantener hábitos saludables: dormir bien, comer alimentos nutritivos y mantenerse activo físicamente.

b) Uso de Mascarilla:

Si no está enfermo, no hace falta que use mascarilla. Si ha de cuidar a un enfermo puede usarla cuando tenga contacto estrecho con él; inmediatamente después ha de tirarla y lavarse bien las manos. Si está enfermo y ha de viajar o estar en contacto con otras personas, cúbrase la boca y la nariz.

Es esencial que el uso de la mascarilla sea correcto en todas las situaciones. Su uso incorrecto puede aumentar la probabilidad de que la infección se propague.

c) En caso de síntomas:

No le será posible distinguir la gripe estacional de la gripe por A (H1N1) si no acude al médico. Los síntomas típicos que hay que vigilar son similares a los de la gripe estacional: fiebre, tos, cefaleas, dolores en todo el cuerpo, dolor de garganta y rinorrea. Sólo un médico o las autoridades sanitarias locales pueden confirmar un caso de gripe por A (H1N1)⁽²⁴⁾.

d) Viajes:

Si no se encuentra bien o tiene síntomas gripales no debe viajar. Si tiene dudas sobre su estado de salud debe consultar a un profesional sanitario.

Las personas enfermas deberían aplazar sus planes de viaje, y los viajeros de regreso que se encuentren enfermos deben ponerse en contacto con un profesional sanitario.

Los viajeros pueden protegerse a sí mismos y a los demás con medidas preventivas prácticas aplicables tanto durante los viajes como en su vida cotidiana⁽²⁴⁾.

e) Susceptibilidad a enfermar:

Es preciso realizar más estudios para determinar si hay algunas poblaciones (por ejemplo en jóvenes o personas mayores, o individuos con otro tipo de dolencias) con más riesgo de verse afectadas por el brote o de sufrir problemas graves. La OMS recomienda que todo el mundo tome precauciones para prevenir la propagación de la infección⁽²⁵⁾.

6.- Medicamentos antivirales:

A la fecha, la mayoría de las personas que se han infectado con el nuevo virus A (H1N1) han presentado síntomas gripales (es decir, dolor de garganta, tos, rinorrea, fiebre, malestar general, dolor de cabeza y dolores articulares y musculares) y se han recuperado sin haber recibido tratamiento con antivirales.

Los antivirales pueden aminorar los síntomas y acortar la duración de la enfermedad, precisamente los efectos que tienen contra la gripe estacional. También pueden contribuir a evitar una afección grave y la muerte. El virus A (H1N1) es nuevo y, por lo tanto, es muy reducido el número de personas infectadas por él que han sido tratadas con antivirales. La OMS mantiene contacto con las autoridades de salud pública y médicos en los países afectados y está reuniendo información sobre la eficacia de estos medicamentos⁽²⁶⁾.

Hay dos clases de antivirales contra la gripe: los inhibidores de la neuraminidasa como el oseltamivir y el zanamivir, y los adamantanos, como la amantadina y la rimantadina. En pruebas efectuadas con virus aislados de enfermos en México y los Estados Unidos se ha observado que el nuevo virus H1N1 es sensible a los inhibidores de la neuraminidasa, pero es resistente a la amantadina y la rimantadina.

Los antivirales deben usarse según lo previsto en los planes nacionales de preparación para una eventual pandemia de gripe. En algunos países, las autoridades sanitarias han decidido tratar con antivirales a los pacientes probablemente aquejados por esta enfermedad como parte de las medidas de salud pública aplicadas⁽²⁶⁾.

Los médicos deben basar la decisión en la valoración del riesgo de cada paciente. En cada caso debe establecerse también la relación riesgo-beneficio.

A nivel mundial, la OMS tenía una reserva de aproximadamente 5 millones de tratamientos de oseltamivir para adultos. Una parte de esa reserva ya se ha distribuido por conducto de las oficinas regionales de la OMS, que se están ocupando de la asignación y la distribución. En este momento, la OMS está distribuyendo los 3 millones de dosis que le quedan entre los países en desarrollo más necesitados.

La OMS continúa evaluando las necesidades y colaborando con los fabricantes para conseguir más donaciones de antivirales. Los medicamentos se distribuirán en cuanto estas se reciban.

La OMS ha dispuesto que la primera remesa de antivirales de su propia reserva se envíe a 72 países. Se ha dado prioridad a los países vulnerables, teniendo en cuenta la capacidad nacional de fabricación y compra del producto. Según sea necesario, otros países recibirán apoyo mediante las reservas de las oficinas regionales⁽²⁶⁾.

7.- La última nota informativa de la OMS realizada en Ginebra menciona:

El número de casos humanos de gripe pandémica (H1N1) 2009 sigue aumentando considerablemente en muchos países, incluso algunos que llevan algún tiempo lidiando con el problema.

Seguimos estudiando la evolución de la enfermedad a medida que afecta a nuevos países, que la propagación comunitaria crece en los países ya afectados y que la información se comparte a nivel mundial. Muchos países donde la transmisión comunitaria es amplia han decidido someter a prueba únicamente las muestras de las personas enfermas y concentrar las actividades de vigilancia en monitorizar las tendencias. Estos cambios han sido recomendados por la OMS porque, a medida que la pandemia progresa, el monitoreo de las tendencias en la actividad de la enfermedad se efectúa mejor siguiendo los casos de enfermedad en vez de intentar

someter a prueba a todas las personas enfermas, lo cual puede menguar gravemente los recursos nacionales. Sigue siendo prioritario determinar cuáles grupos de población tienen el riesgo más elevado de sufrir la gripe pandémica grave y qué medidas deben adoptarse para proteger a esas personas.⁽²⁷⁾

Además de la información sobre vigilancia, la OMS está transmitiendo los resultados de investigaciones especiales, estudios clínicos y otros datos facilitados directamente por los países; se vale para ello de frecuentes teleconferencias de expertos sobre temas como los aspectos clínicos, virológicos y epidemiológicos de la pandemia, con el fin de trazar el panorama mundial de la forma cómo evoluciona la situación.⁽²⁷⁾

a) La edad promedio de los casos está aumentando

En la mayoría de los países, los casos de gripe pandémica (H1N1) 2009 siguen ocurriendo entre los jóvenes; la mediana de la edad está entre los 12 y los 17 años, según datos del Canadá, Chile, los Estados Unidos de América, el Japón y el Reino Unido. Algunos informes indican que las personas que necesitan hospitalizarse y los pacientes que fallecen pueden ser ligeramente mayores.

A medida que la enfermedad se propaga más y más en las comunidades, la edad promedio de los casos aumenta ligeramente. Esto puede ser el resultado de que en muchos países donde ocurrieron los primeros casos se produjeron brotes epidémicos en las escuelas y después en la comunidad. La gripe pandémica difiere en algunos aspectos de la gripe estacional, pues en esta los casos mortales suelen corresponder a los ancianos (mayores de 65 años). Sea como fuere, aún no se conocen bien las características epidemiológicas de la pandemia porque en muchos países están circulando al mismo tiempo los virus de la gripe estacionales y el virus de la gripe pandémica (H1N1) 2009, además de que la pandemia es relativamente incipiente.⁽²⁷⁾

Aún no se han establecido en definitiva los factores de riesgo de la gripe pandémica grave. No obstante, actualmente las enfermedades cardiovasculares,

las enfermedades respiratorias, la diabetes sacarina y el cáncer se consideran factores de riesgo de la forma grave de la gripe pandémica (H1N1) 2009. En varios países, el asma y otras enfermedades respiratorias han sido invariablemente consideradas como trastornos subyacentes que se acompañan de un mayor riesgo de gripe pandémica grave.

