

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



**“RELACIÓN ENTRE EL NIVEL DE
CONOCIMIENTOS Y ACTITUDES
HACIA LA ATENCIÓN DE LOS PACIENTES CON
TUBERCULOSIS EN LOS ESTUDIANTES DE
MEDICINA HUMANA (V, VII y X CICLOS) DE LA
UNIVERSIDAD PRIVADA DE TACNA 2010”**

Tesis para Optar el Título Profesional de Médico Cirujano

Bachiller : Evelyn Buchelli Garcia

TACNA- PERU

*A Dios que con su infinita
Bondad me permite alcanzar
mis metas estando
siempre presente en los momentos
más difíciles.*

*A mi madre quien me brindó
su apoyo para culminar mis
estudios y con su ejemplo me
enseñó que con esfuerzo y
perseverancia todo en la vida
es posible*

*A los Estudiantes de Medicina Humana
de la UPT por su participación en
este estudio.*

*Un agradecimiento a la Dra.
M. Villanueva. Nuñez, al
Dr. M. Valencia Flores y al
Dr. J. Medina Linares. y en
especial al Dr. W. Vargas
Onofre asesor de la tesis, por
su colaboración.*

RESUMEN

Objetivo: Se realizó esta investigación para determinar el nivel de conocimientos y el tipo de actitud, en general y por ciclo de estudio (V, VII; X) y la relación entre estas dos variables hacia la atención de los pacientes con tuberculosis pulmonar en los estudiantes de Medicina Humana de la Universidad Privada De Tacna **Diseño:** Cuantitativa del tipo descriptivo de corte transversal **Material y Método:** De los 174 estudiantes de Medicina Humana matriculados en los ciclos V, VII y X, se obtuvo una muestra de 115 estudiantes, la técnica utilizada fue la encuesta y los instrumentos utilizados fueron cuestionario de conocimientos y la escala de Lickert Modificada. **Resultados:** El nivel de conocimiento que predomina en los estudiantes de Medicina Humana hacia la atención de los pacientes con tuberculosis pulmonar en su mayoría es regular (66.96 %), al igual que en los ciclos de estudio, tanto V, (71,05 %) VII (65,00%) y X (64.86 %). La actitud que predomina en los estudiantes de Medicina Humana hacia la atención de los pacientes con tuberculosis pulmonar en general es indiferente (47,83 %). Con respecto al ciclo de estudio, se encontró que el X ciclo obtuvo una actitud favorable (40,54 %), el VII ciclo, presentó una actitud indiferente (57,50 %) y el V ciclo mostró una actitud desfavorable (57, 89 %). Al aplicar la prueba de chi cuadrado se encontró diferencias estadísticas significativas en relación a la actitud y ciclo de estudio, presentando un valor p de 0.001. Del total de estudiantes encuestados, se encontró una actitud indiferente tanto en la prevención de la tuberculosis pulmonar, (42,61%) como en la dimensión control-seguridad (45.22 %) mientras que en la dimensión promoción de la salud, se halló una actitud desfavorable (39,13 %.) **Conclusiones:** No existe relación significativa entre el nivel de conocimientos y las actitudes en general hacia la atención de los pacientes con tuberculosis pulmonar en los estudiantes de Medicina Humana de la UPT, como se demuestra en el análisis estadístico a través de la prueba de Chi cuadrado; así mismo concluimos que no existe relación o asociación según edad, sexo y ciclo de estudio. Solo se encontró relación estadísticamente significativa entre el nivel de conocimientos y la dimensión promoción de la salud para evitar la tuberculosis en los estudiantes de Medicina Humana encuestados.

Palabras Claves: Conocimientos, Actitudes, Estudiantes de Medicina Humana

ABSTRACT

Objective: We conducted this study to determine the level of knowledge and the kind of attitude in general and study cycle (V, VII, X) and the relationship between these two variables into the care of patients with pulmonary tuberculosis in Human Medicine students of the Universidad Privada de Tacna **Design:** Quantitative cross-sectional descriptive **Methods:** Of the 174 Medicine students enrolled in cycles Humana V, VII and X, resulting in a sample of 115 students, technology used was the survey and the instruments used were: questionnaires of knowledge and the Lickert scale property. **Results:** The level of knowledge that prevails in Human Medicine students to the care of patients with pulmonary tuberculosis is the most regular (66.96%), as well as review cycles, both V, (71.05%) VII (65.00%) and X (64.86%). The prevailing attitude among students of Human Medicine to the care of patients with pulmonary tuberculosis in general is indifferent (47.83%). With respect to the cycle of study, we found that X cycle obtained a favorable attitude (40.54%), the VII cycle, showed an indifferent attitude (57.50%) and V cycle showed a negative attitude (57, 89 %). In applying the chi square was found statistically significant differences in relation to the attitude and course of study, showing a p value of 0.001. Of all students surveyed, we found an indifferent attitude both in the prevention of pulmonary tuberculosis (42.61%) and control-security dimension (45.22%) while the health promotion dimension, we found a negative attitude (39.13%) **Conclusions:** No significant relationship between the level of knowledge and general attitudes to the UPT, as shown in the statistical analysis through chi square test, likewise concluded that there is no relationship or association by age, sex and cycle of study. Only significant association between the level of knowledge an health promotion dimension to prevent tuberculosis in Human Medicine students surveyed.

Keywords: Knowledge, Attitudes, Human Medicine students

INDICE

INTRODUCCIÓN	Pág. 07
CAPITULO I EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN	
1.1 Fundamentación del Problema	Pág. 10
1.2 Formulación del Problema	Pág. 15
1.3 Objetivos de la Investigación	Pág. 16
1.3.1. Objetivo General	Pág. 16
1.3.2. Objetivos Específicos	Pág. 16
1.4 Justificación	Pág. 17
1.5 Definición de términos	Pág. 18
CAPITULO II REVISIÓN BIBLIOGRAFICA	
2.1 Antecedentes de la investigación	Pág. 20
2.2 Marco teórico	Pág. 24
CAPITULO III HIPÓTESIS, VARIABLES Y DEFINICIONES OPERACIONALES	
3.1 Hipótesis	Pág. 54
3.2 Operacionalización de las variables	Pág. 55
CAPITULO IV METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN	
4.1 Diseño (clasificación)	Pág. 57
4.2 Población y muestra.	Pág. 57
4.2.1 Criterios de Inclusión	Pág. 59

**RELACIÓN ENTRE EL NIVEL DE CONOCIMIENTOS Y ACTITUDES HACIA LA
ATENCIÓN DE LOS PACIENTES CON TUBERCULOSIS EN LOS ESTUDIANTES
MEDICINA HUMANA DE LA UNIVERSIDAD PRIVADA DE TACNA -2010**

4.2.2 Criterios de Exclusión	Pág. 59
4.3 Instrumentos de Recolección de datos.	Pág. 60
CAPITULO V PROCEDIMIENTOS DE ANÁLISIS DE DATOS	Pág. 63
CAPITULO VI RESULTADOS	Pág. 66
DISCUSION	Pág. 85
CONCLUSIONES	Pág. 93
RECOMENDACIONES	Pág. 95
BIBLIOGRAFÍA	Pág. 96
ANEXOS	

INTRODUCCIÓN

La tuberculosis (TB) es una de las enfermedades más antiguas que afecta la especie humana y sigue siendo en el inicio de este nuevo milenio una importante causa de muerte en todo el mundo, a pesar de los esfuerzos que se han invertido para su control en la última década.⁽¹⁾ Esta situación llevó a la Organización Mundial de la Salud (OMS) a declarar en 1993 a la tuberculosis como una emergencia de salud mundial, como respuesta al aumento constante en la incidencia de casos de tuberculosis, al cambio en la dinámica de la enfermedad relacionado con la epidemia de virus de inmunodeficiencia humana adquirida (VIH/ SIDA) y la aparición de la tuberculosis Multidrogorresistente (TB-MDR).⁽²⁾

Cada año se registran 220 000 nuevos casos de tuberculosis en la Región de las Américas y mueren más de 50 000 personas a consecuencia de esta enfermedad. La tuberculosis tiene cura, estas muertes son evitables. Solo con la participación activa y organizada de la comunidad se podrá mejorar el diagnóstico de los casos y más personas podrán curarse. La tuberculosis puede afectar a todos por igual: no reconoce edad, sexo, raza o condición social, pero está estrechamente ligada a la pobreza. Las personas más postergadas son las más vulnerables a la tuberculosis.⁽³⁾

En nuestro país, a raíz de una epidemia tuberculosa elevada en 1942 se elabora un plan integral de lucha contra la tuberculosis basado en la prevención y asistencia del enfermo y su familia, pero en la práctica se priorizaba el diagnóstico, tratamiento e investigación ⁽⁴⁾. Se dio inicio así a la lucha contra la TB, enfocada principalmente en la perspectiva biomédica. Luego, este enfoque evoluciona incorporando en 1993 la estrategia DOTS (Tuberculosis Directly Observed Short-course) recomendada por la OMS, logrando alcanzar estándares de éxito; sin embargo, no ha impedido el desarrollo de la tuberculosis multidrogorresistente (TB MDR) y recientemente la tuberculosis extremadamente resistente (TB XDR) luego de 70 años de lucha nos preguntamos ¿Por qué a pesar

de los esfuerzos realizados y los gastos efectuados somos en la actualidad el país con mayores tasas de morbilidad e incidencia de TB en América Latina después de Haití ? ⁽⁵⁾, sin embargo, no abrigamos la esperanza de estar cerca de controlar este mal.

El aumento en la incidencia de tuberculosis se debe también a otros factores incluyendo la negligencia de los gobiernos en controlar esta enfermedad y a un manejo inadecuado de los programas de control, aunado al crecimiento poblacional y a la urbanización rápida y descontrolada de los países, sobre todo en países de bajos y medianos ingresos, en donde se encuentran determinantes sociales, como pobreza, inequidad y exclusión, que facilitan la transmisión de esta enfermedad. ⁽²⁾

Entre los factores que condicionan la transmisión de la enfermedad y la severidad del cuadro clínico tenemos: cambios demográficos (migraciones internas, urbanizaciones con hacinamiento), económicos (desempleo, bajo ingreso Per capita familiar), adaptación del microorganismo desarrollando resistencia a los antibióticos existentes para su control y deterioro global de las intervenciones de Salud pública.

El profesional en Medicina tiene como responsabilidad promover, conservar y restablecer la salud del paciente y familia brindando una atención integral e individualizada. Los estudiantes de Medicina a través de sus prácticas hospitalarias y en la comunidad se integran a este equipo de trabajo, siendo participes de la atención que se les brinda a los pacientes con tuberculosis.

Es en este contexto, es que se presenta esta tesis para contribuir en la discusión y fortalecer una visión en pro de nuestra propia salud como del colectivo laboral.

CAPITULO I

EL PROBLEMA DE INVESTIGACION

1.1. FUNDAMENTACION DEL PROBLEMA

Es evidente que la tuberculosis es un problema creciente a nivel mundial, según estimaciones recientes “cada año mueren tres millones de personas a consecuencia de esta enfermedad y un tercio de la población se encuentra infectada por el bacilo tuberculoso”.⁽⁵⁾

En 1999, con una incidencia estimada de 228 por 100 000 habitantes, el Perú era uno de los 23 países del mundo en que se concentraban 80% de los casos nuevos de tuberculosis. A pesar de que la población del país representa apenas 3% de la población del continente americano⁽⁶⁾

Diferente análisis históricos subrayan que la forma que tienen los países para enfrentar esta problemática, es con la implementación de programas de control de cobertura nacional y altamente eficientes que usen tecnologías apropiadas y que incorporen a sus actividades rutinarias métodos de monitoreo y evaluación permanentes, que permitan mejorar su operatividad. En esa perspectiva la tuberculosis en el Perú, desde el plano más general, es considerada como una prioridad sanitaria nacional, con un enfoque multisectorial e interinstitucional.⁽³⁾

El programa Regional de Control de Tuberculosis, la implementación y expansión de la estrategia DOTS en los países del continente americano, son las herramientas más efectivas en el mundo para el control de esta enfermedad. Los logros obtenidos desde 1996, cuando comenzó la implementación de DOTS en la Región, son notables, y en el 2003 el 78% de la población de la Región de las Américas estaba cubierta por la estrategia DOTS. Estudios recientes han sido claros al revelar que una de las grandes limitaciones de la expansión de la estrategia DOTS se relaciona con el déficit en recursos humanos (RRHH), tanto en número como en adecuadas habilidades y aptitudes. Reconociendo la importancia del desarrollo de RRHH (Personal médico, enfermeros, promotores de salud) para el control de la tuberculosis. Las investigaciones realizadas con el

propósito de conocer la participación de las universidades e instituciones técnicas formadoras de RRHH en salud sobre la enseñanza del control de la tuberculosis revelan que el esfuerzo realizado es insuficiente. Los conceptos etiopatogénicos y clínicos de la enfermedad suelen ser limitados, disgregados en el plan de estudio y frecuentemente desactualizados. Adicionalmente, la enseñanza de los aspectos operativos del control de la enfermedad es infrecuente y en muchos casos no coherente con los programas nacionales de control de la enfermedad ni con la estrategia DOTS. ⁽⁸⁾.

En el Perú se está aplicando la estrategia DOTS recomendada por la OMS en todos los servicios de la red sanitaria del MINSA, lo cual ha contribuido a disminuir la tasa de incidencia de tuberculosis en todas sus formas.

En el año 2006, se diagnosticaron 36, 643 casos de TB, lo que traduce en una tasa de mortalidad de 129,9 por 100,000 habitantes. ⁽⁹⁾ Se ha hecho considerables progresos en prevención y control de la tuberculosis y son evidentes los logros, en el año 1992 se notificaron en total más de 55 000 casos, mientras que el 2007, se ha logrado reducir esta cifra en 32,7 %, la meta al 2011 es disminuir el número de casos en 50 %. La tasa de morbilidad (total de casos) para el año 2007 fue 125,1 x 100 000 habitantes y el año 1992 se reporto 256,1 x 100 000 habitantes (periodo de máxima tasa). ⁽³⁾

En el año 2008 la tasa de incidencia de tuberculosis por 100 000 habitantes fue de 119 y en el 2009 fue de 113. En cuanto a las cifras registradas, con respecto a los nuevos casos de Frotis (+) en el 2008 fue de 17 989 y en el 2009 de 17 391 casos de tuberculosis. ⁽¹⁰⁾

Por las cifras notificadas se evidencia una tendencia decreciente, sin embargo es la principal enfermedad social que afecta a la población económicamente activa, en donde los adolescentes y adultos mayores constituyen alrededor de la tercera parte del total de casos.⁽⁹⁾

El Perú, se vio beneficiado, desde principios de la década del noventa, con la introducción de la estrategia DOTS; pudiéndose apreciar una disminución del 5% en la incidencia anual de casos de TB. Sin embargo, desde 1997, surgió un incremento progresivo del número de casos de tuberculosis multidrogoresistente, que generó preocupación nacional para su control. Es así que en estos últimos cinco años (desde el 2006), se ha realizado la mayor inversión económica en la historia del Perú para el control de la TB, que incluye tanto fuentes del Estado como del Fondo Mundial, esfuerzo que ha conseguido disminuir discretamente la incidencia de casos de TB MDR. No obstante, con gran pesar, observamos dos nuevos serios problemas: i) se ha estancado la disminución de casos de TB, y ii) se ha generado un incremento significativo en el número de casos de tuberculosis extremadamente resistente (TB XDR).⁽¹¹⁾

Según las cifras reportadas por el MINSA, los casos de TB MDR demostrados por pruebas de sensibilidad, fueron 288 casos, con respecto a la TB XDR el acumulado desde el año 1999 hasta el 2009 es de, 266 casos y los registrados hasta el mes de abril del año 2010 fueron, 16 casos.⁽¹²⁾ Sin duda cifras preocupantes, si consideramos que en EEUU, en 1993 por una sola persona que tenía TB MDR declararon emergencia sanitaria, además estas cifras nos ubican como el segundo país con mas alta carga de TB en la región de las Américas.