Un informe reciente indica que la obesidad puede ser otro factor de riesgo en ese sentido. De igual manera, cada vez hay más indicios de que las embarazadas tienen un riesgo más elevado de sufrir la gripe grave. Unos pocos estudios preliminares señalan también que el riesgo de gripe pandémica grave puede ser mayor en algunos grupos de población minoritarios, pero no se han aclarado los posibles factores contribuyentes relacionados con los aspectos culturales, económicos y sociales.⁽²⁷⁾

b) La situación con respecto a la vacuna

Los virus de la gripe pandémica que podrían servir para elaborar la vacuna obtenidos por la red de la OMS continúan aumentando su rendimiento (actualmente, entre 25 y 50% del rendimiento normal de los virus usados para fabricar la vacuna estacional por algunos fabricantes). La OMS podrá revisar la cifra calculada de suministro de vacunas una vez que se reciba la información más actualizada sobre el rendimiento vírico. También se obtendrá información valiosa cuando se conozcan los resultados de los ensayos clínicos de las vacunas ya iniciados y de los que están por comenzar. Estos estudios darán una idea más exacta del número de dosis que se necesitará para inmunizar a las personas, así como de la cantidad del principio activo (antígeno) que deberá contener cada dosis de vacuna.

Se prevé que para septiembre los fabricantes tendrán listas vacunas que podrán utilizarse. Varias empresas están trabajando en la producción de la vacuna antipandémica y tienen distintos cronogramas.⁽²⁷⁾

8.- Plan Nacional de Preparación y Respuesta Frente a una potencial Pandemia de Influenza

la Dirección General de Epidemiología (DGE) del Ministerio de Salud, tiene la responsabilidad del componente de la vigilancia epidemiológica de la influenza humana (Elaborar reportes diarios de la situación internacional y nacional, reforzar la difusión de las definiciones de casos y de los mecanismos de notificación, intensificar la vigilancia de la enfermedad tipo influenza y de casos probables, fortalecer la investigación de conglomerados y brotes por enfermedad tipo influenza y casos de infecciones respiratorias agudas graves). Por ello, desde el 24 de abril de 2009, se muestra los resultados de la vigilancia de esta enfermedad en el Perú.⁽²⁸⁾

- **Herramientas para la vigilancia:**

Definiciones de caso de infección con virus de influenza porcina A (H1N1):

a) **Caso sospechoso**

Se considera *caso sospechoso* a quien cumpla alguna de las siguientes condiciones:

- Persona con fiebre mayor de 38 °C acompañada de al menos uno de los siguientes signos o síntomas:
 - Rinorrea
 - Tos
 - Dolor de garganta

Además :

Estuvo en los 7 días previos al inicio de su enfermedad en una zona con casos

confirmados de infección por virus de influenza A H1N1, o Tuvo contacto cercano con un caso confirmado de infección con virus de influenza A H1N1. ⁽²⁹⁾

b) Caso probable

Se define como caso probable a:

- Un *caso sospechoso* con resultado de prueba de Influenza positiva para influenza A, pero no subtipificado por los reactivos comúnmente utilizados para detectar la infección por el virus de la influenza estacional, ó.
- Persona que murió a causa de una infección respiratoria aguda inexplicada y con nexo epidemiológico con un caso probable o un caso confirmado.

c) Caso confirmado

- Persona con una prueba de laboratorio confirmatoria de infección con virus de influenza A H1N1 en un laboratorio de referencia nacional, por una o más de las siguientes pruebas:
- RT-PCR en tiempo real. (Reacción de la Cadena de Polimerasa en Transcripción Reversa)
- Cultivo viral.

d) Caso descartado

Todo caso sospechoso o caso probable que luego de la investigación epidemiológica y de laboratorio tiene resultados negativos a la presencia de virus Influenza A H1N1 ⁽²⁹⁾.



9.- Situación actual de la nueva influenza A(H1N1) en el Perú, al 23 de Noviembre 2009

Lima y Callao han reportado el 37,52% del total de casos confirmados.

08 departamentos acumulan más del 80% de los casos confirmados. Después de Lima, Arequipa, La Libertad y Lambayeque reportan el mayor número de casos

La edad promedio de los casos confirmados reportados es 21 años con un rango que varía entre 0 a 98 años. El 52% corresponden a personas de sexo femenino.

Las características cualitativas de la Pandemia es variable con respecto a las distintas regiones del Perú.

Departamento	Dispersión geográfica	Tendencia	Intensidad	Impacto en los servicios de salud	Semana Epidemiológica
Amazonas	Regional	Decreciente	Baja	Baja	45
Ancash	Regional	Decreciente	Baja	Baja	45
Apurímac	Regional	Creciente	Baja	Baja	45
Arequipa	Regional	Sin cambio	Moderada	Baja	45
Ayacucho	Regional	Decreciente	Baja	Baja	45
Cajamarca	Regional	Creciente	Baja	Baja	45
Cusco	Regional	Decreciente	Moderada	Baja	45
Huancavelica	Regional	Decreciente	Baja	Baja	45
Huánuco	Regional	Creciente	Baja	Baja	45
Ica	Regional	Decreciente	Baja	Baja	45
Junín	Regional	Decreciente	Baja	Baja	45
La Libertad	Regional	Sin cambio	Baja	Baja	45
Lambayeque	Regional	Sin cambio	Baja	Baja	45
Lima	Generalizada	Creciente	Baja	Baja	45
Loreto	Regional	Creciente	Baja	Baja	45
Madre de Dios	Regional	Sin cambio	Baja	Baja	45
Moquegua	Regional	Creciente	Moderada	Baja	45
Pasco	Regional	Sin cambio	Moderada	Baja	45

Indicadores cualitativos de la influenza AH1N1 según regiones

CAPITULO III

3. HIPÓTESIS, VARIABLES Y DEFINICIONES OPERACIONALES

3.1 HIPÓTESIS

Los estudiantes de la universidad Privada de Tacna poseen un bajo nivel de conocimientos respecto a la Influenza AH1N1.

Los estudiantes de la universidad Privada de Tacna adoptaran actitudes adecuadas con respecto a la Influenza AH1N1.

3.2 OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES

VARIABLE	INDICADOR	CATAEGORIZACION	ESCALA DE MEDICION
Conocimientos	Puntaje	<p>Muy bueno (entre 20 y 18)</p> <p>Bueno (entre 17 y 14)</p> <p>Regular (entre 13 y 11)</p> <p>Muy mal (entre 10 y 00)</p>	Ordinal
Actitudes	Percentiles	<p>< P₂₅ Negativa</p> <p>P₂₅-P₅₀ Indiferente</p> <p>>P₅₀ Positiva</p>	Ordinal



Sexo	Fenotipo	Masculino Femenino	Nominal
Edad	Fecha de Nacimiento	17 a 60 años	Ordinal
Facultad	Matricula 2009-II	FAU FACEM FADE FAEDCOH FAING FACSA	Nominal

CAPITULO IV

4. METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

4.1 DISEÑO

El presente trabajo es de tipo Prospectivo y transversal.