En el Perú, los desafíos para controlar la TB han sido permanentes y los logros intermitentes. Sin embargo, variaciones en las políticas de salud, según la moda o tendencia internacional y de manera más importante, variaciones en los presupuestos asignados para controlarla, han impedido mantener los logros de la década reciente. Ciertamente, la inversión en investigación en TB ha sido la más descuidada de todas, creándonos una situación de dependencia tecnológica, pero también ideológica y económica, cayendo en algunos casos en repetición de investigaciones realizadas en otros países pero sin repercusión en el control de la enfermedad. Hace ya algo más de una década, “expertos en TB multirresistente”

(así fueron presentados por el programa de TB de entonces) recomendaron a Perú aplicar un esquema de tratamiento controversial para tratar a los enfermos que fracasaban al primer tratamiento de 2RHZE/4(RH)2 (controversial por implicar en verdad una monoterapia encubierta), esto, a pesar que las investigaciones realizadas por clínicos peruanos y por investigadores del Instituto Nacional de Salud (INS), demostraban que los que fracasaban al primer tratamiento eran casi todos enfermos de TB MDR ⁽¹³⁾

En la actualidad, aproximadamente el 60% de los casos de TB se concentran en Lima y Callao y en el interior del país las regiones con mayor tasa de incidencia son: Madre de Dios, Ucayali, Tacna, Loreto e Ica. ⁽¹⁴⁾

El total de casos de Tuberculosis acumulados en Tacna, de enero a diciembre del 2009, es de 485 casos, con una tasa de morbilidad específica de 158.16 por 100 000 habitantes. Los distritos con mayor número de casos son, el distrito de Tacna con 177 casos y el distrito de Gregorio Albarracín con 114 casos. Según grupos de edad, en el año 2009, el grupo etáreo más afectado fue el que va de 25 a 49 años, con 201 casos, que representa el 41,4% del total de casos. ⁽¹⁵⁾

Sin duda la tuberculosis es un problema de salud pública en el Perú y también lo es en la ciudad de Tacna, para el control y prevención de esta enfermedad es necesario implementar estrategias sanitarias, que deben ser cumplidas por pacientes con TB, Familiares de los pacientes, personal de salud y por toda la población, y es ahí, donde el estudiante de Medicina juega un rol importante, pues durante las prácticas PRE-profesionales en el área hospitalaria y en la comunidad, se debe evidenciar las correctas actitudes para la atención integral de los pacientes, dejando de lado mitos o creencias falsas acerca de esta enfermedad, y esto se debe lograr a través del conocimiento y la aplicación de éste, para lograr la calidad en la atención, sin poner en riesgo la integridad tanto del paciente como del profesional de salud.

RELACIÓN ENTRE EL NIVEL DE CONOCIMIENTOS Y ACTITUDES HACIA LA ATENCIÓN DE LOS PACIENTES CON TUBERCULOSIS EN LOS ESTUDIANTES DE MEDICINA HUMANA DE LA UNIVERSIDAD PRIVADA DE TACNA -2010

Es por ello que se plantea el presente estudio de investigación; respondiendo a la interrogante, ¿Existe relación entre el nivel de conocimientos y actitudes hacia la atención de los pacientes con tuberculosis pulmonar en estudiantes de Medicina Humana de la UPT?

1.2 FORMULACION DEL PROBLEMA

Por lo expuesto anteriormente, se planteó el siguiente problema de investigación:

- 1- ¿Cuál es el nivel de conocimientos respecto a tuberculosis pulmonar en los estudiantes de Medicina Humana de los ciclos V, VII y X?
- 2- ¿Cuál es la actitud de los estudiantes de Medicina Humana frente a la atención a brindarse a los pacientes con diagnóstico de tuberculosis pulmonar?
- 3- ¿Existe relación entre el nivel de conocimiento y los tipos de actitud según edad, sexo y ciclo de estudio de los estudiantes de Medicina de los ciclos V, VII y X?
- 4- ¿Cuál es la actitud en cuanto a la promoción, prevención, control y seguridad de la atención de los pacientes con tuberculosis pulmonar en los estudiantes de Medicina Humana de la Universidad Privada de Tacna?
- 5- ¿Existe relación entre el nivel de conocimientos y los tipos de actitud en cuanto a la promoción, prevención, control y seguridad de la atención de los pacientes con tuberculosis pulmonar en los estudiantes de Medicina Humana de la Universidad Privada de Tacna?

1.3 OBJETIVOS DE LA INVESTIGACION

1.3.1 OBJETIVO GENERAL :

Determinar la relación entre el nivel de conocimientos y las actitudes hacia la atención de los pacientes con tuberculosis pulmonar en estudiantes de Medicina Humana de la Universidad Privada de Tacna, 2010

1.3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- 1- Determinar el nivel de conocimientos, en general y por ciclo de estudio, respecto a tuberculosis pulmonar, en los estudiantes de Medicina Humana de la Universidad Privada de Tacna.
- 2- Determinar el tipo de actitud, en general y por ciclo de estudio, de los estudiantes de Medicina Humana de la Universidad Privada de Tacna frente a la atención de los pacientes con tuberculosis pulmonar.
- 3- Establecer la relación entre el nivel de conocimientos y los tipos de actitud según edad, sexo y ciclo de estudio de los estudiantes de Medicina Humana de la Universidad Privada de Tacna.
- 4- Determinar la actitud en cuanto a la promoción, prevención, control y seguridad de la atención de los pacientes con tuberculosis pulmonar en los estudiantes de Medicina Humana de la Universidad Privada de Tacna.
- 5- Establecer la relación entre el nivel de Conocimientos y la actitud en cuanto a la promoción, prevención, control y seguridad de la atención de los pacientes con tuberculosis pulmonar en los estudiantes de Medicina Humana de la Universidad Privada de Tacna.

1.4 JUSTIFICACION DEL PROBLEMA

En este marco, el estudio de investigación es relevante porque analiza un problema de salud pública, ya que la tuberculosis es una de las enfermedades infectocontagiosas de mayor incidencia en la población mundial y un problema de salud pública en los países en vías de desarrollo, que constituyen el 80% de la población mundial.

Los estudiantes de Medicina a través de sus prácticas hospitalarias y comunitarias se integran al equipo de trabajo, siendo participes de la atención que se les brinda a los pacientes con tuberculosis, por lo que sus competencias cognitivas y sobre todo actitudinales deben ser positivas o favorables a fin de contribuir con la atención integral a estos pacientes y familiares, además como futuro médico general tiene la responsabilidad de promover, conservar y restablecer la salud del paciente y familia brindando una atención de calidad, especialmente a los pacientes que padecen tuberculosis.

Los resultados del presente estudio tienen como propósito brindar información válida y confiable acerca de los conocimientos generales sobre tuberculosis pulmonar y las actitudes, con respecto a la promoción, prevención, control y seguridad; de los estudiantes de Medicina, futuro profesional de la salud y así mismo generar recomendaciones para mejorar la enseñanza de la tuberculosis en las facultades de Medicina y mejorar el cumplimiento de las medidas de prevención.

1.5 DEFINICION DE TERMINOS BASICOS

- **Conocimientos:** Es la información que tienen los estudiantes de Medicina Humana acerca de la atención de los pacientes con tuberculosis pulmonar, la que será medida a través de un cuestionario.

- **Actitudes:** Es la predisposición que manifiesta expresamente el estudiante de Medicina Humana hacia la Atención de los pacientes con tuberculosis, con respecto a la promoción, medidas preventivas, control y seguimiento; las cuales serán medidas a través de la escala de Lickert, modificada .

- **Estudiantes de Medicina Humana:** Son los alumnos matriculados en Medicina Humana de los ciclos V, VII y X. en la Facultad de Ciencias de La Salud de la UPT.

- **Promoción de la salud:** Es desarrollar habilidades personales y generar, los mecanismos administrativos, organizativos y políticos que faciliten a las personas y grupos poblacionales tener mayor control sobre su salud y mejorarla.

- **Prevención De La Tuberculosis:** Tiene como finalidad evitar la infección por tuberculosis y en caso que ésta se produzca tomar medidas para evitar el paso de infección a enfermedad. Las medidas preventivas están dirigidas a evitar la diseminación del Bacilo de Koch

- **Control y seguridad:** El control de infecciones en tuberculosis es el conjunto de medidas que define el establecimiento de salud con el objetivo de prevenir y controlar la transmisión del Mycobacterium tuberculosis afín de evitar su transmisión. La seguridad en el control de la tuberculosis es el conjunto de medidas preventivas que se establecen y son de cumplimiento obligatorio para proteger la salud.

CAPITULO II

REVISION BIBLIOGRAFICA

2.1 ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACION

A continuación se presentan los estudios relacionados con el presente trabajo de investigación.

Conocimientos y Prácticas de los Estudiantes de Medicina para Prevenir la Transmisión de la Tuberculosis en Río de Janeiro, Brasil. Teixeira, Eleny Guimaraes. Plantean Describir los conocimientos y las prácticas de los estudiantes de Medicina para prevenir la transmisión de la tuberculosis (TB) en cinco escuelas de Medicina y sus factores asociados. *El método utilizado* es un estudio transversal mediante encuesta a estudiantes de Medicina de cursos preclínicos, clínicos iniciales y clínicos avanzados. Se obtuvo información del perfil sociodemográfico, las conferencias recibidas sobre TB, el conocimiento sobre la transmisión de la TB, la exposición a pacientes con TB pulmonar activa y el uso de máscaras respiratorias de protección. Obteniéndose los siguientes resultados De los 1 094 encuestados, 575 (52,6%) respondieron correctamente que toser, hablar y estornudar pueden transmitir la TB. Estar en los cursos clínicos iniciales (razón de posibilidades ajustada [ORa] = 4,0; intervalo de confianza de 95% [IC 95%]: 3,0 a 5,5) y avanzados (ORa = 4,2; IC 95%: 3,1 a 5,8) se asociaron con las respuestas correctas, no así haber recibido conferencias sobre TB. La tasa de respuestas correctas aumentó de 42,1% a 61,6% en los estudiantes que habían recibido conferencias sobre TB. De los 332 estudiantes de Medicina que informaron haber estado expuestos a pacientes con TB, 194 (58,4%) no usaron máscaras protectoras. El mayor número de años de experiencia clínica se asoció con el uso de máscaras (ORa = 2,9; IC 95%: 1,4 a 6,1), mientras que el conocimiento sobre el tema se asoció inversamente con el uso de máscaras (ORa = 0,4; IC 95%: 0,2 a 0,6) Muchos estudiantes de Medicina no conocen las vías principales de infección de la TB y las conferencias sobre TB no son suficientes para modificar sus conocimientos y actitudes. Independientemente del conocimiento sobre la transmisión de la TB, los estudiantes incurrieron en conductas de riesgo: más de dos terceras partes no usó máscaras protectoras al

examinar casos activos de TB. Es por eso que recomendaban establecer prácticas docentes innovadoras, efectivas y activas para cambiar este escenario. ⁽¹⁶⁾

Lagunas en los Conocimientos entre los Médicos de atención primaria en Croacia. Estudio epidemiológico Savicevic. Croacia. Junio 2009: plantea que el nivel de conocimientos acerca de TB entre los médicos es importante para lograr resultados eficaces de los asuntos de gestión, se menciona también que hay pocos estudios en Croacia acerca de este tema. Estudios relacionados se llevaron a cabo principalmente en los países de alta incidencia o baja. El objetivo de este estudio fue verificar el conocimiento de la tuberculosis entre los médicos generales y los pediatras en el condado de Split y Dalmacia en Croacia, Se realizó la encuesta basado en cuestionarios anónimos, con un número total de encuestados de 160 (60,8 % de los sujetos). Aunque el porcentaje medio de respuestas correctas no fue bajo (70,3%), se vio que hubo áreas deficientes como los lugares de auscultación en el examen físico combinación adecuada de fármacos en la fase inicial del tratamiento (35%), y la duración del tratamiento (61,9). Se halló la necesidad de educación con respecto al control de la tuberculosis en 87,9% de los médicos. La puntuación de los conocimientos de tuberculosis fue obtenido por el número de respuestas correctas a 14 preguntas seleccionadas y fue $8,18 \pm 1,84$. Las puntuaciones de acuerdo con años de experiencia, el número de pacientes de tuberculosis tratados y la necesidad de la educación, no fueron diferentes entre sí. Puntuación más alta se correlacionó con los pediatras ($p = 0,025$) y la familiaridad con la existencia de directrices nacionales ($p = 0,002$). Este estudio mostró lagunas en los conocimientos entre los médicos, y es este la piedra angular de la lucha contra la tuberculosis en Croacia. ⁽¹⁷⁾

Relación entre el nivel de conocimientos y actitudes hacia el cuidado de los pacientes con tuberculosis en estudiantes de enfermería de la UNMSM, 2007. El estudio es de tipo cuantitativo, método descriptivo correlacional, de corte transversal. El muestreo utilizado fue el probabilístico estratificado. La

muestra estuvo conformada por 94 estudiantes de enfermería de la UNMSM. A las conclusiones a las que se llegó fueron: a). Existe relación poco significativa entre el nivel de conocimientos y las actitudes hacia el cuidado de los pacientes con tuberculosis en los estudiantes de Enfermería de la UNMSM, como se demuestra en el análisis estadístico a través de la prueba de Chi Cuadrado. b). El nivel de conocimientos que predominan en los estudiantes de enfermería hacia el cuidado de los pacientes con tuberculosis es medio (78.72%), lo cual condiciona no asumir una conducta preventiva y de control, predisponiendo al contagio de los demás miembros de la familia y al agravamiento de la enfermedad y no se contribuiría significativamente la disminución de la tasa de morbilidad. c). Las actitudes que predominan en los estudiantes de enfermería hacia el cuidado de los pacientes con tuberculosis son favorables (92.55%), es decir, que tienen predisposición de brindar un cuidado integral relacionado a promoción, medidas preventivas, y control y seguimiento.⁽¹⁸⁾

Conocimiento y Actitudes Sobre Tuberculosis en El Personal Médico de Veracruz, México. 2008.