4.2 ÁMBITO DE ESTUDIO

Las instalaciones de la Universidad Privada de Tacna, Institución de carácter privado sin fines de lucro, con una población estudiantil de más de 5000 estudiantes , se encuentra ubicada en Campus Capanique, Av. Jorge Basadre Grohman n s/n Pocollay – Tacna.

La Universidad actualmente consta de 6 facultades :

- FAU Facultad de Arquitectura y Urbanismo
- FACEM Facultad de Ciencias Empresariales
- FADE Facultad de derecho y Ciencias políticas
- FAEDCOH Facultad de Educación, Ciencias de La comunicación y humanidades
- FAING Facultad de Ingeniería
- FACSA Facultad de Ciencias de la Salud

4.3 POBLACIÓN Y MUESTRA.

Todos los estudiantes Matriculados en el año académico 2009-II, la muestra se obtuvo por Facultades de la universidad, cumpliendo la característica de estar matriculados en el periodo 2009-II y se obtuvo según la siguiente fórmula:

$$n = \left(\frac{\sigma Z_{1-\frac{\alpha}{2}}}{d} \right)^2$$

4.3.1 CRITERIOS DE INCLUSIÓN

Todos los estudiantes de la Universidad Privada de Tacna que deseen contribuir participar con la investigación.

4.3.2 CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

Todos los estudiantes de la Universidad Privada de Tacna que no deseen contribuir con la investigación.

4.2 INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS.

Se ha elaborado el siguiente instrumento de evaluación que consta de tres partes:

La primera contiene los datos principales del encuestado, dentro de este encontramos las siguientes variables como son sexo, edad, facultad, escuela, nivel de información.

La segunda evalúa el nivel de conocimientos, a través de 10 preguntas de selección múltiple conteniendo una sola respuesta por pregunta y con el puntaje de 1 punto por respuesta correcta y 0 por respuesta errónea, siendo el puntaje de calificación para el nivel de conocimientos el siguiente:



- A. Si obtuvo entre 20 y 18, ello significa muy bueno
- B.- Si obtuvo entre 17 y 14, ello significa bueno
- C.- Si obtuvo entre 13 y 11, ello significa regular
- D.- Si obtuvo entre 10 y 00, ello significa muy mal

La tercera evalúa 10 actitudes a partir de la escala de Likert, en donde las eran medidas de la siguiente manera:

- Actitud $< P_{25}$ Negativa
- Actitud P_{25} - P_{50} Indiferente
- Actitud $>P_{50}$ Positiva

Para la investigación se empleó una encuesta **Anexo N° 01** especialmente elaborada para el estudio que estuvo validada a juicio de expertos **Anexo N° 02**, la cual se enfocó en recolectar información sobre los conocimientos y las actitudes de los estudiantes de la Universidad Privada de Tacna.

CAPITULO V

5. PROCEDIMIENTOS DE ANÁLISIS DE DATOS

La información obtenida por los instrumentos de recolección, se introdujo a una base de datos para su procesamiento, utilizando el programa Microsoft Office Excel .

En el análisis de los datos procesados, se utilizo el programa estadístico SPSS para Windows, con el cual se realizan pruebas estadísticas correspondientes con valores proporcionales en tablas de contingencia, frecuencias, medidas de tendencia central, media aritmética, riesgo relativo y absoluto, pruebas estadísticas de Chi cuadrado de Pearsson o de Mann Whitney en los casos que corresponda considerando una confiabilidad de 95% y un valor $p < 0.05$.

Los resultados se presentaran en gráficos o tablas estadísticas de doble o más entradas a fin de dar respuesta al problema y los objetivos planteados en la investigación.

CAPITULO VI

6.1 RESULTADOS

TABLA 01

DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACION DE ESTUDIO SEGÚN GRUPO ETÁREO Y GENERO EN LA UNIVERSIDAD PRIVADA DE TACNA, AGOSTO 2009

		Sexo					
		Masculino		Femenino		Total	
		N	%	n	%	n	%
Edad	Menor de 20 años	223	30.6%	260	37.7%	483	34.1%
	20 a 29 años	480	65.9%	418	60.7%	898	63.4%
	30 a 39 años	24	3.3%	9	1.3%	33	2.3%
	40 a 49 años	1	0.1%	2	0.3%	3	0.2%
	Total	728	100.0%	689	100.0%	1,417	100.0%

Fuente: ficha de recoleccion de datos

La tabla 1 nos muestra que el 65.9% de la poblacion de estudio, se encuentra entre los 20 y 29 años, seguido por el 34.1% que corresponde a los estudiantes menores de 20 años.

Con respectoa al genero observamos que en el grupo etáreo entre 20 y 29 años existe predominio de género masculino sobre el femenino con 65.9% y 30.6% respectivamente, y en los menores de 20 años el género femenino es de 37.7% contra un 30.6% del género masculino.

TABLA 02

DISTRIBUCION DE LA POBLACION DE ESTUDIO SEGÚN FACULTAD Y CARRERA PROFESIONAL

Facultad	n	%	Escuela Profesional	n	%
FAU	146	10.3	Arquitectura	146	10.3%
FACEM	305	21.50%	Contabilidad	61	4.3%
			Comercial	194	13.7%
			Turismo	2	0.1%
			Negocios internacionales	49	3.5%
FACSA	228	16.00%	Odontología	71	5.0%
			Medicina	146	10.3%
			Tecnología	11	0.8%
FAEDCOH	188	13%	Comunicación	27	1.9%
			Educación	161	11.4%
FADE	270	19.10%	Derecho	270	19.1%
FAING	279	19.70%	Agroindustrial	5	0.4%
			Civil	136	9.6%
			Electrónica	9	0.6%
			Sistemas	129	9.1%
Total	1,417	100.0%	Total	1,417	100.0%

Fuente ficha de recolección de datos

En la tabla 02 observamos a la población estuvo constituida por 1417 estudiantes. Dicho grupo poblacional se encuentra divididos en 6 Facultades, de las cuales FAU representa el 10.3% con 146 estudiantes, FACEM representa el 21.5% con 305 estudiantes, FACSA representa el 16% con 226 estudiantes, FAEDCOH representa el 13% con 188 estudiantes, FADE representa el 19.1% con 270 estudiantes y FAING representa el 19.7% con 279 estudiantes.

TABLA 03

PERIÓDO DE TIEMPO EN EL QUE LA POBLACIÓN DE ESTUDIO DE LA UNIVERSIDAD PRIVADA DE TACNA TOMA CONOCIMIENTO SOBRE LA EXISTENCIA DE LA PANDEMIA DE AH1N1

		N	%
¿Hace cuánto tiempo de se enteró sobre esta enfermedad?	1 mes	49	3.5%
	3 meses	684	48.3%
	2 meses	249	17.6%
	14 días	9	0.6%
	6 meses	426	30.1%
	Total	1,417	100.0%

Fuente: Ficha de recoleccion de datos

En la Tabla 03 observamos que el 48.3% de la poblacion de estudio se entero sobre la existencia de la Pandemia por AH1N1 3 meses antes a la fecha en la que se realizo nuestro estudio; así mismo observamos un 30.1% que refiere tener conocimiento sobre la existencia de la Pandemia 6 meses antes al mes de Agosto.