Antecedentes: La tuberculosis (TB) es una enfermedad infecciosa responsable de ocho millones de casos y tres millones de muertos cada año. De acuerdo a la Organización Mundial de la Salud, el conocimiento y la actitud del personal médico sobre la enfermedad se ubica como un elemento importante para el correcto desarrollo de los programas de lucha contra la TB, con especial énfasis en países de economías emergentes. Es por lo anterior que el objetivo del este trabajo es evaluar los conocimientos y actitudes en el personal médico de Veracruz, México. Metodología: Se encuestó a una muestra representativa de médicos que laboran en una institución pública, identificando edad, género, especialidad médica y antigüedad. El conocimiento de TB se consideró en cinco apartados (enfermedad, diagnóstico, tratamiento, prevención y normativo), que integrados mostraron el conocimiento global; se compararon las variables del médico y el conocimiento mediante pruebas t y c². Resultados: De los 220 médicos encuestados, solo 38 (17%) obtuvieron una evaluación global adecuada; por apartados, mostraron conocimiento adecuado en

prevención 142 (65%), en diagnóstico 106 (48%), en normativo 62 (28%), en tratamiento 47 (21%), en enfermedad 40 (18%). No se observaron diferencias entre los niveles de conocimiento y las variables analizadas. El 70% de los médicos refieren a la TB como un tema poco importante en el total de sus actividades, e identificamos que el enfoque que se da a la enfermedad esté orientado hacia la prevención. Conclusión: Se observó un bajo conocimiento global; sin embargo, se ubicaron los apartados que deberían ser reforzados (enfermedad, tratamiento, normativo) para generar un mejor entendimiento y en consecuencia un cambio de actitud hacia la enfermedad. ⁽¹⁹⁾

Las investigaciones presentadas como antecedentes permitieron direccionar la metodología del trabajo de investigación así, como orientar en la elaboración del instrumento y los apartados o dimensiones a investigar, como también el tipo de estudio a seguir. Se busco estudios correlacionales que tengan como variables el nivel de conocimientos y actitudes hacia la tuberculosis pulmonar.

**RELACIÓN ENTRE EL NIVEL DE CONOCIMIENTOS Y ACTITUDES HACIA LA
ATENCIÓN DE LOS PACIENTES CON TUBERCULOSIS EN LOS ESTUDIANTES
MEDICINA HUMANA DE LA UNIVERSIDAD PRIVADA DE TACNA -2010**

2.2 MARCO TEÓRICO

PLAN DE ESTUDIOS DE LA CARRERA PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA DE LA UNIVERSIDAD PRIVADA DE TACNA

PRIMER CICLO	
CÓDIGO	CURSO
MH-141	Matemática
MH-142	Biofísica
MH-143	Química-Físico-Química
MH-144	Biología Celular y Molecular
MH-145	Lenguaje
MH-146	Inglés I
MH-147	Embriología y Genética
SEGUNDO CICLO	
CÓDIGO	CURSO
MH-241	Bioquímica
MH-242	Anatomía I
MH-243	Fisiología y Fisiopatología
MH-244	Histología
MH-245	Inglés II
TERCER CICLO	
CÓDIGO	CURSO
MH-341	Fisiología y Fisiopatología II
MH-342	Anatomía II
MH-343	Inglés III
MH-344	Introducción a la Salud Integral
MH-345	Procedimientos de Enfermería
CUARTO CICLO	
CÓDIGO	CURSO
MH-441	Filosofía
MH-442	Farmacología Médica
MH-443	Microbiología y Parasitología
MH-444	Inglés IV
MH-445	Salud Integral I
MH-446	Ética y Bioética
MH-447	Bioestadística y Computación
QUINTO CICLO	
CODIGO	CURSO
MH-541	Semiología Médica
MH-542	Patología General
MH-543	Psicología
MH-544	Salud Integral II

SEXTO CICLO	
CÓDIGO	CURSO
MH-641	Clínica Médica I
MH-642	Salud Integral III
MH-643	Metodología de la Investigación
SEPTIMO CICLO	
CÓDIGO	CURSO
MH-741	Clínica Médica II
MH-742	Medicina Legal
MH-743	Informática Médica
OCTAVO CICLO	
CÓDIGO	CURSO
MH-841	Pediatría
MH-842	Salud Integral
MH-843	Psiquiatría
NOVENO CICLO	
CÓDIGO	CURSO
MH-941	Cirugía
MH-942	Ginecología -Obstetricia
MH-943	Salud Integral V
MH-944	Taller de Proyectos
DECIMO CICLO	
CÓDIGO	CURSO
MH-1041	Clínica Quirúrgica
MH-1042	Gerencia en Salud
MH-1043	Defensa Nacional
MH-1044	Historia de la Medicina
MH-1045	Dermatología
ONCEAVO CICLO	
MH-1141	Internado Médico

2.2.1 EL CONOCIMIENTO

A) DEFINICIÓN:

El conocer es un hecho primario, espontáneo e instintivo, y por ello no puede ser definido estrictamente. Se podría describir como un ponerse en contacto con el ser, con el mundo y con el yo; también podríamos decir que es un proceso en el que están vinculados estrechamente las operaciones y procedimientos mentales, subjetivos, con las operaciones y formas de actividad objetivas prácticas, aplicadas a los objetos.⁽²⁰⁾

B) CARACTERÍSTICAS DEL CONOCIMIENTO:

El conocer se caracteriza como una presencia del objeto frente al objeto: el sujeto se posesiona en cierta forma del objeto, lo capta y lo hace suyo, reproduciéndolo de tal manera que responda lo más fielmente posible a la realidad misma del objeto. Por medio de esta reproducción, se tiene la imagen, no física como sería una fotografía, sino psíquica, cognoscible, intencional.

El conocimiento depende de la naturaleza del objeto y de la manera y de los medios que se usan para reproducirlo. Así, tenemos un conocimiento sensorial (si el objeto se capta por medio de los sentidos), éste se encuentra tanto en los hombres como en los animales, y un conocimiento racional, intelectual o intelectual, si se capta por la razón directamente. Podríamos citar unos ejemplos: un libro, un sonido, un olor se captan por medio de los sentidos; la belleza, la justicia, el deber se captan por medio de razón.

La actividad cognoscitiva es adquisitiva, cuando obtenemos un conocimiento; conservativa, cuando retenemos o memorizamos un conocimiento, elaborativa, cuando con base en conocimientos adquiridos y memorizados, elaboramos otros por medio de la imaginación, la fantasía o el razonamiento.

Los conocimientos se adquieren mediante una pluralidad de procesos cognitivos: percepción, memoria, experiencia (tentativas seguidas de éxito o fracaso), razonamiento, enseñanza-aprendizaje, testimonio de terceros, etc. Estos procesos son objeto de estudio de la ciencia cognitiva. Por su parte, la observación controlada, la experimentación, la modelización, la crítica de fuentes (en historia), las encuestas, y otros procedimientos que son específicamente empleados por las ciencias, pueden considerarse como un refinamiento o una aplicación sistemática de los anteriores. Estos son objeto de estudio de la epistemología.⁽²¹⁾

C) CLASIFICACIÓN DEL CONOCIMIENTO:

Conocimiento Vulgar: Llamado conocimiento ingenuo, directo es el modo de conocer, de forma superficial o aparente, se requiere contacto directo con las cosas o personas que nos rodean. Es aquel que el hombre aprende del medio donde se desenvuelve, se transmiten de generación en generación.

Características del conocimiento vulgar

- **Sensitivo:** Aunque parte de los hechos el conocimiento se estructura con lo aparente, no trata de buscar relación con los hechos.
- **Superficial:** Aunque parte de los hechos el conocimiento se estructura con lo aparente, no trata de buscar relación con los hechos.
- **Subjetivo:** La descripción y aplicación de los hechos depende del capricho y arbitrariedad de quien los observe.
- **Dogmático:** Este sostiene en la aceptación táctica de actitudes corrientes o en nuestra propia suposición irreflexiva se apoya en creencias y supuestos no verificables o no verificados.
- **Estático:** Los procedimientos para lograr los conocimientos se basan en la tenacidad y el principio de autoridad, carecen de continuidad e impide la verificación de los hechos.

- Particular: Agota su esfera de validez en sí mismo, sin ubicar los hechos singulares en esquemas más amplios.
- Asistemático: Porque las apariencias y conocimientos se organizan de manera no sistemática, sin obedecer a un orden lógico.
- Inexacto: Sus descripciones y definiciones son pocas precisas.
- No acumulativo: La aplicación de los hechos es siempre arbitraria, cada cual emite su opinión, sin considerar otras ideas ya formuladas.

Conocimiento Científico Llamado Conocimiento Crítico, no guarda una diferencia tajante, absoluta, con el conocimiento de la vida cotidiana y su objeto puede ser el mismo. Intenta relacionar de manera sistemática todos los conocimientos adquiridos acerca de un determinado ámbito de la realidad. Es aquel que se obtiene mediante procedimientos con pretensión de validez, utilizando la reflexión, los razonamientos lógicos y respondiendo una búsqueda intencional por la cual se delimita a los objetos y se previenen los métodos de indagación.

Características del Conocimiento Científico

- Racional: No se limita a describir los hechos y fenómenos de la realidad, sino que explica mediante su análisis para la cual elabora conjeturas, fórmulas, enunciados, conceptos, etc.
- Fático: Inicializa los hechos, los análisis y luego regresa a éstos
- Objetivo: Los hechos se describen y se presentan cual son, independientemente de su valor emocional y de su modo de pensar y de sentir quien los observa.
- Metódico: Responde a una búsqueda intencionada, obedeciendo a un planteamiento donde se utilizan procedimientos metódicos con pretensión de validez.

- Auto-Correctivo o Progresivo: Es de esta forma porque mediante la confrontación de las conjeturas sobre un hecho con la realidad y el análisis del hecho en sí, que se ajustan y rechazan las conclusiones.
- General: Porque ubica los hechos singulares en puntas generales llamadas "Leyes".
- Sistemático: Ya que el conocimiento está constituido por ideas conectadas entre sí, que forman sistemas.
- Acumulativo: Ya que parte del conocimiento establecido previamente y sirve de base a otro⁽²²⁾

2.2.2 LA ACTITUD:

A) CONCEPTOS DE ACTITUD:

En su acepción latina "Attitudine" tiene dos raíces (o dos vertientes); "Apto" y "acto". La primera, relacionada con propiedad "se es apto", "se posee algo"; la segunda con "acto", "postura", "acción". Pero más atrás las dos raíces de ACT y APT son originarias del sánscrito de la raíz "ag", significando "hacer" o "acto". La raíz "ag" lleva en sí el motor o la forma del ACT y del APT y, de hecho, es el soporte del concepto presente de la relación entre el acto y los componentes subyacentes de la "Aptitud" del sujeto.

Así como el concepto "Attitudine" es un homónimo en inglés, en castellano "actitud" ha sido siempre tomada y tenida como "acto". En tal significado puede estar el reconocimiento de la primera de sus funciones, o de la primacía de las mismas como motor, inducción al acto en que los trabajos experimentales de psicología social se establecen⁽¹⁸⁾

Fue en 1935 cuando Gordon Allport hizo notar que las actitudes se pueden medir mejor de lo que se las puede definir. Desde entonces, infinidad de estudios sobre este concepto no hacen más añadir mayor luz sobre lo mismo o acaso compartir las definiciones dadas para poder seguir adelante, todas ellas bañadas en

la consideración de una variedad de elementos o componentes. Años más tarde - 1975-, Robyn M. Dawes, de la Universidad de Oregón (EE.UU.), dirá que tal afirmación de Allport sigue siendo válida.

Muchos años antes, autores como L. L. Thurstone (1928) afirmaban en el contexto concreto de sus investigaciones, para dar mayor contenido a esta idea que, el concepto de actitud se usará para denotar la suma total de ideas, temores y convicciones acerca de un asunto determinado. Aunque estos ejemplos no deben considerarse como una muestra representativa de las definiciones de actitud, en cambio indican la diversidad que presentaría una muestra verdaderamente tal.

Para hacer frente a esta dificultad, autores como Gene F. Summers (1976) mencionan la conclusión que proviene del estudio de las actitudes, en donde se muestra que hay un acuerdo esencial en varias áreas en torno al significado de actitud.

Estas áreas, cuatro según Summers (1976), que resultan de recoger las aportaciones de muchos de los autores que intervienen en este tema para contribuir a su dilucidación, serían las siguientes: Primera, la existencia de un consenso general de que una actitud es una predisposición a responder a un objeto, y no la conducta efectiva hacia él. La disposición a conducirse es una de las cualidades características de la actitud, por lo que se explica más por la vía procesual que por la vía del producto. Una segunda área de acuerdo esencial es que la actitud es persistente, lo que no significa unívocamente que sea inmutable.

Un gran número variado de estudios sobre las actitudes (Summers, 1976) indican con claridad que, aunque susceptibles al cambio, la alteración y cambio de las actitudes, especialmente de las que se mantienen con vigor, requiere una fuerte presión. Consecuentemente, la persistencia de las actitudes contribuye a la consistencia de la conducta, esto lo cual viene a constituir el tercer aspecto de concordancia.

Tercero, la actitud produce consistencia en las manifestaciones conductuales. Donald T. Campbell afirma que «una actitud social del individuo es un síndrome de consistencia de respuestas hacia objetos sociales». Esta convicción nace de la consideración de que la actitud, como variable latente, da origen a la consistencia entre sus diferentes manifestaciones, que pueden tomar: la forma ya de verbalizaciones hacia el objeto, expresiones de sentimiento acerca del objeto ya de aproximación o evitación del objeto.

Y cuarto, la actitud tiene una cualidad direccional. Esta última área no implica tener en cuenta solamente la formación de rutinas de conducta en la forma de consistencia en las manifestaciones, sino que posee una característica motivacional. A este respecto, existe un acuerdo general de que la actitud connota preferencia con respecto a resultados que implican al objeto, que a evaluaciones del mismo o a impresiones positivas neutrales o negativas provocadas por aquél.