TABLA 04

PERIODO DE TIEMPO EN EL QUE LA POBLACIÓN DE ESTUDIO SEGÚN FACULTADES TOMA CONOCIMIENTO SOBRE LA EXISTENCIA DE LA PANDEMIA DE AH1N1

		Facultad													
		FAU		FACEM		FADE		FAEDCOH		FAING		FACSA		Total	
		N	%	N	%	n	%	N	%	n	%	n	%	n	%
¿Hace cuánto tiempo se enteró sobre esta enfermedad?	1 mes	5	10.2%	14	28.6%	11	22.4%	7	14.3%	8	16.3%	4	8.2%	49	100.0%
	3 meses	70	10.2%	149	21.8%	133	19.4%	89	13.0%	120	17.5%	123	18.0%	684	100.0%
	2 meses	25	10.0%	60	24.1%	45	18.1%	26	10.4%	55	22.1%	38	15.3%	249	100.0%
	14 días	0	0.0%	2	22.2%	2	22.2%	0	0.0%	4	44.4%	1	11.1%	9	100.0%
	6 meses	47	11.0%	80	18.8%	79	18.5%	66	15.5%	92	21.6%	62	14.6%	426	100.0%
	Total	147	10.4%	305	21.5%	270	19.1%	188	13.3%	279	19.7%	228	16.1%	1,417	100.0%

La tabla 04 nos indica que del 100% (426) de estudiantes que se informaron desde hace 6 meses, el 11% perteneció a FAU, el 18.8% a FACEM, el 18.5% a FADE, el 15.5% a FAEDCOH, el 21.6% a FAING y el 14.6% a FACSA.

De el 100% de informados 03 mese antes a la fecha de realizado este estudio (684 estudiantes), el 10.2% pertenecio a FAU, el 21,8% a FACEM, el 19.4 a FADE, el 13% a FAEDCOH, el 17.5% a FAING y el 18% a FACSA.

Del 100% de estudaintes que se informaron 02 meses antes (249 estudiantes), el 10% peretnecio a a FAU, el 24.1% a FACEM, el 18.1% a FADE, el 22.1% a FAEDCOH y el 15.3% a FACSA.

TABLA 05

FUENTE DE INFORMACION SOBRE LA PANDEMIA DE AH1N1 EN LA POBLACION DE ESTUDIO EN LA UNIVERSIDAD PRIVADA DE TACNA EN AGOSTO 2009

		n	%
Televisión	No	286	20.2%
	Sí	1,131	79.8%
	Total	1,417	100.0%
Radio	No	1,091	77.0%
	Sí	326	23.0%
	Total	1,417	100.0%
Internet	No	996	70.3%
	Sí	421	29.7%
	Total	1,417	100.0%
Diarios	No	1,116	78.8%
	Sí	301	21.2%
	Total	1,417	100.0%
Personal de salud	No	1,209	85.3%
	Sí	208	14.7%
	Total	1,417	100.0%
Otros	No	1,287	90.8%
	Sí	130	9.2%
	Total	1,417	100.0%
No Informados	Total	103	7.30%

La Tabla 05 muestra que el 92.7% de la población estudiada recibió algún tipo de información sobre la Influenza AH1N1 y el 7.3% de la población no recibió información alguna; así mismo el medio de información mas importante fue la television con un 79.8%, seguidos por internet y radio con 29.7% y 23% respectivamente.

TABLA 06

**NIVEL DE CONOCIMIENTOS RESPECTO A INFLUENZA AH1N1 EN
LOS ESTUDIANTES DE LA UNIVERSIDAD PRIVADA DE TACNA EN
EL MES DE AGOSTO 2009**

		N	%
CONOCIMIENTOS	MUY MAL	549	38.7%
	REGULAR	305	21.5%
	BUENO	453	32.0%
	MUY BUENO	110	7.8%
	Total	1,417	100.0%

Fuente: Ficha de recolección de datos

En la tabla 06 observamos el nivel de conocimientos de la población estudiada (1417 estudiantes), de los cuales el 7.8% de los estudiantes obtuvieron un nivel muy bueno, el 32% mostró nivel bueno, el 21.5% nivel regular y el 38.7% obtuvo nivel muy malo de conocimientos frente a la Pandemia por AH1N1.



TABLA 07

NIVEL DE CONOCIMIENTOS RESPECTO A AINFLUENZA AH1N1 EN LOS ESTUDIANTES DE LA UNIVERSIDAD PRIVADA DE TACNA SEGÚN FACULTADES EN AGOSTO 2009

		Facultad													
		FAU		FACEM		FADE		FAEDCOH		FAING		FACSA		Total	
		N	%	N	%	N	%	n	%	N	%	n	%	N	%
CONOCIMIENTOS	MUY MAL	76	51.7%	114	37.3%	106	39.3%	78	41.5%	149	53.4%	26	11.4%	549	38.7%
	REGULAR	30	20.4%	73	24%	64	23.7%	53	28.2%	51	18.3%	34	14.9%	305	21.5%
	BUENO	36	24.5%	105	34.4%	84	31.1%	45	23.9%	67	24%	116	50.9%	453	32.0%
	MUY BUENO	5	3.4%	13	4.3%	16	5.9%	12	6.4%	12	4.3%	52	22.8%	110	7.8%
	Total	147	100%	305	100%	270	100%	188	100%	279	100%	228	100%	1,417	100.0%

Fuente: Ficha de recoleccion de datos

La Tabla 07 nos muestra que el 53.4% de FAING, el 51.4% de FAU, el 41.5% de FAEDCOH, el 39% de FADE y el 37.3% de FACEM. Obtuvieron un muy mal nivel de conocimientos respectivamente.

Del total de estudiantes de FACSA el 11.4% obtuvo un muy mal nivel de conocimientos.

Observamos también que el 50.9% de FACSA, el 34.4% de FACEM, el 31.1% de FADE, el 24.5% de FAU y el 24% de los estudiantes de FAING obtuvieron un nivel bueno de conocimientos.