Una conclusión que puede obtenerse es que esta faceta de la actitud debe limitarse o restringirse a esta dimensión. Tal es su fuerza. Pero, ya sea que se apoye únicamente la restricción del concepto a la dimensión afectiva, o que se mantenga una concepción multifacética de la actitud, ha de reconocerse que lo afectivo es una dimensión importante de la actitud. (23)

B) DEFINICIÓN DE ACTITUD:

En este sentido, puede considerarse la actitud como cierta forma de motivación social -de carácter, por tanto, secundario, frente a la motivación biológica, de tipo primario- que impulsa y orienta la acción hacia determinados objetivos y metas. Eiser define la actitud de la siguiente forma: predisposición aprendida a responder de un modo consistente a un objeto social. En la Psicología Social, las actitudes constituyen valiosos elementos para la predicción de conductas. Para el mismo autor, la actitud se refiere a un sentimiento a favor o en contra de un objeto social, el cual puede ser una persona, un hecho social, o

cualquier producto de la actividad humana. Además de las definiciones mencionadas, podemos agregar las siguientes:

F. H. Allport: “Una actitud es una disposición mental y neurológica, que se organiza a partir de la experiencia que ejerce una influencia directriz o dinámica sobre las reacciones del individuo respecto de todos los objetos y a todas las situaciones que les corresponden”.

R. H. Fazio & D. R. Roskos-Ewoldsen: “Las actitudes son asociaciones entre objetos actitudinales (prácticamente cualquier aspecto del mundo social) y las evaluaciones de esos objetos”.

C. M. Judd: “Las actitudes son evaluaciones duraderas de diversos aspectos del mundo social, evaluaciones que se almacenan en la memoria”.

Kimball Young: “Se puede definir una actitud como la tendencia o predisposición aprendida, más o menos generalizada y de tono afectivo, a responder de un modo bastante persistente y característico, por lo común positiva o negativamente (a favor o en contra), con referencia a una situación, idea, valor, objeto o clase de objetos materiales, o a una persona o grupo de personas”.

R. Jeffress: "La actitud es nuestra respuesta emocional y mental a las circunstancias de la vida". ⁽²⁴⁾

Ortega Ruiz afirma que «quizás, la razón de más peso en el interés que la actitud ha despertado radica en que se piensa, en general, que las actitudes, en cuanto producto de un proceso de socialización, influyen o condicionan fuertemente las distintas respuestas a los diversos estímulos que un individuo recibe de personas, grupos, objetos o situaciones sociales» ⁽²³⁾

Retengamos, pues, que con nuestras actitudes manifestamos las valoraciones cognoscitivas-emocionales en actos comportamentales o intenciones de comportamiento, todo lo cual depende de la interacción del individuo y su medio ambiente. Si todo comportamiento es una respuesta a una situación estimular, la actitud no es el comportamiento, sino una variable intermediaria que permite explicar el paso de la situación estimular a la respuesta.

No es ni respuesta ni estímulo, sino una predisposición o preparación valorada para actuar de un modo determinado con preferencia a otro.

A diferencia de los comportamientos o de los elementos de una situación, la actitud no se presta a la observación directa y, menos aún, puede ser aislada. Debe, por tanto, ser inducida a partir de sus manifestaciones. De ahí que todo análisis de las actitudes deba realizarse indirectamente en términos de probabilidad de aparición de un comportamiento dado en un determinado tipo de situación. ⁽²²⁾

C) COMPONENTES DE LA ACTITUD:

Rodríguez distingue tres componentes de las actitudes:

- **Componente cognoscitivo:** es el conjunto de datos e información que el sujeto sabe acerca del objeto del cual toma su actitud. Un conocimiento detallado del objeto favorece la asociación al objeto, para que exista una actitud, es necesario que exista también una representación cognoscitiva del objeto. Está formada por las percepciones y creencias hacia un objeto, así como por la información que tenemos sobre un objeto. En este caso se habla de modelos actitudinales de expectativa por valor, sobre todo en referencia a los estudios de Fishbein y Ajzen. Los objetos no conocidos o sobre los que no se posee información no pueden generar actitudes. La representación cognoscitiva puede ser vaga o errónea, en el primer caso el afecto relacionado con el objeto tenderá a ser poco intenso; cuando sea errónea no afectará para nada a la intensidad del afecto.

- **Componente afectivo:** son las sensaciones y sentimientos que dicho objeto produce en el sujeto, es el sentimiento en favor o en contra de un objeto social. Es el componente más característico de las actitudes. Aquí radica la diferencia principal con las creencias y las opiniones - que se caracterizan por su

componente cognoscitivo. El sujeto puede experimentar distintas experiencias con el objeto estos pueden ser positivos o negativos

- **Componente conductual:** son las intenciones, disposiciones o tendencias hacia un objeto, es cuando surge una verdadera asociación entre objeto y sujeto, es la tendencia a reaccionar hacia los objetos de una determinada manera. Es el componente activo de la actitud.⁽²⁵⁾

D) FORMACIÓN DE LAS ACTITUDES

Se pueden distinguir dos tipos de teorías sobre la formación de las actitudes, estas son: la teoría del aprendizaje y la teoría de la consistencia cognitiva. Teoría del aprendizaje: esta teoría se basa en que al aprender recibimos nuevos conocimientos de los cuales intentamos desarrollar unas ideas, unos sentimientos, y unas conductas asociadas a estos aprendizajes. El aprendizaje de estas actitudes puede ser reforzado mediante experiencias agradables. Teoría de la consistencia cognitiva: esta teoría se basa o consiste, en el aprendizaje de nuevas actitudes relacionando la nueva información con alguna otra información que ya se conocía, así tratamos de desarrollar ideas o actitudes compatibles entre sí.

También podemos mencionar a la Teoría de la disonancia cognitiva: esta teoría se creó en 1962 por León Festinger, consiste en hacernos creer a nosotros mismos y a nuestro conocimiento que algo no nos perjudica pero sabiendo en realidad lo que nos puede pasar si se siguiese manteniendo esta actitud, tras haber realizado una prueba y fracasar en el intento. Esto nos puede provocar un conflicto, porque tomamos dos actitudes incompatibles entre sí que nosotros mismos intentamos evitar de manera refleja. Esto nos impulsa a construir nuevas actitudes o a cambiar las actitudes ya existentes.⁽²⁶⁾

E) ACTITUDES Y CONDUCTA.

Otros autores que no son tan deterministas, mostraron un criterio más flexible al expresar que rara vez se pueden predecir la conducta manifiesta únicamente a partir del conocimiento de la actitud, sugiriendo que hay que tomar en cuenta otras variables.

Siguiendo este mismo criterio, Sears, Freedman y Peplau (1985) señalan que existen ciertas condiciones necesarias para que el comportamiento se relacione altamente con las actitudes. Estas son: que sean fuertes, claras y específicas; y que no haya presiones ni conflictos en la situación.

Autores como Salazar, Montero, Muñoz Sánchez y Villegas (1979) coinciden con ellos y creen que ciertos factores de tipo individual, situacional y metodológico intervienen e impiden la detección de una relación unívoca entre actitud y comportamiento.

Según Newcomb (1964) las actitudes no son causas independientes de la conducta: representan condiciones intervinientes que a su vez están determinadas por otras condiciones (no solamente la verbal) están sujetos al ocultamiento, la distorsión, el engaño. Si se encuentra discrepancia entre las actitudes verbales y el comportamiento abierto, se debe a que se están manejando diferentes componentes.

Según Eiser (1986) la descripción completa de la actitud de una persona requiere la medición de las tres clases de respuesta, no sólo inferir las actitudes a partir del componente afectivo; por otro lado, si se logra predecir el comportamiento de la persona a partir de sus enunciados, esto será evidencia de que los tres componentes de las actitudes están sumamente relacionados entre sí: los tres diferentes componentes son interdependientes, y hay cierta congruencia entre ellos.

Puesto que al ser humano le desagrade la inconsistencia, busca que los diversos aspectos de sí mismo y de su medio ambiente, así como las creencias y percepciones que tiene de ellos, sean congruentes entre sí.

Festinger (en Deutsch y Krauss, 1980) postula que cuando entre los elementos cognitivos existen relaciones desajustadas o disonantes, surge en el individuo presiones que tratan de reducir o evitar que tal disonancia aumente (en base a tales presiones se dan cambios en el comportamiento o en las actitudes).

Hoy en día, la posición más común es cuanto a la relación entre actitudes y la conducta se encuentra en lo intermedio al decir que son uno de los elementos para predecir la conducta. Whittaker (1987) dijo que para predecir la conducta de un individuo es necesario tener en cuenta sus actitudes, normas, hábitos y expectativas de reforzamiento.

Por lo tanto, cuanto mayor es el rango y la variedad de conductas a partir de las cuales se infiere una actitud, hay más seguridad en cuanto a la validez de las mediciones hechas a partir de una sola forma de conducta. Por último, hay que considerar la relación entre actitudes y conducta como algo dinámico, ya que la formación y el cambio de actitudes es un proceso continuo. Según Kelman (en Whittaker, 1987) las actitudes se desarrollan y cambian cuando la persona se encuentra expuesta a experiencias e información nuevas. Sin embargo, los cambios suelen ser muy lentos y graduales, ya que las actitudes, una vez establecidas, ayudan a moldear las experiencias que ha tenido la persona con el objeto de la actitud. ⁽²⁷⁾

2.2.3 TUBERCULOSIS PULMONAR

La Tuberculosis es una enfermedad infecciosa crónica. Está producida fundamentalmente por el *Mycobacterium tuberculosis* (Bacilo de Koch), se contagia por contacto persona – persona casi siempre por inhalación de aerosoles infecciosos, en pocas ocasiones por ingestión y en forma excepcional por inoculación cutánea. ⁽²⁸⁾

El *Mycobacterium tuberculosis* es un bacilo aerobio estricto de $1.4 \times 0.3 \times 0.6 \mu\text{m}$, inmóvil, no esporulado cuyo desarrollo es óptimo a los $35^\circ - 37^\circ \text{C}$., su pared celular es rica en lípidos, lo que convierte a la superficie en hidrofóbica y por lo tanto, resistente a muchas desinfectantes y también a colorantes de laboratorio como los Gram o Giemsa. Esta característica es la que hace que una vez teñido sea capaz de resistir la decoloración con ácidos y alcohol, de ahí la denominación de BAAR (Bacilos Acido – Alcohol Resistentes). Puesto que su pared celular es compleja, esta micobacteria crece con lentitud y se divide cada 18 – 20 horas, tiene una virulencia variable y muchos antígenos capaces de despertar una gran variedad de respuestas inmunológicas en el huésped ⁽²⁹⁾

A) EPIDEMIOLOGÍA

Esta enfermedad cuyo agente causal ambiental es el *Mycobacterium tuberculosis*, descubierto por Roberto Koch en 1882, fue al inicio del siglo XX la causa más frecuente de muerte en zonas templadas y segunda (después del Paludismo) en zonas tropicales. ⁽³⁰⁾

La Organización Mundial de la Salud -OMS- declaró en abril de 1993 que la Tuberculosis había adquirido carácter de urgencia mundial, debido principalmente a la falta de atención a la enfermedad por parte de muchos gobiernos, con programas de control mal administrados, además del crecimiento demográfico y ahora último al vínculo entre la Tuberculosis y la infección con el VIH. Según ésta organización, cerca de la tercera parte de la población mundial está infectada con el bacilo *Mycobacterium tuberculosis* ⁽²⁾

Es uno de los problemas de salud más descuidados del mundo y en 1995 se reportaron más de 9 millones de casos nuevos de tuberculosis, con más de 3 millones de muertes, siendo la causa principal de muerte por enfermedades infecciosas en adultos representando la cuarta parte de las defunciones prevenibles en países en desarrollo y está cobrando fuerza nuevamente en países

industrializados. En los países denominados "en desarrollo", se localiza el 95 % de los enfermos, el 98 % de las defunciones por Tuberculosis y el 75 % de casos ocurren en la población económicamente activa. Según cálculos realizados por la OMS, la tercera parte del mundo está infectada. ⁽³¹⁾

En 2007 hubo 9,27 millones de casos incidentes de TB en todo el mundo, es decir más que los 9,24, 8,3 y 6,6 millones registrados en 2006, 2000 y 1990, respectivamente. En 2007 la mayoría de esos casos se registraron en Asia (55%) y África (31%); en las regiones del Mediterráneo Oriental, Europa y Américas las cifras correspondientes fueron del 6%, 5% y 3%, respectivamente. Los cinco países con mayor número de casos en 2007 fueron la India (2,0 millones), China (1,3 millones), Indonesia (0,53 millones), Nigeria (0,46 millones) y Sudáfrica (0,46 millones). De los 9,27 millones de casos incidentes registrados en 2007, se calcula que 1,37 millones (15%) eran VIH-positivos, de los cuales el 79% correspondió a la Región de África, y el 11% a la Región de Asia Sudoriental. ⁽³²⁾

En el año 2009, 1,7 millones de personas murieron de tuberculosis (incluyendo 380 000 mujeres y personas con VIH), lo que equivale a 4.700 muertes al día. La tasa de mortalidad de tuberculosis ha disminuido en un 35% desde 1990, y el número de muertes está disminuyendo también. La tuberculosis es una de las tres mayores causas de muerte entre las mujeres de 15-44 años. ⁽³³⁾

Hay 9,4 millones de casos nuevos de tuberculosis (incluyendo 3.3 millones de mujeres) en 2009, e incluyendo 1,1 millones de casos entre las personas con VIH. La tasa estimada de incidencia global se redujo a 137 casos por 100 000 habitantes en 2009, tras alcanzar un máximo en 2004 de 142 casos por 100 000. La tasa sigue cayendo pero con demasiada lentitud. ⁽³³⁾

A nivel mundial, el porcentaje de personas tratadas con éxito alcanzó el nivel más alto en 2008, con 86%. Desde 1995, 41 millones de personas han sido tratadas con éxito y hasta 6 millones de vidas salvadas a través de la estrategia

DOTS y con la estrategia Alto a la Tuberculosis. 5.800.000 casos de tuberculosis fueron notificados a través de los programas DOTS en 2009. ⁽³³⁾

Muchos países han elaborado planes para tratar la TB MDR, pero la respuesta a nivel mundial sigue siendo insuficiente. La tuberculosis extremadamente resistente (TB XDR) se produce cuando hay resistencia a los medicamentos de segunda línea. Los casos de TB- XDR han sido confirmados en 58 países ⁽³³⁾

En la Región de las Américas se producen aproximadamente 352.000 casos de tuberculosis y 50.000 muertes por año. La tuberculosis, es una enfermedad curable y prevenible, contagia en América Latina y el Caribe a 40 personas cada hora y provoca la muerte de una, cada diez minutos, según informó la Organización Panamericana de la Salud ⁽³⁴⁾

B) FACTORES QUE DETERMINAN EL RIESGO DE INFECCIÓN POR M. TUBERCULOSIS:

La tuberculosis es una enfermedad contagiosa. Al igual que el resfriado común, se propaga por el aire. Sólo las personas enfermas de tuberculosis pulmonar pueden transmitir la infección. Cuando tosen, estornudan, escupen o hablan, los sujetos infectados propulsan en el aire los gérmenes de la enfermedad, conocidos como bacilos tuberculosos. Basta con que una persona inhale unos pocos gérmenes para que contraiga la infección.