TABLA 08

NIVEL DE CONOCIMIENTOS RESPECTO A INFLUENZA AH1N1 SEGÚN GENERO DE LA POBLACIÓN ESTUDIADA DE LA UNIVERSIDAD PRIVADA DE TACNA AGOSTO 2009

		CONOCIMIENTOS									
		MUY MAL		REGULAR		BUENO		MUY BUENO		Total	
		N	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Sexo	Masculino	308	42.3%	149	20.5%	222	30.5%	49	6.7%	728	100.0%
	Femenino	241	35.0%	156	22.6%	231	33.5%	61	8.9%	689	100.0%
	Total	549	38.7%	305	21.5%	453	32.0%	110	7.8%	1,417	100.0%

Fuente: Ficha de recoleccion de datos

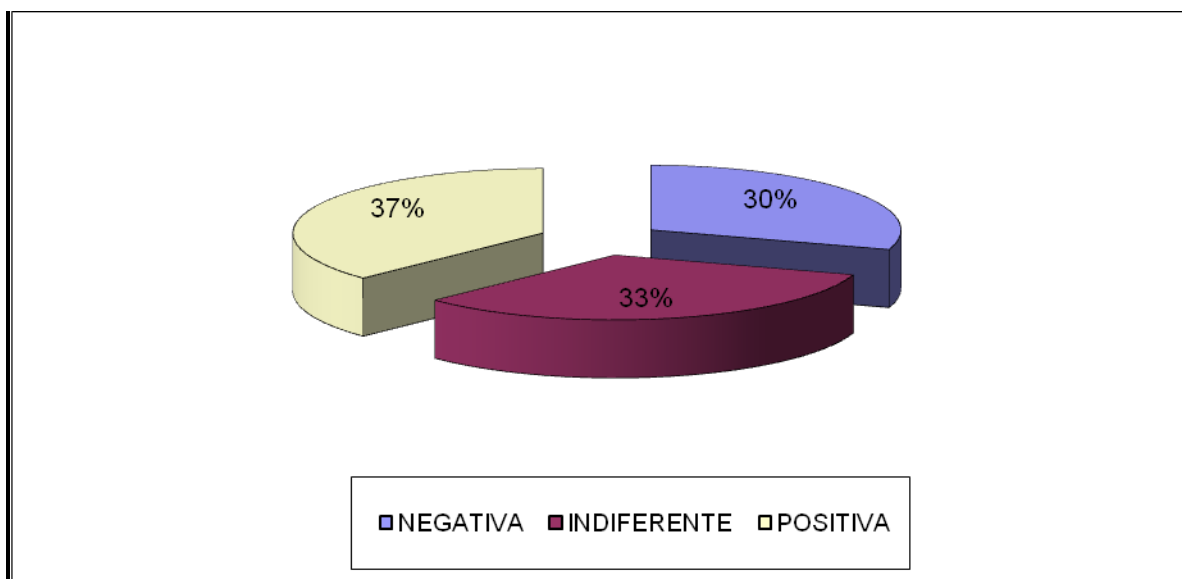
$P= 0.03(p<0.05)$

La Tabla 08 nos indica que el género femenino estuvo representado por 689 estudiantes de las cuales el 8.9% obtuvo un nivel de conocimientos muy bueno, el 33.5% un nivel de conocimientos bueno, el 22.6% un nivel regular y el 35% un nivel de conocimientos muy malo con respecto a Influenza AH1N1.

En el género masculino representado por 728 estudiantes , el 6.7% mostró un nivel de conocimientos muy bueno, el 30.5% un nivel bueno, el 20.5% un nivel regular y el 42.3% un nivel de conocimientos muy malo con respecto a dicha Pandemia.

FIGURA 01

NIVEL DE ACTITUDES DE LOS ESTUDIANTES DE LA UNIVESRIDAD PRIVADA DE TACNA RESPECTO A INFLUENZA AH1N1 EN AGOSTO 2009



En la Figura 01 observamos que el 37% de los estudiantes de la Universidad Privada de Tacna presentaron una actitud positiva respecto a la Influenza AH1N1, un 33% de la población mostró una actitud indiferente y en un 30% de estudiantes se observó una actitud negativa con respecto a la Pandemia.



TABLA 10

NIVEL DE ACTITUDES RESPECTO A INFLUENZA AH1N1 EN LOS ESTUDIANTES DE LA UNIVERSIDAD PRIVADA DE TACNA SEGÚN FACULTADES EN AGOSTO 2009

		Facultad													
		FAU		FACEM		FADE		FAEDCOH		FAING		FACSA		Total	
		n	%	N	%	N	%	N	%	n	%	n	%	n	%
ACTITUD	NEGATIVA	50	34.0%	83	27.2%	84	31.1%	86	45.7%	96	34.4%	25	11.0%	424	30.0%
	INDIFERENTE	47	32.0%	123	40.3%	78	28.9%	53	28.2%	98	35.1%	66	29.0%	465	33.0%
	POSITIVA	50	34.0%	99	32.5%	108	40.0%	49	26.1%	85	30.5%	137	60.0%	528	37.0%
	Total	147	100%	305	100%	270	100%	188	100%	279	100%	228	100%	1,417	100.0%

Fuente: Ficha de recolección de datos

En la tabla 10 observamos que obtuvieron una actitud negativa, el 45,7% de FAEDCOH, el 34,4% de FAING, el 34% de FAU, el 31,1% de FADE, el 27,2% de FACEM y el 11% de FACSA.

Los estudiantes que obtuvieron una actitud indiferente por facultades fue de 40,3% en FACEM 35,1% en FAING, el 32% en FAU, el 29% en FACSA, 28,9% en FADE y el 28,2% en FAEDCOH.

Obteniendo una actitud positiva el 60% de estudiantes de FACSA, el 40% de FADE, el 34% de FAU, el 32,5% de FACEM, 30,5% de FAING y el 26,1% de FAEDCOH.

TABLA 11

NIVEL DE ACTITUDES RESPECTO A AINFLUENZA AH1N1 SEGÚN GÉNERO DE LA POBLACION ESTUDIADA DE LA UNIVERSIDAD PRIVADA DE TACNA AGOSTO 2009

		ACTITUD							
		NEGATIVA		INDIFERENTE		POSITIVA		Total	
		N	%	n	%	n	%	n	%
Sexo	Masculino	246	33.8%	221	30.4%	261	35.9%	728	100.0%
	Femenino	178	25.8%	244	35.4%	267	38.8%	689	100.0%
	Total	424	29.9%	465	32.8%	528	37.3%	1,417	100.0%

Fuente: Ficha de recolección de datos

$P=0.004$

La Tabla 11 nos indica que en la actitud negativa, el género femenino obtuvo el 25.8% y el género masculino obtuvo el 33.8%; con respecto a la actitud indiferente se observa un 35.4% para el género femenino y un 30.4% para el masculino; así mismo en relación a las actitudes positivas el género femenino obtuvo un 38.8% frente a un 35.9% del género masculino.

TABLA 12

RELACION ENTRE EL NIVEL DE CONOCIMIENTOS Y ACTITUDES RESPECTO A LA INFLUENZA AH1N1 EN LOS ESTUDIANTES DE LA UNIVERSIDAD PRIVADA DE TACNA EN EL MES DE AGOSTO 2009

		ACTITUD							
		NEGATIVA		INDIFERENTE		POSITIVA		Total	
		n	%	n	%	n	%	N	%
CONOCIMIENTOS	MUY MAL	232	42.3%	182	33.2%	135	24.6%	549	100.0%
	REGULAR	89	29.2%	98	32.1%	118	38.7%	305	100.0%
	BUENO	89	19.6%	151	33.3%	213	47.0%	453	100.0%
	MUY BUENO	14	12.7%	34	30.9%	62	56.4%	110	100.0%
	Total	424	29.9%	465	32.8%	528	37.3%	1,417	100.0%

P=0.00

En la Tabla 12 observamos que de los estudiantes que obtuvieron un nivel de conocimientos muy bueno respecto a influenza AH1N1, representado por 110 estudiantes (100%), el 56.4% presentó una actitud positiva, el 30.9% presentó una actitud indiferente y un 12.7% actitud negativa.

De los estudiantes que obtuvieron un nivel de conocimientos bueno respecto a la gripe AH1N1, que representaron 453 estudiantes (100%), el 47% tuvo una actitud positiva, el 33.3% mostró una actitud indiferente y el 19.6% una actitud negativa.



Del grupo que obtuvo un nivel de conocimientos regular sobre Influenza AH1N1, que representó 305 estudiantes (100%), el 38.7% mostró una actitud positiva, el 32.1% presentó una actitud indiferente y el 29.2% una actitud negativa.

En el grupo de estudiantes que obtuvieron un nivel de conocimientos muy malo que representó 564 estudiantes (100%), el 24.6% tuvo una actitud positiva, el 33.2% indiferente y el 42.3% mostró una actitud negativa.

6.2 DISCUSIÓN

De la población universitaria sometida a estudio podemos afirmar que más del 95% son menores de 30 años, observando que es un grupo poblacional netamente joven; así mismo el Minsa reportó que la edad promedio de los casos confirmados por AH1N1 es de 21 años.

El 48.3% de la población estudiada refiere haber tenido conocimiento sobre la existencia de la Influenza AHN1 03 meses antes a la fecha de realización del estudio; pero también observamos un 30.1% de estudiantes que mencionan haber tenido conocimiento sobre la existencia de la gripe AH1N1 06 meses antes a la fecha de realización de este estudio, lo cual llama la atención debido a que los dos primeros casos reportados en el mundo fueron en el mes de Abril, no habiendo concordancia con este grupo considerable de estudiantes.

El 92.7% de estudiantes manifestaron haber tenido algún tipo de Información sobre esta nueva Pandemia, siendo las fuentes de información más importantes. La televisión con 79.8% seguido por internet y radio con 29.7% y 23% respectivamente, diarios, personal de salud y otros (Universidad y casa) obtuvieron porcentajes menores. Esto confirma que la información recibida por parte de la Universidad fue mínima hasta la fecha en la cual se realizó el estudio.

En el mes de Agosto, el nivel de conocimientos de los estudiantes de la Universidad Privada de Tacna respecto a la Influenza AH1N1 mostró que el 38.7% obtuvieron un nivel muy malo, el 21.5% tuvo un nivel regular, el 32% obtuvo un nivel bueno y el 7.8% consiguió un nivel muy bueno; por lo tanto debemos mencionar que más de 1/3 de la población no tenía un nivel de conocimientos adecuado respecto a la Pandemia desatada a pesar de la alarma suscitada en el mundo.

En relación al nivel de conocimientos según facultades, cabe mencionar que la Facultad de Ciencias de la Salud tenía un mejor conocimiento sobre esta enfermedad, alcanzando casi los 3/4 de su población un nivel entre bueno y muy bueno; por otro lado más de la mitad de los estudiantes de FAING obtuvieron un nivel muy malo, en los estudiantes de FACEM, FAU, FADE y FAEDCOH también predominó un nivel de conocimientos muy malo. Si bien la difusión sobre prevención debería ir orientada hacia todo el grupo poblacional estudiantil, deberíamos insistir principalmente en las facultades no relacionadas con la salud.

Respecto al nivel de conocimientos por género observamos que el género femenino conocía más sobre Influenza AH1N1, superando así al género masculino en todos los niveles de calificación.

En referencia al nivel de actitudes de los estudiantes de la Universidad Privada de Tacna respecto a Influenza AH1N1, encontramos que el 37% de estudiantes mostraron actitud positiva, el 33% mostró una actitud indiferente y el 30% una actitud negativa. Estos datos son interesantes ya que nos muestran que de 100 estudiantes solo 37 mostraban actitudes positivas para enfrentar una enfermedad muy transmisible.

En cuanto al nivel de actitudes por facultades los estudiantes de Ciencias de la Salud, mostraron una actitud positiva en más de la mitad de sus estudiantes. En los grupos de FAU Y FADE solo mostraron actitud positiva 1/3 del total de sus respectivos estudiantes, sin embargo en FACEM, FAEDCOH y FAING menos del 1/3 de sus respectivos estudiantes mostraba una actitud positiva. Con lo cual observamos que en la mayoría de facultades no existían buenas actitudes con respecto a la Pandemia por la Influenza AH1N1.

Acerca de la actitudes según género, el género femenino demostró tener mejores actitudes en todos los niveles de calificación, superando así al género masculino por un escaso margen, esto podría tener algún grado de relación con las actitudes

que muestra el género femenino generalmente, como son mejores medidas de higiene como el lavado frecuente de manos ó el hecho de cubrirse al toser o estornudar.

Respecto a la relación entre el nivel de conocimientos y actitudes con respecto a la Influenza AH1N1 en los estudiante de la Universidad Privada de Tacna, podemos afirmar que existe una relacion directa entre los conocimientos y las actitudes observando asi que los estudiantes que obtuvieron un nivel de conociminetos muy bueno prsentaron predominantemente una actitud positiva y los estudiantes que obtuvieron un nivel de conocimientos muy malo mostraron una actitud negativa predominantemente.

Con respecto al período de tiempo sobre la existencia de la enfermedad, sólo el 48.3% de los estudiantes de la Universidad Privada manifestaron haber tenido conocimiento sobre la existencia de la Influenza AH1N1, desde 03 meses antes a la fecha en el que fue realizado nuestro estudio (Agosto 2009), en comparción con el estudio realizado realizado en Costa Rica en el mes de Mayo del 2009 en donde muestra que el 99% de su poblacion encuestada ya conocia sobre la existencia de la Enfermeda por Influenza AH1N1.

En referencia a los conocimientos, existen algunos datos comparables con el estudio realizado en Puerto Rico en el mes de Mayo-Junio del 2009. Encontrando asi que el 20.9% de la poblacion de Puerto Rico expresó que podria enfermar de Inluenza AHN1 si consumia carne de cerdo y el 39.1% manifesto que podria enfermar si estaba en contacto con cerdos. En comparación con nuestro estudio en donde solo el 4.7% pensaba que el cerdo era una fuente de contagio.

El 77% de la poblacion de Puerto Rico refirió que la forma de contagio se daba por contacto directo con infectados, en compración con nuestra poblacion en donde el 96% refirió, que el contagio se daba por el mismo tipo de contacto.



En relacion a la vacuna el 62% la poblacion de Puerto Rico manifestó que si existia una vacuna, por lo tanto el 38% manifestó la no existencia de vacuna contra la Influenza AH1N1, en comparacion con nuestra población en donde el 47% manifestó que la vacunación no era una medida de prevención.

Con respecto a la facultad de Ciencias de la salud quienes a pesar de mostrar el mejor nivel de conocimientos y actitudes con respecto a las demas facultades, no se obtuvieron los resultados esperados debido a que son ellos quienes debieran informar ante tal pandemia.



6.3 CONCLUSIONES

Se determinó que el nivel de conocimientos respecto a a Influenza AH1N1 en los estudiantes de la Universidad Privada de Tacna en Agosto 2009, fue muy malo en un 38.7% representando así a la mayoría de la población y solo el 7.8% mostró un nivel de conocimientos muy bueno.