Si no recibe tratamiento, una persona con tuberculosis activa puede infectar a una media de entre 10 y 15 personas en un año. Sin embargo, los sujetos infectados no desarrollan necesariamente la enfermedad. El sistema inmunitario opone una «muralla» al bacilo tuberculoso, el cual, protegido por una gruesa capa cérica, puede mantenerse latente durante años. En los sujetos infectados cuyo sistema inmunitario se ha debilitado, la probabilidad de la enfermedad es mayor.

Cada segundo se produce en el mundo una nueva infección por el bacilo de la tuberculosis. Entre el 5% y el 10% de las personas infectadas por el bacilo de la tuberculosis (pero no por el VIH) desarrollan la enfermedad o pasan a ser contagiosas en el curso de su vida. Las personas infectadas por el VIH y el bacilo de la tuberculosis tiene muchas más probabilidades de desarrollar esta enfermedad. ⁽³⁵⁾

La probabilidad de que una persona expuesta a *M. tuberculosis* contraiga la infección depende principalmente de:

- ❖ La concentración de núcleos de gotitas infecciosos en el aire, lo cual está determinado por el número de bacilos generados por el paciente tuberculoso y el grado de ventilación en la zona de exposición.
- ❖ La duración de la exposición.

Las características del paciente tuberculoso influyen en el número de bacilos generados y, de ese modo, aumentan el riesgo de transmisión. Tales características son:

- ❖ Enfermedades de los pulmones, vías respiratorias o laringitis u otros actos espiratorios vigorosos.
- ❖ Presencia de bacilos ácido-alcohol resistentes en el esputo
- ❖ Presencia y grado de cavitación en la radiografía de tórax
- ❖ Que el paciente no se cubre la boca y la nariz al toser o estornudar.

Los pacientes tuberculosos se tornan generalmente no infecciosos al poco tiempo de iniciar el tratamiento. Por lo tanto, los prestadores de servicios sanitarios pueden contribuir a la transmisión de la tuberculosis mediante:

- ❖ El retraso del la comienzo de la terapia
- ❖ El incumplimiento en el inicio del tratamiento con un régimen adecuado

- ❖ La realización de procedimientos que pueden provocar tos o producir aerosolización de *M. Tuberculosis* (por ejemplo, provocación de la formación del esputo).⁽³⁶⁾

C) PATOLOGÍA DE LA TUBERCULOSIS:

En cuanto a las formas clínicas de tuberculosis, tenemos la primoinfección y se denomina así a la primera exposición del organismo a los bacilos de la tuberculosis. La fuente de infección más importante es por medio de las secreciones purulentas: esputo, de los individuos enfermos, a través de las gotitas de Pflügger que se eliminan al toser (principalmente), hablar, estornudar, etc.⁽²⁸⁾.

Las gotas de secreción en el exterior pierden una parte de su contenido acuoso por evaporación y dejan un núcleo con uno a tres bacilos que son los vehículos de transmisión que se dispersan fácilmente al quedar en suspensión en el aire los que al ser inhalados debido a su tamaño tan pequeño pueden eludir las defensas mucociliares de los bronquios y llegar hasta los alvéolos pulmonares dando lugar a su multiplicación, constituyendo así el denominado Foco de Gohn. El sistema linfático drena los bacilos a los ganglios linfáticos hiliares. El Foco de Gohn y la linfadenopatía hilar forman el complejo primario.

Los bacilos pueden propagarse a partir del complejo primario por conducto de la sangre a todo el cuerpo. La respuesta inmunitaria se desarrolla aproximadamente 4 – 6 semanas después de la primoinfección. En la mayoría de los casos la respuesta inmunitaria detiene la multiplicación de los bacilos, existiendo siempre un margen de persistencia a la infección. Existen factores dependientes del bacilo (elevado nivel de virulencia o alta dosis infectiva) y factores dependientes del huésped como son edad, factores genéticos, desnutrición proteica, presencia de hábitos nocivos como alcohol, la existencia de enfermedades inmunosupresoras como el HIV y la asociación con otras enfermedades como silicosis, diabetes mellitus, y neoplasias que favorecen el paso de infección a enfermedad.⁽³⁷⁾

Una vez establecida la primoinfección y habiéndose constituido el complejo primario (Complejo de Gohn), casi en el 90% de los casos no existe ninguna enfermedad clínica, pero la prueba cutánea de la tuberculina es positiva (habón \geq a 10mm), lo que indicaría que la bacteria ha entrado en contacto con el organismo.

El PPD (derivado proteínico purificado), se aplica por vía intradérmica, con una dosis de 0.1 ml. Equivalente a 2 UT (unidades internacionales), en el borde externo del antebrazo izquierdo, en la unión del tercio superior con el medio. La lectura se realiza a las 72 horas, luego de su aplicación, con una regla milimetrada y el resultado se informa en milímetros. En personas no infectadas por VIH se interpretan: 0 – 9 mm: negativo, \geq 10 mm: positivo y en personas infectadas con el VIH se interpretan: 0 – 4 mm. = negativo y \geq 5 mm: positivo.

La otra forma clínica es la Tuberculosis posprimaria, secundaria o broncógena, es la forma con mayor prevalencia de la enfermedad. Puede ocurrir ya sea por reactivación o reinfección. La reactivación se desarrolla a partir de una lesión antigua, en la cual los bacilos se encontraban en estado de latencia, los cuales luego de su exposición a un factor desencadenante empiezan a multiplicarse, este podría ser una inmunodepresión del organismo humano a causa de otra enfermedad, por ejemplo: VIH. En el cuadro clínico se suelen combinar manifestaciones sistémicas y respiratorias. Las manifestaciones sistémicas son las primeras en aparecer y consisten en: astenia, anorexia, decaimiento, fatiga fácil, y se le agregan los síntomas más significativos como la fiebre de predominio vespertino, tos y expectoración, hemoptisis, disnea. La tuberculosis posprimaria afecta generalmente a los pulmones pero puede infectar cualquier parte del cuerpo.

Los rasgos característicos de la tuberculosis pulmonar posprimaria son los siguientes: destrucción extensa de los pulmones con cavitación; frotis de esputo positivo; afección del lóbulo superior; frecuente ausencia de linfadenopatía intratorácica.⁽³⁷⁾

D) DIAGNÓSTICO:

El diagnóstico de tuberculosis se sospecha por el cuadro clínico-radiológico, pero debe ser confirmado por la identificación de *Mycobacterium tuberculosis*. El hallazgo de bacilos ácido-alcohol-resistentes (BAAR) en el examen directo del esputo es altamente aproximativo del diagnóstico etiológico y suficiente para iniciar el tratamiento específico.

La clasificación usada en baciloscopía es:

- (-) No se encuentran BAAR en 100 campos microscópicos observados
- (+) Menos de 1 BAAR por campo en promedio, en 100 campos microscópicos observados
- (++) De 1 a 100 BAAR por campo en promedio, en 50 campos microscópicos observados
- (+++) Más de 10 BAAR por campo en promedio, en 20 campos microscópicos observados.

Además hay parámetros para que la muestra de esputo sea considerado como adecuado tiene que tener un volumen mínimo de 5 ml, que provenga del árbol bronquial, que sea obtenida después de un esfuerzo de tos y que contenga leucocitos mayor a 25 por campo y células epiteliales menores a 10 por campo. Y si el paciente tiene escasa secreción entonces se debe indicar que produzca 3 expectoraciones. Y Si el paciente no llega a expectorar o la baciloscopía es negativa, se recurre a la fibrobroncoscopía con cepillado bronquial para obtener material de estudio. Aunque esta técnica tiene un mayor rendimiento diagnóstico el resultado del directo puede ser negativo en esta forma de tuberculosis, debiendo esperarse 60 días para obtener el resultado del cultivo.

La política del Gobierno Peruano ha instaurado la vacuna BCG que se aplica a los recién nacidos. Con esta vacuna se protege al niño contra las formas graves: Meningitis Tuberculosa y Tuberculosis Miliar, pero no de las formas pulmonares.

Así mismo se ha creado la Estrategia Sanitaria Nacional de Tuberculosis donde se estipula el tratamiento en Esquemas. Además establece conceptos como:

- *Caso sospechoso:* Todo sintomático respiratorio, es decir, paciente que presenta tos o expectoración de más de 15 días de evolución. Además pacientes que presentan por primera vez, laringitis crónica con disfonía persistente, laringotraqueítis crónica, bronquitis crónica, bronconeumonía, neumonía, enfisema o asma (excepto crisis asmática). Todo paciente positivo para VIH debe considerarse sospechoso para TBC.

- *Caso probable:* Paciente sintomático respiratorio con astenia, adinamia, pérdida de peso y anorexia no explicables por otra causa. En algunas ocasiones también hay fiebre, hepatoesplenomegalia, hemoptisis, dolor torácico y a la auscultación, sibilancias, crépitos o soplo tubárico.

- *Caso confirmado:* Caso probable que cumple con uno de los siguientes criterios: Baciloscopía positiva: cuando la muestra de esputo revela la presencia de bacilos ácido alcohol resistentes(BAAR) ó Cultivo positivo: cuando en el cultivo de Ogawa-Kudok se aísla Mycobacterium tuberculosis u otro tipo de Mycobacteria ó placa de rayos X con anomalías compatibles con tuberculosis: se consideran imágenes sospechosas de tuberculosis: nódulo regional, linfangitis, bronconeumonía intersticial, aumento marcado de ganglios hiliares- paratraqueales, consolidaciones neumónicas, derrame pleural, lesiones cavitarias, infiltrados miliars, cifoescoliosis, destrucción vertebral anterior, periostitis, calcificaciones, lesiones fibrosas, calcificaciones intracerebrales ó reacción tuberculínica positiva: sólo es utilizado en niños menores de 10 años sin cicatriz de BCG que son contactos de un caso confirmado ó Histopatología compatible ó asociación epidemiológica: contacto de riesgo en los últimos tres meses con un caso confirmado por laboratorio.

- *Caso compatible*: caso probable sin confirmación por laboratorio o sin asociación epidemiológica demostrada.
- *Curación*: Se negativizaron las baciloscopias y se conservaron así hasta terminar el tratamiento a los 6 meses.
- *Fracaso*: Paciente que conservo sus baciloscopias positivas o se volvieron a positivar cuatro meses o más después de iniciar el tratamiento.
- *Abandono*: paciente que suspende el tratamiento durante 1 mes o más. (9)

Una vez diagnosticada la enfermedad, los pacientes deben ser tratados utilizando para ello la estrategia recomendada por la OPS/OMS y que se conoce por las siglas DOTS o TAES en español que significa: "Tratamiento Acortado Estrictamente Supervisado".

E) TRATAMIENTO:

El principal objetivo del tratamiento es curar al enfermo e interrumpir la cadena de transmisión. La quimioterapia de la TB debe considerar:

- ❖ Asociación de dos o más fármacos antifímicos
- ❖ Mantener el tratamiento por un mínimo de seis meses
- ❖ Supervisar el tratamiento

1) Medicamentos Antituberculosis de Primera Línea

Los medicamentos de primera línea se utilizan en personas con tuberculosis en condición de: nuevos, recaídas y abandonos, son altamente eficaces y de buena tolerancia. (9)

Cuadro N° 01: Características clínico farmacológicas de los medicamentos de Primera línea⁽³⁸⁾

FARMACO	ACTIVIDAD CONTRA TB	ABSORCION	METABOLISMO	EXCRESION
Rifampicina (R)	Bactericida	Absorción retardada por alimentos	Hepático	Mayor parte de heces 20-30 %
Isioniazida (H)	Altamente bactericida	Mejor absorción en ayunas	Hepático	Renal
Pirazinamida (Z)	Bactericida	Efecto de alimentos en biodisponibilidad es mínimo	Hepático	70% por riñón
Etambutol (E)	Bacteriostático (bactericida a altas dosis)	Efecto de alimentos biodisponibilidad es mínimo	Renal y Hepático	80% por riñón
Estreptomina (S)	Bactericida	Parenteral	Distribución amplia en tejidos y líquidos corporales	50-40% por riñón y pequeña cantidad por bilis

2) Medicamentos Antituberculosis de Segunda Línea

Los medicamentos de segunda línea se utilizan generalmente en personas con tuberculosis resistente a antibióticos. Son menos eficaces y de menor tolerancia, excepto las quinolona. ⁽³⁸⁾

RELACIÓN ENTRE EL NIVEL DE CONOCIMIENTOS Y ACTITUDES HACIA LA ATENCIÓN DE LOS PACIENTES CON TUBERCULOSIS EN LOS ESTUDIANTES DE MEDICINA HUMANA DE LA UNIVERSIDAD PRIVADA DE TACNA -2010

MEDICAMENTO	Actividad Contra TB	ABSORCION	METABOLISMO	EXCRECION
Kanamicina(km)	Bactericida	Parenteral	Distribución amplia en tejidos y líquidos corporales	Renal
Amikacina (Am)	Bactericida	Parenteral		
Capreomicina (Cm)	Bactericida	Parenteral		
Estreptomocina (S)	Bactericida	Parenteral		
Levofloxacino (Lfx) ^a	Bactericida	Administrar 2 horas después en caso de haber ingerido alimentos lácteos, antiácidos, u otra medicación conteniendo Fe Mg, Ca, Zn, vitaminas didanosido ,sucralfato	Renal	Renal
Moxifloxacino (Mfx) ^a	Alta mente Bactericida	Su absorción es casi total tras la administración oral y no se ve afectada o la ingesta de alimentos incluidos lácteos	Hepático	Bilis y Renal
Ciprofloxacino (Cx)	Bactericida	Efecto de alimento en biodisponibilidad es mínimo. Sin embargo su absorción se reduce en presencia de alimentos con alto contenido de calcio (lácteos) y otros iones.	Hepático	80 % Renal
Ethionamida (Eto)	Débilmente bactericida	Absorción Enteral	Hepático	Renal
Acido paramito salicilico (PAS)	Bacteriostática	60- 65 % absorción oral	Hepático	Renal
Cicloserina (Cs)	Bacteriostática	Oral	Muy buena penetración en el Sistema Nervioso Central	Renal
Clofazimine (Cf) ^a	Bacteriostático	45 al 62% de la dosis oral	Hepático	Renal
Amoxicilina / ácido clavulánico (Amx/ Clv)	Bactericida in vitro	Gástrica y enteral	Hepático	Renal
Claritromicina (Clr)	Probable bacteriostático efecto de sinergia con E	Gástrica leve alteración con los alimentos	Hepático	Renal
Etambutol (E)*	Bacteriostático probable bactericida a dosis altas	Gástrica no afectado por alimentos	Hepático	Renal
Imipenen/ cilastina (Imp / Cln)	Bactericida in vitro	Paranental	Hepatico	Renal
Isoniacida (a dosis altas) (H)	Bactericida potente en cepas sensibles	Gástrico y enteral	Hepático	Hepático
Linezolid (LZD) ^a	Bactericida en cepas MDR/XDR	Enteral y parenteral casi completa	Hepático	Hepático y Renal
Meropenem (Mp)	Bactericida in vitro	Parenteral completa	Hepático	Hepático y Renal
Pirazinamida (Z) *	Bactericida intracelular	Enteral y gástrico	Hepatico	Hepatico y renal

* Son drogas de Primera Línea si la PS indica que son sensibles pueden ser usadas en el manejo de TB MDR
^a No se encuentra en el Petitorio Nacional Único de Medicamentos Esenciales, sin embargo la ESN PCT puede gestionar ante DIGEMID la autorización para la adquisición según las normas vírgenes.