Se determinó que el nivel de actitudes respecto a Influenza AH1N1 en los estudiantes de la Universidad Privada de Tacna en Agosto 2009, fue positiva en solo un 37% de la población estudiada.

La relación entre el nivel de conocimientos y actitudes respecto a Influenza AH1N1 en los estudiantes de la Universidad Privada de Tacna en Agosto 2009, fue directamente proporcional demostrándose así que a un menor nivel de conocimientos, menor nivel de actitudes y a un mayor nivel de conocimientos, mayor nivel de actitudes.

6.4 RECOMENDACIONES

1. Planificar estrategias sanitarias para enfrentar una nueva posible pandemia por Influenza ó ante cualquier tipo de enfermedad infectocontagiosa.
2. Implementar estrategias educativas para mejorar el nivel de conocimientos respecto a una enfermedad infectocontagiosa para lograr actitudes positivas que permitan un mejor control de la misma, lo anterior en consideracion al modelo evaluado frente a la Influenza AH1N1 en la presente investigación.
3. Intensificar las actividades preventivas, como charlas y demás campañas educativas, en las Facultades no relacionadas con la salud; cuando enfrentemos una enfermedad como la Influenza AHN1 , ya que estos grupos poseen la menor valoracion del conocimiento y de la actitud, para enfrentar dicho problema, como lo muestra el presente estudio.
4. Continuar con la realización de estudios relacionados con el nivel de conocimientos y actitudes respecto a Influenza AH1N1, una vez que la enfermedad ha sido controlada, con la finalidad de valorar el impacto de tal problema en dichas variables.

BIBLIOGRAFIA

1. Conocimientos y hábitos para enfrentar la influenza AH1N1 en Costa Rica. Ver en:

http://www.ucr.ac.cr/documentos/UCR_ESCUELA_ESTADISTICA_AH1N1.pdf

2. Ministerio de Salud (Minsa) Ver en:

<http://www.minsa.gob.pe/portada/Especiales/2009/AH1N1/archivo/Com001-073-09AH1N1.pdf>

3. Diccionario de la Real Academia Española 22^{da} Edicion 2001

4. Rodríguez, A. (1991). Psicología Social. México: Trillas. ISBN ver en:

http://www.degerencia.com/articulo/aptitud_actitud/imp

5. OMS/WHO Brotos de gripe en México y en los Estados Unidos» (abril de 2009).

6. Encuesta sobre Influenza AH1N1 en Puerto Rico ver en:

<http://www.salud.gov.pr/Publicaciones/Presentaciones/Documents/Encuesta%20EstudioAH1N1Conferencia-17-junio-09.pdf>

7. Popper, Karl. La lógica de las ciencias sociales, Grijalbo, México, 1978, Tesis N°6, pp. 11-12

8. Jorge Julio Chávez Pacheco, Escala de Calificaciones (Evaluación curricular).

9. Sampieri- Hernández, Roberto y col. (2006) metodología de la Investigación, pág. 263.

10. Briones, G. (1982). Métodos y técnicas de investigación para las ciencias sociales. Mexico: Trillas.
11. Apéndice 2. Sugerencias para el diseño de instrumentos para la evaluación.
Ver en:
www.idrc.ca/es/ev-28258-201-1-DO_TOPIC.html - 50k -
12. Técnica de investigación cuantitativa, escala de actitudes Likert. San Marcos ver en: [http://s3.amazonaws.com/lcp/quirosleiva/myfiles/Escala-Likert-por-Quesada-y-Villalobos-\(S%C3%A1bados\).doc](http://s3.amazonaws.com/lcp/quirosleiva/myfiles/Escala-Likert-por-Quesada-y-Villalobos-(S%C3%A1bados).doc)
13. Fitch WM, Bush RM, Bender CA, Cox NJ. Long term trends in the evolution of H(3) HA1 human influenza type A. Proc Natl Acad Sci U S A, 1997. Jul 22;94(15):7712-8 ver en: http://www.paho.org/spanish/ad/ths/ev/labs_ipk_5.pdf.
14. Cox NJ, Bender CA. The molecular epidemiology of influenza. Sem Virol. 1995; 6: 359-370.
15. Wright KE, Wilson GA, Novosad D, Dimock C, Tand D. Typing and subtyping of influenza virus in clinical samples by PCR. J Clin Microbiol. 1995; 10:95-98.
16. Class EJ, Sprenger MJ, Kleter GE, van Beek R. Type specific identification of influenza viruses A, B and C by the polymerase chain reaction. J Virol Methods. 1992;39:1-13.
17. Ellis JS, Slader CJ, Laidler P. Analysis of influenza AH3N2 strains isolated in England during 1995-1996 using polymerase chain reaction restriction J. Med Virol. 1997; 51:234-41. Ver en:
http://www.paho.org/spanish/ad/ths/ev/labs_ipk_5.pdf.

18. Zhang W, Evans D. Detection and identification of human influenza viruses by the polymerase Chain reaction. J Virol Methods. 1991; 33: 165-89.

19. WHO/ PAHO/ CDC. Influenza Surveillance and Epidemiology. Course. May14-18, 2001. Atlanta, GA EEUU.

20. Preparacion y respuesta ante una pandemia de Influenza. Avian influenza: assessing the pandemic threat. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2005 (WHO/CDS/2005.29) ver en:

http://ecdc.europa.eu/en/healthtopics/Pages/Pandemic_Influenza.aspx

21. The Global costs of an Influenza Pandemic. Ver en:

http://www.acerh.edu.au/publications/McKibbin_MilkenInstRev_2007.pdf

22. Organización Mundial de la Salud. WHO Interim Protocol: Rapid operations to contain the initial emergence of pandemic influenza.

23. Organización mundial de la Salud ver en:

http://www.who.int/mediacentre/news/statements/2009/h1n1_20090430/es/

24. Organización mundial de la salud. Ver en:

http://www.who.int/csr/disease/swineflu/frequently_asked_questions/what/es/index.html

25. Organización mundial de la salud. Ver en:

http://www.who.int/csr/disease/swineflu/frequently_asked_questions/risk/es/index.html.

26. Organizacion Mundial de la salud. Ver en:

[http://www.who.int/csr/disease/swineflu/frequently asked questions/swineflu fa q_antivirals/es/index.html](http://www.who.int/csr/disease/swineflu/frequently_asked_questions/swineflu_fa_q_antivirals/es/index.html)

27. Organizacion mundial de la salud. Nota informativa sobre la pandemia AH1N1. Ver en:

<http://www.ipk.sld.cu/influenzaah1n1/OMS-Notas%20informativas.pdf>

28. Ministerio de Salud (Minsa). Ver en:

<http://www.ipk.sld.cu/influenzaah1n1/OMS-Notas%20informativas.pdf>

29. Ministerio de Salud (Minsa). Ver en:

<http://www.dge.gob.pe/influenza/AH1N1/index.php?u=2dcq54649q>

30. Ministerio de Salud (Minsa). Ver en:

http://www.dge.gob.pe/influenza/AH1N1/sala/Sala_pandemia_23-11-2009.pdf

ANEXO N°1: INSTRUMENTO DE EVALUACION

CONOCIMIENTOS Y ACTITUDES SOBRE INFLUENZA AH1N1

Sexo: M () F ()

Edad:

Escuela:

Facultad:

Desde hace cuanto tiempo se entero sobre esta enfermedad?

() 1 mes () 3 meses () 2 meses () 15 días () 6 meses

Ud. Ha sido informado sobre esta nueva pandemia? Si() no()

A través de qué medio recibió dicha información?

() Televisión () Radio () internet () diarios () personal de la salud
() otros

1. Cuál es el agente causal de esta enfermedad?

a) Un virus b) una bacteria c) un hongo d) Los cerdos e) las aves

2. Cuál es la forma de contagio de esta enfermedad?

a) Ingiriendo carne de cerdo b) Contacto directo con infectados c) a través de las mascotas d) Consumiendo aguas no tratadas e) No se

3. Cuál de los siguientes no es un síntoma de la influenza AH1N1?

- a) Tos b) dolor de garganta c) fiebre alta d) convulsiones e) Diarrea

4. En que periodo de tiempo la influenza AH1N1 no es transmisible ?

- a) 15 días antes de la sintomatología b) 24 horas antes de la sintomatología
c) Durante la sintomatología d) 7 días después de la sintomatología
e) No se

5. Qué tipo de personas son más propensas a infectarse y a sufrir complicaciones?

- a) Adultos b) mujeres fértiles c) Adolescentes d) personas asmáticas
e) Mujeres postmenopausicas

6. El tratamiento de esta enfermedad se basa en :

- a) Aspirina b) penicilina c) Reposo d) Tamiflu e) Dayflu

7. Una de las siguientes no es una medida de prevención para enfermar de influenza AH1N1?

- a) Lavado de manos b) Ventilar lugares cerrados c) Evitar acercarse a personas con gripe
d) vacunación e) Evitar asistir a lugares de gran concentración de personas

8. La influenza AH1N1 es:

- a) Un brote b) Una epidemia c) Endemia d) Pandemia
e) No se

9. La principal complicación de la influenza AH1N1 que lleva a la muertes es:

- a) Neumonía b) Infarto cardiaco c) Parálisis d) Cirrosis
e) Sinusitis

10. El causante de la influenza AH1N1 puede vivir más tiempo en:

- a) Climas secos b) Climas calientes c) Lugares soleados d) Climas húmedos e) No se

Nº		indispensable	Muy importante	Medianamente importante	Poco importante	No es importante
11	Considera Ud. que es importante dejar de consumir carne de Cerdo					
12	Considera importante el lavado frecuente de manos					
13	Considera importante asistir al médico en caso Ud. Presente síntomas.					
14	Considera necesario el uso de mascarilla como medida de protección.					
15	Considera importante el cubrirse la boca o la nariz al toser o estornudar, con pañuelos, papel y					

	si no se tienen, cubrirse con el pliegue del codo					
16	Considera importante aislar, relativamente, al familiar con gripe					
17	Considera importante evitar lugares de concentración masiva					

N°		Muy de acuerdo	De acuerdo	Ni en acuerdo ni en desacuerdo	En desacuerdo	Muy en desacuerdo
18	Considera que el consumo de Aspirina es indispensable ante la influenza AH1N1					
19	El uso de alcohol reemplaza el lavado de manos					
20	Considera que el consumo de vitamina C ayuda a prevenir la enfermedad					
21	Considera riesgoso viajar a zonas afectadas con el virus de la influenza AH1N1					



ANEXO N° 02: VALIDACIÓN A JUICIOS DE EXPERTOS

El Anexo N° 01 del proyecto de investigación titulado **“Nivel de conocimientos y actitudes sobre Influenza AH1N1 en los estudiantes de la Univesidad Privada de Tacna en Agosto 2009”**, fue validado a Juicio de Expertos, el cual fué conformado por :

- Dr. Arias Santana, Victor.
- Médico Rivarola Hidalgo, Marco.
- Medico Epidemiólogo Tejada Vasquez, Edgar.

Quienes respaldan y pueden dar fé de dicha validación.

ANEXO N° 03: RESULTADOS DEL CUESTIONARIO DE CONOCIMIENTOS

		n	%
¿cuál es el agente causal de esta enfermedad?	no sabe	10	0.7%
	un virus	1,163	82.1%
	una bacteria	174	12.3%
	un hongo	3	0.2%
	los cerdos	67	4.7%
	las aves	0	0.0%
	Total	1,417	100.0%
Cuál es la forma de contagio de esta enfermedad?	No es muy importante	9	0.6%
	contacto directo con onfectados	1,363	96.2%
	a través de las mascotas	5	0.4%
	consumiendo aguas no tratadas	13	0.9%
	No sé	27	1.9%
	Total	1,417	100.0%
¿Cuál de los siguientes no es un síntoma de la influenza A1H1N1?	no sé	12	0.8%
	tos	50	3.5%
	dolor de garganta	87	6.1%
	fiebre alta	118	8.3%
	convulsiones	798	56.3%
	diarrea	352	24.8%
	Total	1,417	100.0%
¿En qué periodo de tiempo la influenza A1H1N1 no es transmisible?	No opina	40	2.8%
	15 días antes de la sintomatología	189	13.3%
	24 horas antes de la sintomatología	150	10.6%
	durante la sintomatología	59	4.2%
	7 días despues de la sintomatologia	243	17.1%
	No sé	736	51.9%
	Total	1,417	100.0%
¿Qué tipo de personas son más propensas a infectarse y a sufrir complicaciones?	No opina	21	1.5%
	adultos	180	12.7%
	mujeres fértiles	161	11.4%
	adolescentes	190	13.4%
	personas asmáticas	809	57.1%
	mujeres postmenopáuscias	56	4.0%
	Total	1,417	100.0%

El tratamiento de esta enfermedad se basa en:	No opina	62	4.4%
	aspirina	80	5.6%
	penicilina	120	8.5%
	reposo	398	28.1%
	tamiflu	650	45.9%
	dayflú	107	7.6%
	Total	1,417	100.0%
Una de las siguientes no es una medida de prevención para enfermar de influenza A1H1N1	No opina	31	2.2%
	lavado de manos	124	8.8%
	ventilar lugares cerrados	183	12.9%
	evitar acercarse a personas con gripe	254	17.9%
	vacunación	671	47.4%
	evitar asistir a lugares de gran concentración de gente	154	10.9%
	Total	1,417	100.0%
La influenza A1H1N1 es:	No opina	10	0.7%
	un brote	22	1.6%
	una epidemia	217	15.3%
	endemia	17	1.2%
	pandemia	1,091	77.0%
	no sé	60	4.2%
	Total	1,417	100.0%
LA principal complicación de la influenza A1H1N1 que lleva a la muerte es:	No opina	35	2.5%
	neumonía	1,073	75.7%
	infarto cardíaco	216	15.2%
	parálisis	31	2.2%
	Cirroisis	18	1.3%
	sinusitis	44	3.1%
	Total	1,417	100.0%
El causante de la influenza A1H1N1 puede vivir más tiempo en:	No opina	34	2.4%
	climas secos	128	9.0%
	climas calientes	88	6.2%
	lugares soleados	50	3.5%
	climas húmedos	592	41.8%
	No sé	525	37.1%
	Total	1,417	100.0%