Cuadro N°02: Características clínico farmacológicas de los medicamentos de segunda línea⁽³⁸⁾

3) Recomendaciones antes del Tratamiento Antituberculosis:

- Condición bacteriológica inicial por baciloscopia o cultivo.
- Antecedente del tratamiento antituberculosis previo y resultados de pruebas de sensibilidad anteriores.
- Localización de la enfermedad: pulmonar o extra-pulmonar.
- Presencia de factores de riesgo para TB MDR
- Gravedad y pronóstico de la enfermedad.
- Presencia de comorbilidad o inmuno-compromiso (VIH, Diabetes, otros)
- Antecedente personal y/o familiar de reacción medicamentosa
- Resultados de Laboratorio y 10 Anatomía Patológica (en TB extrapulmonar)
- Asegurar el envío y recepción de muestras para pruebas de sensibilidad.

4) Esquema UNO: 2RHEZ/4R2H2

Es el esquema de terapia combinada diseñado con medicamentos de primera línea, ya está indicado para:

- Todo paciente NUNCA TRATADO con diagnóstico de tuberculosis pulmonar y extrapulmonar con frotis positivo o negativo (incluyendo a aquellos con cultivo BK positivo o negativo) independiente de la condición de VIH/SIDA tuberculosis
- Todo paciente que cuente con una Prueba de Sensibilidad (PS) vigente (menos de 3 meses) que indique que es PANSENSIBLE. (Cuenta con resultado de prueba de sensibilidad convencional o rápida que es sensible a H Y R)
- En todo paciente ANTES TRATADO (recaída por primera vez, abandono recuperado por primera vez) debe solicitarse Prueba de Sensibilidad antes

de iniciar este tratamiento. Antes tratado con PS que indique TB resistente.(mono o poliresistente)

Composición: El tratamiento primario ESQUEMA UNO estrictamente supervisado incluye los siguientes fármacos: Isoniacida (H), Rifampicina (R), Pirazinamida (Z), Etambutol (E) El esquema de tratamiento primario acortado se debe administrar durante 6 meses, hasta completar 82 dosis, dividido en dos etapas:

- ❖ Primera Fase: 50 dosis (diario de lunes a sábado con RHEZ)
- ❖ Segunda Fase: 32 dosis (intermitente, 2 veces por semana, con RH)

5) Tratamiento de la Tuberculosis Multidrogoresistente (TB MDR):

La mejor opción de manejo para la TB MDR es el retratamiento individualizado, pero las personas con tuberculosis no siempre cuentan con resultados de prueba de sensibilidad en el momento de la decisión terapéutica, lo cual condiciona la necesidad de esquemas de tratamientos intermedios empíricos, en el país denominado esquema estandarizado de retratamiento o esquema empírico de retratamiento. ⁽³⁸⁾

6) Seguimiento del tratamiento:

- ❖ Control clínico: evaluar al paciente mensualmente o tantas veces como lo necesite: hacer una revisión del estado general, evolución de los síntomas (verificación de ingesta, tolerancia y deglución del fármaco).
- ❖ Control bacteriológico: se debe hacer una baciloscopía mensual, la cual: Será favorable cuando resulte negativa desde el tercer mes de tratamiento o antes y persista negativa hasta terminar las dosis requeridas para cada esquema. Será desfavorable cuando persista positiva desde el cuarto mes

de tratamiento (sospecha de fracaso o farmacorresistencia) o presente baciloscopías positivas en meses consecutivos, después de un periodo de negativización.

- ❖ Control radiológico: se efectuará en adultos como estudio complementario, cuando exista el recurso. En niños es indispensable hacerlo al inicio y al final del tratamiento, si es posible cada dos meses. La curación del enfermo adulto ocurre muy frecuentemente con persistencia de lesiones cicatriciales, evidentes en la radiografía de tórax, por lo que el control debe basarse en la evaluación clínica y bacteriológica.

7) El tratamiento iniciado deberá modificarse cuando exista:

- ❖ Elevación de TGO (transaminasa glutámico oxalacética) hasta 3 veces arriba de lo normal: se necesitará una vigilancia estrecha hasta llegar a la normalización, así como verificar si las dosis de los antituberculosos son correctas.
- ❖ Elevación de TGO entre 3 y 6 veces más de lo normal: en la parte inicial de la fase intensiva, se recomienda suspender la pirazinamida y seguir con la isoniacida, rifampicina y etambutol. Posteriormente aumentar 3 meses la fase de sostén
- ❖ Elevación de TGO más de 6 veces de lo normal: se recomienda suspender el tratamiento completamente por lo menos 48 horas
- ❖ Interrupción del tratamiento por más de 2 meses: cualquiera que haya sido la razón, se recomienda reiniciar el tratamiento desde el principio.
- ❖ Interrupción del tratamiento menos de 2 meses: se recomienda retomar el tratamiento estándar sin modificar la duración

Si se presenta una afectación cutáneo-mucosa con reacción general contraria a un eritema simple, se deberá interrumpir el uso de medicamentos, debido a un riesgo de síndrome de Steven Johnson. Las poliartralgias relacionadas con la pirazinamida son sensibles al uso de AINES (anti-inflamatorios no esteroideos) y no tienen relación con la hiperuricemia, por lo que no son razón para interrumpir el tratamiento. No está recomendado tratar una hiperuricemia aislada. La administración de los antifímicos debe ser idealmente en ayunas o 2 horas después del desayuno. ⁽⁰⁹⁾

RELACIÓN ENTRE EL NIVEL DE CONOCIMIENTOS Y ACTITUDES HACIA LA ATENCIÓN DE LOS PACIENTES CON TUBERCULOSIS EN LOS ESTUDIANTES DE MEDICINA HUMANA DE LA UNIVERSIDAD PRIVADA DE TACNA -2010

Cuadro N° 03: manejo de los efectos más frecuentes de los medicamentos de segunda línea

RAFA	Medicamento antituberculoso Asociado	Medicamento sugerido para manejo de RAFA	Dosis	Duración
Gastritis	Isoniazida Rifampicina Pirazinamida Ethionamida PAS	Omeprazol	20mg VO c/24h	Al menos 20 días
Nauseas y Vómitos*	Rifampicina Etambutol Pirazinamida Ciprofloxacino Ethionamida PAS	Metrocloclamida	10mg VO C/ 8h	Al menos 7 días
		Dimenhidrinato	50mg VO c/ 6h	
Urticaria*	Cualquiera	Clorfenamina	4mg VO c/ 6 -8h	Mientras que duren los síntomas El uso del corticoide se limita a casos severos o con angioedemia
		Loratadina	10 mg VOO c/ 12-24 h	
		Prednisona o	20-50 VO c/ 24 h	
		Dexametasona	1-2 mg VO c/12H	
Depresión	Cicloserina Ethionamida	Sertralina	50mg VO c/24h	Al menos 6 meses según evaluación psiquiátrica
		Mirtazapina	15-30mg VO c/24h	
Psicosis	Cicloserina Insoniacida	Risperidona	1-.2 mg VO c/ 12h	Al menos 6 meses y según evaluación psiquiátrica
Ansiedad	Cicloserina Quinolonas	Clonazepan	2 mg VO c/ 12h	Al menos 3 meses y según evaluación psiquiátrica
Neuropatía Periférica*	Isoniazida Cicloserina Ethionamida Quinolonas	Gabapentina	300 mg VO c/12h	Al menos 3 meses y según evaluación neurológica
		Amitriplina	25 mg VO c/24 h	
		Piridoxina	25-50 mg VO c/ 24h	

* Debe valorarse suspensión transitoria o definitiva del medicamento causante

Clasificación de la severidad de la RAFA

No Serio: Manifestaciones clínicas poco significativas o de baja intensidad, que no requieren ninguna medida terapéutica importante y/o que no ameritan suspensión de tratamiento.

Serio: Manifestaciones clínicas importantes, sin amenaza inmediata a la vida del paciente pero que requieren medidas terapéuticas y/o suspensión de tratamiento.

Grave: Las que producen la muerte, amenazan la vida del paciente, producen incapacidad permanente o sustancial, requieren hospitalización o prolongan el tiempo de hospitalización, producen anomalías congénitas o procesos malignos. Requiere evaluación multidisciplinaria y de especialidades según el caso lo amerite.⁽⁹⁾

CAPITULO III

HIPOTESIS, VARIABLES Y DEFINICIONES:

3.1 HIPOTESIS:

Hi: Existe relación estadística significativa entre el nivel de conocimientos y las actitudes de los estudiantes de Medicina Humana hacia la atención de los pacientes con Tuberculosis pulmonar.

Ho: No existe relación estadística significativa entre el nivel de conocimientos y actitudes de los estudiantes de Medicina Humana hacia la atención de los pacientes con Tuberculosis pulmonar

3.2 OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES:

VARIABLE	INDICADOR	CATEGORIAS	ESCALA DE MEDICION
Edad	Tiempo de existencia desde el nacimiento en años	1. De 18 a 20 años 2. 21 a 24 años 3. Mayor igual a 25 años	Intervalo
Sexo	Género distinguido por fenotipo	1. Femenino 2. Masculino	Nominal
Ciclo de estudios	Grado o nivel académico que cursa actualmente el estudiante de Medicina Entrevista	1. V ciclo 2. VII ciclo 3. X ciclo	Ordinal
Actitud	Escala de Likert.	1. Actitud Desfavorable 2. Actitud Indiferente 3. Actitud Favorable	Nominal
Nivel de conocimientos	Cuestionario de conocimientos	1. Buena 2. Regular 3. Mala	Nominal

CAPITULO IV

METODOLOGIA DE LA INVESTIGACION

CAPITULO IV

METODOLOGIA DE LA INVESTIGACION

4.1 DISEÑO

Es una investigación cuantitativa del tipo descriptiva de corte transversal, donde mediante un instrumento de medición estructurado se determinó el nivel de conocimientos y actitudes sobre la atención en pacientes con Tuberculosis pulmonar en estudiantes de Medicina Humana.

4.2 POBLACION Y MUESTRA

POBLACION:

La población de estudio son los estudiantes de Medicina, matriculados en el año académico 2010 que cursan los ciclos V, VII y X en la Escuela profesional de Medicina Humana de la Universidad Privada de Tacna, que son un total de 174.

TAMAÑO DE MUESTRA: En una primera fase, se utilizó la siguiente fórmula:

$$n = \frac{k^2 * p * q * N}{(e^2 * (N-1)) + k^2 * p * q}$$

Donde:

n : Tamaño de la muestra	= ¿?
N : Población objeto	= 174
k : Nivel de significación	= 1.96
p : Probabilidad de éxito	= 0.33
q : Probabilidad de fracaso	= 0.67
e : Error	= 5 %

Reemplazando:

$$n = \frac{(1.96)^2(0.33)(0.67)(174)}{(5)^2(174-1) + 1.96^2(0.33)(0.67)}$$
$$n = \frac{147.79173}{0.43576 + 0.84938}$$
$$n = \frac{167.1096}{1.2851}$$
$$n = 115$$

Dando como resultado a 115 estudiantes como muestra.

En una **segunda fase** una vez obtenido el tamaño muestral de la población objeto, se procedió a elegir el tamaño estratificado mediante la ecuación de Kish (1965) que se muestra a continuación:

$$fh = \frac{n}{N} = KSh$$

En donde fh es la fracción del estrato, n el tamaño de la muestra, N el tamaño de la población elegida, sh es la desviación estándar de cada elemento del estrato h , y K es una proporción constante que nos dará como resultado una η óptima para cada estrato.

Así tenemos, para la obtención del primer estrato una sub población de 174 estudiantes de Medicina donde $n = 115$, la fracción de los estratos fh será:

$$fh = \frac{n}{N} = \frac{115}{174} = 0.6609$$

**RELACIÓN ENTRE EL NIVEL DE CONOCIMIENTOS Y ACTITUDES HACIA LA
ATENCIÓN DE LOS PACIENTES CON TUBERCULOSIS EN LOS ESTUDIANTES
MEDICINA HUMANA DE LA UNIVERSIDAD PRIVADA DE TACNA -2010**

De tal manera que, el número total de estudiantes de cada ciclo y en los grados que corresponda se multiplicará por esta fracción constante a fin de obtener el tamaño de muestra para cada estrato.

Así tenemos el siguiente cuadro:

Estratos de la Población de estudiantes	Tamaño de la Población Por Estrato	Determinación de los Estratos Muestrales	Estratos de La Muestra
V ciclo	57	57×0.6609	38
VII ciclo	61	61×0.6609	40
X ciclo	56	56×0.6609	37

4.2.1 CRITERIOS DE INCLUSIÓN:

- Estudiantes de Medicina de los ciclos V, VII y X.
- Matriculados en el año académico 2010 en cursos clínicos.
- De ambos sexos y toda edad.

4.2.2 CRITERIO DE EXCLUSIÓN:

- Que no cumplan los criterios de inclusión.
- Que no deseen participar del estudio

4.3. INSTRUMENTO DE RECOLECCION DE DATOS:

4.3.1 DESCRIPCION DEL INSTRUMENTO:

La técnica que se utilizó fue un cuestionario estructurado, el cual consta de 2 partes, el cuestionario fue aplicado en el mes de agosto del 2010.

Determinación del nivel de conocimientos: El cuestionario tendrá como objetivo identificar los conocimientos que tienen los estudiantes de Medicina hacia la atención de los pacientes con tuberculosis pulmonar. Consta de 3 partes:

- La primera parte viene a ser la introducción donde se menciona el título, objetivo y la confidencialidad.
- La segunda parte corresponde a los datos generales del informante.
- La tercera parte consta de 13 preguntas, las cuales son cerradas con alternativas múltiples acerca de los conocimientos que tienen los estudiantes de Medicina Humana hacia la atención de pacientes con tuberculosis pulmonar. (Ver Anexo)

La validación y confiabilidad del instrumento, fue realizada mediante la prueba de Alfa de Cronbach con un nivel adecuado de fiabilidad de 0.8, con un intervalo de confianza del 95%.

Estadísticos de fiabilidad

Alfa de Cronbach	Alfa de Cronbach basada en los elementos tipificados	N de elementos
0,800	0,805	13

Determinación de la actitud: se hizo mediante la escala de Lickert, con el objetivo de identificar las actitudes que tienen los estudiantes de

Medicina Humana hacia la atención de los pacientes con tuberculosis pulmonar con respecto a la promoción, prevención, control y seguridad. Consta de proposiciones con alternativas en escalas de muy de acuerdo a muy en desacuerdo. (Ver Anexo).

La validación del instrumento fue realizada mediante Alfa de Cronbach con un nivel adecuado de fiabilidad de 0.8, con un intervalo de confianza del 95%.

Estadísticos de fiabilidad

Alfa de Cronbach	Alfa de Cronbach basada en los elementos tipificados	N de elementos
0,856	0,878	19

Validez del contenido:

La validez del contenido de los instrumentos: cuestionario y escala de Lickert se realizó mediante Juicio de Expertos, conformado por dos especialistas de neumología y un médico general encargado del programa de TB .

Validez de constructo:

La validez de constructo se realizó mediante un estudio piloto de 15 estudiantes encuestados; con 13 constructos (ítems) en el instrumento de conocimientos acerca de TB pulmonar y 19 constructos en el instrumento de actitud hacia la atención del paciente con tuberculosis, validado mediante la metodología de componentes principales sin rotación (análisis factorial.).

Se aplicó del análisis factorial a partir de las componentes principales y sin ellos, se evaluó la adecuación mediante del modelo factorial con el índice de Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) resultando este un valor de 0,674 (>0,60) indicativo de mediana o regular intercorrelación según la escala de este estadístico. Mediante el test de Bartlett indicó que el valor p del chi cuadrado es menor a 0,05 por lo tanto el análisis factorial es adecuado.

KMO y prueba de Bartlett

Medida de adecuación muestral de Kaiser-Meyer-Olkin.		0,674
Prueba de esfericidad de Bartlett	Chi-cuadrado aproximado	156,514
	Gl	82
	Sig.	0,000

La confiabilidad se calculó mediante el coeficiente alfa de Cronbach siendo este mayor a 0,8; podemos afirmar que mientras más se acerque a la unidad es más confiable, así mismo por encima de 0,60 es confiable para ser aplicado en este estudio.

Finalmente afirmamos que el instrumento presenta consistencia interna adecuada y validez de constructo incipiente lo que quiere decir que el instrumento mide lo que dice medir. Se validó el instrumento para su aplicación en el presente estudio.

CAPITULO V

PROCEDIMIENTO DE ANALISIS DE DATOS

Para la aplicación de los instrumentos se realizó los trámites administrativos correspondientes para obtener la autorización de la Facultad de Ciencias de la Salud de la UPT para el desarrollo del estudio.

Posteriormente se coordinó con los tutores de los respectivos años de estudios para la aplicación del cuestionario y la escala de Lickert modificada.

Luego de la recolección de datos, se elaboró una matriz de base de datos a través de una hoja de cálculo, introduciendo la variable de acuerdo al instrumento utilizado considerando a cada dato con un valor numérico. Se procedió al vaciado de datos previa codificación y se exportó la matriz de datos a un paquete estadístico. Para la presentación de los resultados se utilizó tablas estadísticas y gráficos para su análisis e interpretación.

Se utilizó el programa SPSS para la digitación de datos y para el análisis y contrastación de hipótesis, se utilizó la prueba de Chi cuadrada para determinar la asociación de variables con un valor p significativo menor de 0,05.

Determinación de los niveles de conocimientos

Se determinó los niveles de conocimientos mediante la escala vigesimal de 0 (cero) a 20 (veinte); Según Baremación de Test de métodos estadísticos para la investigación biomédica de Armitage, dando como categorías lo siguiente :

Deficiente (0 a 10,4)
Regular (10,5 a 15)
Bueno (15,1 a 20)

Determinación de los niveles de actitudes (Promoción, prevención, control y seguridad) Según Baremación de Test de métodos estadísticos para la investigación biomédica de Armitage, se utilizó el sistema percentilar con niveles de corte:

Percentil 25

Percentil 75

Por lo tanto se considera una actitud desfavorable en por debajo del percentil 25. una actitud indiferente valores entre el percentil 25 y 75 y actitud favorable con valores por encima del percentil 75.

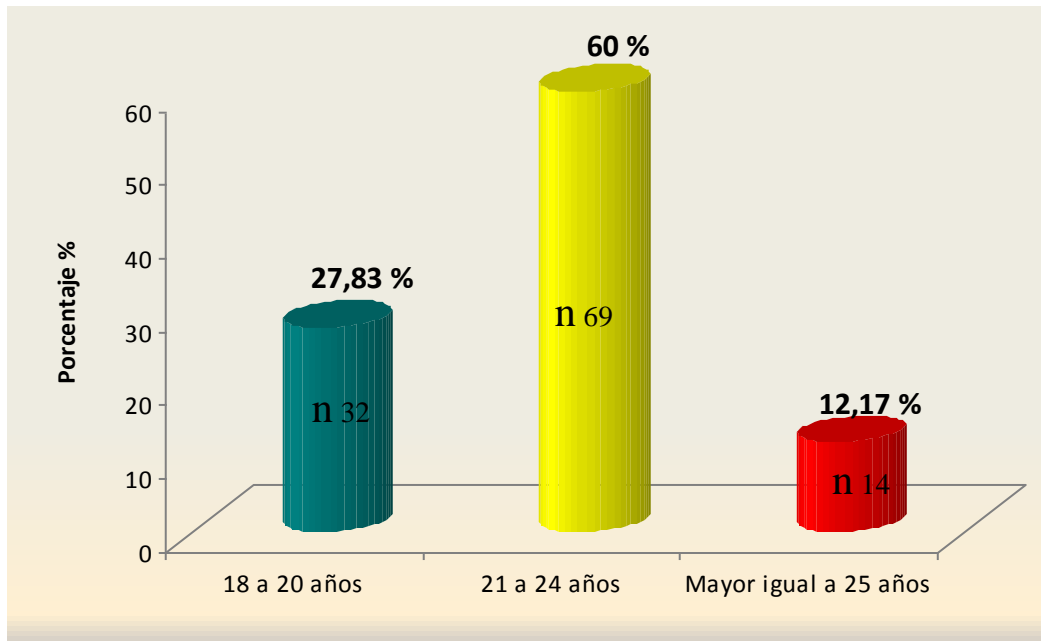
Todos los percentiles fueron calculados teniendo en cuenta el nivel de dispersión de los datos, para lo cual se analizó la varianza del grupo. Los cálculos se hicieron en forma separada por cada ciclo de estudio para luego realizar la comparación final y asociaciones.

CAPITULO VI

PRESENTACIÓN DE RESULTADOS

GRÁFICO Nro.01

DISTRIBUCIÓN DE LOS ESTUDIANTES DE MEDICINA HUMANA POR GRUPO DE EDAD EN LA FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD DE LA UNIVERSIDAD PRIVADA DE TACNA -2010



Fuente: Ficha de recolección de datos

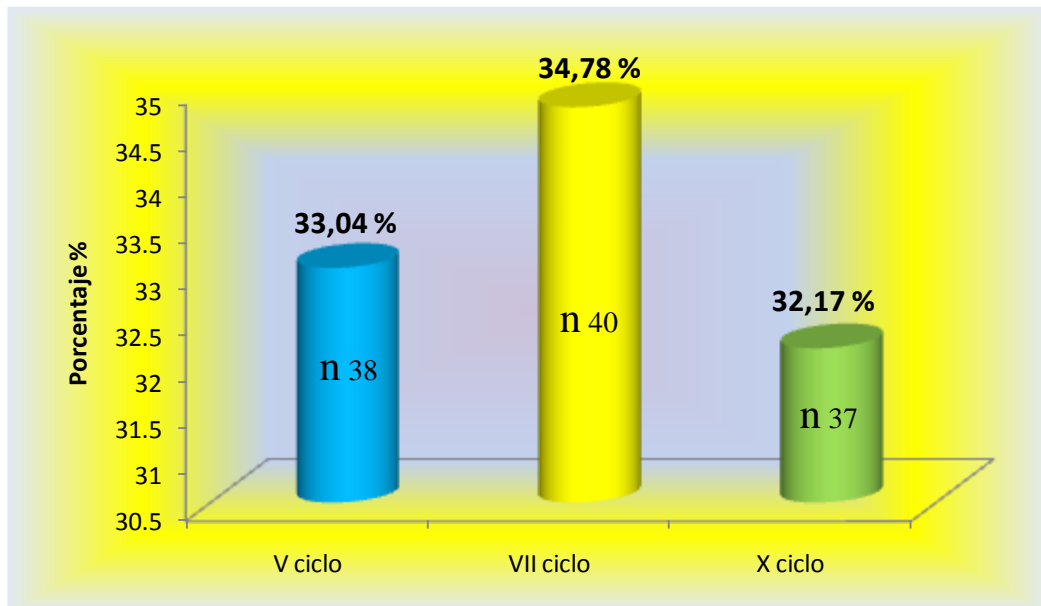
Media	21,83	Mediana	22,00	Moda	22
Desv. típ.	3,198	Mínimo	18	Máximo	49

En el gráfico Nro. 01 podemos apreciar la distribución de los estudiantes de Medicina Humana del V, VII y X ciclos, por grupo de edades, donde el 60,00 % de ellos corresponde entre las edades de 21 a 24 años con 69 estudiantes, le sigue el grupo de 18 a 20 años con un 27,83 % (32 estudiantes), finalmente el grupo Mayor igual a 25 años con un 12,17 % (14 estudiantes).

La edad media corresponde a $21,83 \pm 3,198$ años, el 50 % presentan edad menor a 22 años, la edad frecuente es 22 años, la edad mínima es 18 años y la edad máxima es 49 años

GRÁFICO Nro.02

DISTRIBUCIÓN DE LOS ESTUDIANTES DE MEDICINA HUMANA POR CICLO DE ESTUDIO EN LA FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD DE LA UNIVERSIDAD PRIVADA DE TACNA -2010

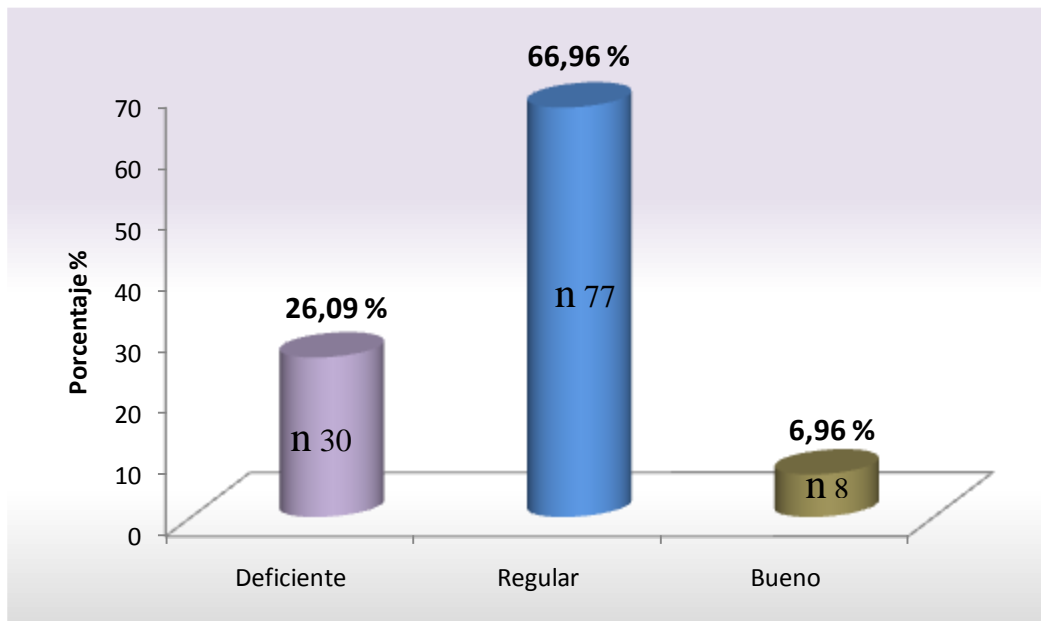


Fuente: Ficha de recolección de datos

En el gráfico Nro. 02 podemos apreciar la distribución de los estudiantes de Medicina Humana por ciclos de estudio, que participaron en el estudio, donde el 33,04 % corresponde al Quinto ciclo, con 38 estudiantes, el 34,78 % corresponde al Séptimo ciclo con 40 estudiantes y el 32,17 % corresponde al Décimo ciclo con 37 estudiantes.

GRÁFICO NRO.03

DISTRIBUCIÓN DE LOS ESTUDIANTES DE MEDICINA HUMANA SEGÚN NIVEL DE CONOCIMIENTOS EN TUBERCULOSIS PULMONAR, EN LA FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD DE LA UNIVERSIDAD PRIVADA DE TACNA – 2010



Fuente: Cuestionario de conocimientos d Tuberculosis Pulmonar

En el gráfico Nro. 03 podemos apreciar la distribución de los estudiantes de Medicina Humana del V, VII y X ciclos según nivel de conocimientos, donde el 66,96 % presentan un nivel Regular (10,5 a 15 de calificación) le sigue el nivel Deficiente (00 a 10,4 de calificación) con un 26,09 % y finalmente el 6,96 % presentan un nivel bueno de conocimientos (15,1 a 20 de calificación).

TABLA Nro.01

**DISTRIBUCIÓN DE NIVEL DE CONOCIMIENTOS EN TUBERCULOSIS
PULMONAR POR CICLOS DE ESTUDIO EN LOS ESTUDIANTES DE
MEDICINA HUMANA DE LA FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
DE LA UNIVERSIDAD PRIVADA DE TACNA – 2010**

Nivel de conocimientos	Total		CICLO					
			V ciclo		VII ciclo		X ciclo	
	n	%	N	%	n	%	n	%
Deficiente	30	26,09	8	21,05	12	30,00	10	27,03
Regular	77	66,96	27	71,05	26	65,00	24	64,86
Bueno	8	6,96	3	7,89	2	5,00	3	8,11
Total	115	100,00	38	100,00	40	100,00	37	100,00

Fuente: Cuestionario de conocimientos d Tuberculosis Pulmonar y ficha de recolección de datos.

Prueba chi cuadrado valor = 1,097

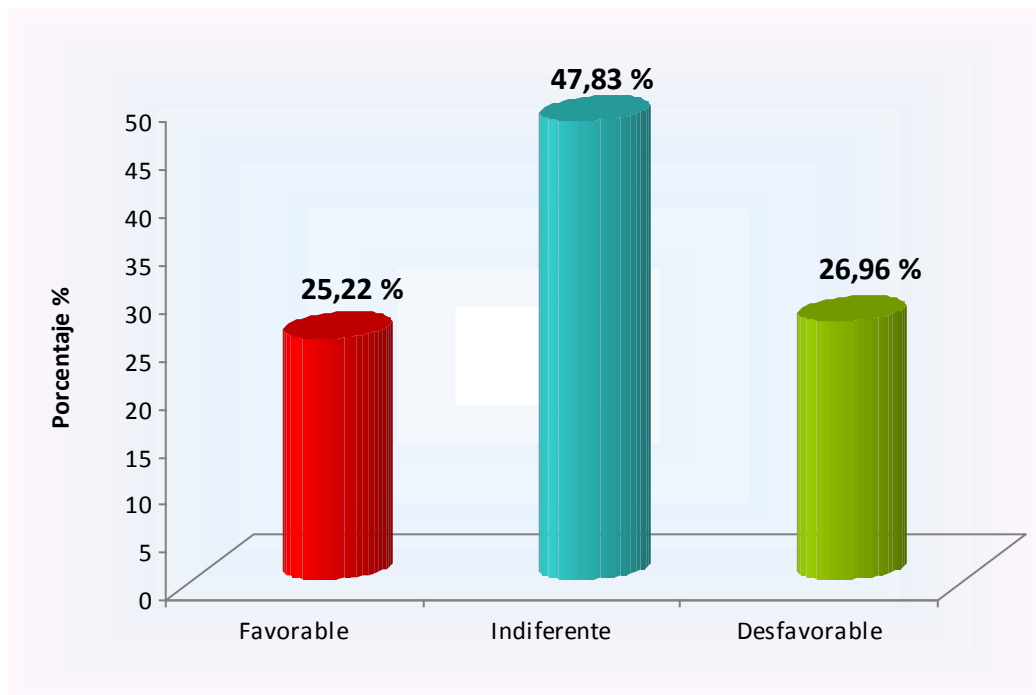
Valor p = 0,895

En la Tabla Nro. 01 podemos apreciar la distribución de nivel de conocimientos por ciclos de estudios, donde en el nivel bueno de conocimientos, el décimo ciclo presenta un porcentaje de 8,11 %, con 3 estudiantes, seguido del quinto ciclo con 7,89 %, con 3 estudiantes, mientras que en el séptimo ciclo presenta un porcentaje del 5,0 %, con 2 estudiantes.

Realizando la prueba de chi cuadrado no se encontró diferencias estadísticas significativas en relación al nivel de conocimientos y los ciclos de estudio.

GRÁFICO Nro.04

DISTRIBUCIÓN DE LA ACTITUD FRENTE A LA ATENCIÓN DEL PACIENTE CON TUBERCULOSIS PULMONAR EN LOS ESTUDIANTES DE MEDICINA HUMANA DE LA FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD DE LA UNIVERSIDAD PRIVADA DE TACNA – 2010



Fuente: Cuestionario de actitud frente a la atención del paciente con Tuberculosis Pulmonar

En el gráfico Nro. 04 podemos apreciar la distribución de la actitud frente a la atención de pacientes con Tuberculosis pulmonar, donde el 25,22 % presentan una actitud favorable frente a la atención del paciente con Tuberculosis pulmonar, mientras que el 47,83 % presentan una actitud indiferente frente a la atención del paciente con Tuberculosis pulmonar y finalmente presentan una actitud desfavorable el 26,96 %.

TABLA Nro.02

DISTRIBUCIÓN DE LA ACTITUD FRENTE A LA ATENCIÓN DEL PACIENTE CON TUBERCULOSIS PULMONAR POR CICLOS DE ESTUDIO EN LOS ESTUDIANTES DE MEDICINA HUMANA DE LA FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD DE LA UNIVERSIDAD PRIVADA DE TACNA – 2010

Actitud	Total		CICLO					
			V ciclo		VII ciclo		X ciclo	
	N	%	n	%	N	%	n	%
Favorable	29	25,22	0	0,00	14	35,00	15	40,54
Indiferente	55	47,83	16	42,11	23	57,50	16	43,24
Desfavorable	31	26,96	22	57,89	3	7,50	6	16,22
Total	115	100,00	38	100,00	40	100,00	37	100,00

Fuente: Cuestionario de actitud frente a la atención del paciente con Tuberculosis Pulmonar y ficha de recolección de datos.

Prueba chi cuadrado valor = 36,445

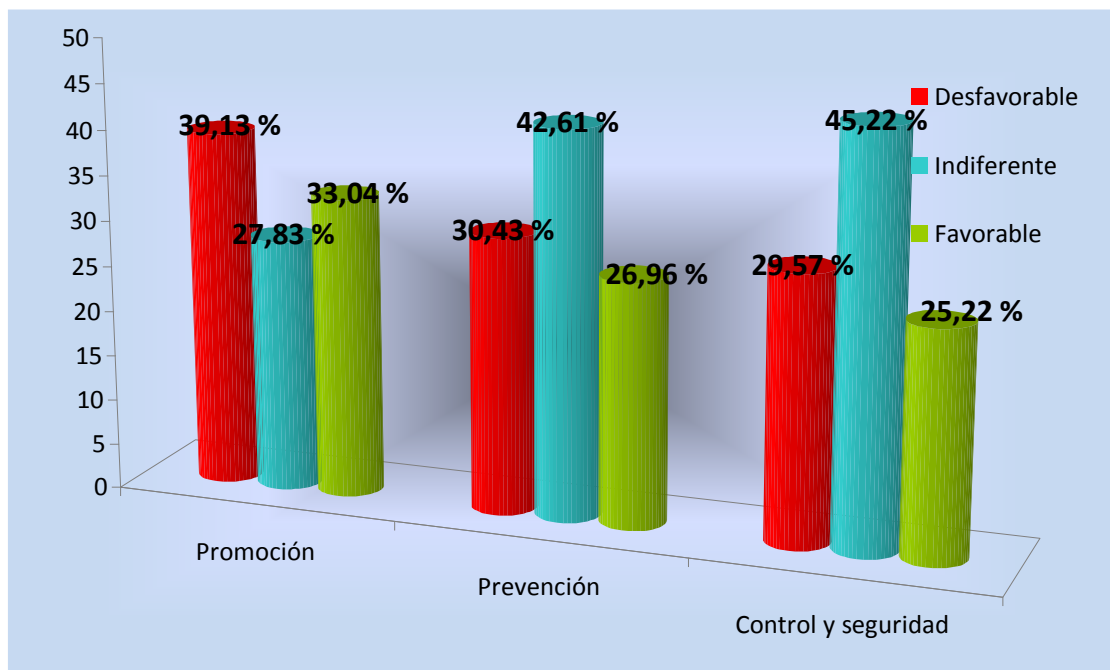
Valor p < 0,001

En la tabla Nro. 02 podemos apreciar la distribución de la actitud por ciclos de estudios, donde el décimo ciclo con 40,54 %, presentan actitud favorable, seguido del séptimo ciclo con 35,00 %. Mientras que, el quinto ciclo, ninguno mostró actitud favorable.

Realizando la prueba de chi cuadrado se encontraron diferencias estadísticas significativas en relación a la actitud y los ciclos de estudio.

GRÁFICO Nro.05

DISTRIBUCIÓN DE LA ACTITUD FRENTE A LA ATENCIÓN DEL PACIENTE CON TUBERCULOSIS PULMONAR POR DIMENSIONES EN LOS ESTUDIANTES DE MEDICINA HUMANA DE LA FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD DE LA UNIVERSIDAD PRIVADA DE TACNA – 2010



Fuente: Cuestionario de actitud frente a la atención del paciente con Tuberculosis Pulmonar

En el gráfico Nro. 05 podemos apreciar la distribución de la actitud frente a la atención de pacientes con Tuberculosis pulmonar por dimensiones, donde en la dimensión promoción el 39,13 % presentan una actitud desfavorable, en la dimensión prevención el 42,61 % presentan una actitud indiferente y en la dimensión Control y seguridad presentan una actitud indiferente el 45.22 %.

CONTRASTE DE HIPOTESIS

TABLA Nro.03

RELACIÓN ENTRE EL NIVEL DE CONOCIMIENTOS DE TUBERCULOSIS PULMONAR Y LA ACTITUD FRENTE A LA ATENCIÓN DEL PACIENTE CON TUBERCULOSIS PULMONAR EN LOS ESTUDIANTES DE MEDICINA HUMANA DE LA FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD DE LA UNIVERSIDAD PRIVADA DE TACNA – 2010

Nivel de Conocimientos	Total		Actitud frente a la atención del paciente con tuberculosis					
			Desfavorable		Indiferente		Favorable	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Deficiente	30	100,00	7	23,33	12	40,00	11	36,67
Regular	77	100,00	21	27,27	40	51,95	16	20,78
Bueno	8	100,00	3	37,50	3	37,50	2	25,00
Total	115	100,00	31	26,96	55	47,83	29	25,22

Fuente: Cuestionario de Conocimientos de tuberculosis pulmonar y de actitud frente a la atención del paciente con Tuberculosis Pulmonar

Prueba chi cuadrado valor = 3,476

Valor p = 0,482

En la tabla Nro. 03 podemos apreciar la asociación o relación entre nivel de conocimientos y la actitud frente a la atención del paciente con tuberculosis pulmonar donde dentro del nivel deficiente de conocimientos el 40,00 % presentan una actitud Indiferente, el 23,33 % presentan actitud desfavorable y el 33.67% presentan una actitud favorable.

DÓCIMA DE HIPÓTESIS

H_0 : No existe asociación estadística significativa entre el nivel de conocimientos y la actitud del estudiante del Medicina Humana de la UPT frente a la atención del paciente con Tuberculosis Pulmonar.

H_1 : Existe asociación estadística significativa entre el nivel de conocimientos y la actitud del estudiante de Medicina Humana de la UPT frente a la atención del paciente con Tuberculosis Pulmonar.

Realizando la prueba estadística chi cuadrado el valor p es mayor a 0,05; .No se rechaza H_0 , por lo que se puede afirmar que no existe asociación estadística significativa entre el nivel de conocimientos y la actitud frente a la atención del paciente con tuberculosis pulmonar.

TABLA Nro.04

RELACIÓN ENTRE EL NIVEL DE CONOCIMIENTOS DE TUBERCULOSIS PULMONAR Y LA ACTITUD FRENTE A LA ATENCIÓN DEL PACIENTE CON TUBERCULOSIS PULMONAR POR DIMENSIÓN PROMOCIÓN EN LOS ESTUDIANTES DE MEDICINA HUMANA DE LA FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD DE LA UNIVERSIDAD PRIVADA DE TACNA – 2010

Nivel de Conocimientos	Actitud : Dimensión Promoción							
	Total		Desfavorable		Indiferente		Favorable	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Deficiente	30	100.00	10	33,33	4	13,33	16	53,33
Regular	77	100.00	33	42,86	24	31,17	20	25,97
Bueno	8	100.00	2	25,00	4	50,00	2	25,00
Total	115	100.00	45	39,13	32	27,83	38	33,04

Fuente: Cuestionario de Conocimientos de tuberculosis pulmonar y de actitud frente a la atención del paciente con Tuberculosis Pulmonar

Prueba chi cuadrado valor = 9,985

Valor p = 0,041

Correlación de Pearson – 0,222 Valor P: 0,017

En la tabla Nro. 04 podemos apreciar la asociación o relación entre nivel de conocimientos y la actitud en cuanto a la dimensión promoción donde dentro del nivel deficiente de conocimientos el 53,33 % tiene una actitud favorable y un 33,33 % presentan una actitud desfavorable.

Realizando la prueba estadística chi cuadrado el valor p es menor a 0,05 por lo que se puede afirmar que existe asociación estadística significativa denotando que el nivel de conocimientos influye en la actitud en cuanto a la dimensión promoción en la atención del paciente con tuberculosis pulmonar.

Mediante la prueba de correlación de Pearson podemos afirmar que el nivel de conocimientos influye negativamente, es decir a mayor nivel de conocimientos, menor es la actitud hacia la dimensión promoción.

TABLA Nro.05

RELACIÓN ENTRE EL NIVEL DE CONOCIMIENTOS DE TUBERCULOSIS PULMONAR Y LA ACTITUD FRENTE A LA ATENCIÓN DEL PACIENTE CON TUBERCULOSIS PULMONAR POR DIMENSIÓN PREVENCIÓN EN LOS ESTUDIANTES DE MEDICINA HUMANA DE LA FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD DE LA UNIVERSIDAD PRIVADA DE TACNA – 2010

Nivel de Conocimientos	Total		Actitud : Dimensión Prevención					
			Desfavorable		Indiferente		Favorable	
	n	%	N	%	n	%		
Deficiente	30	100,00	6	20,00	16	53,33	8	26,67
Regular	77	100,00	26	33,77	30	38,96	21	27,27
Bueno	8	100,00	3	37,50	3	37,50	2	25,00
Total	115	100,00	35	30,43	49	42,61	31	26,96

Fuente: Cuestionario de Conocimientos de tuberculosis pulmonar y de actitud frente a la atención del paciente con Tuberculosis Pulmonar

Prueba chi cuadrado valor = 2,600

Valor p = 0,627

En la tabla Nro. 05 podemos apreciar la asociación o relación entre nivel de conocimientos y la actitud en cuanto a la dimensión prevención; donde dentro del nivel deficiente de conocimientos el 53,33 tiene una actitud indiferente y un 26,67 % presentan una actitud favorable.

Realizando la prueba estadística chi cuadrado el valor p es mayor a 0,05 por lo que se puede afirmar que no existe asociación estadística significativa entre el nivel de conocimientos y la actitud en cuanto a prevención.

TABLA Nro.06

RELACIÓN ENTRE EL NIVEL DE CONOCIMIENTOS DE TUBERCULOSIS PULMONAR Y LA ACTITUD FRENTE A LA ATENCIÓN DEL PACIENTE CON TUBERCULOSIS PULMONAR POR DIMENSIÓN CONTROL Y SEGURIDAD EN LOS ESTUDIANTES DE MEDICINA HUMANA DE LA FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD DE LA UNIVERSIDAD PRIVADA DE TACNA – 2010

Nivel de Conocimientos	Total		Actitud : Dimensión Control y seguridad					
			Desfavorable		Indiferente		Favorable	
	n	%	N	%	n	%	n	%
Deficiente	30	100,00	8	26,67	10	33,33	12	40,00
Regular	77	100,00	23	29,87	39	50,65	15	19,48
Bueno	8	100,00	3	37,50	3	37,50	2	25,00
Total	115	100,00	34	29,57	52	45,22	29	25,22

Fuente: Cuestionario de Conocimientos de tuberculosis pulmonar y de actitud frente a la atención del paciente con Tuberculosis Pulmonar

Prueba chi cuadrado valor = 5,408

Valor p = 0,248

En la tabla Nro. 06 podemos apreciar la asociación o relación entre nivel de conocimientos y la actitud en cuanto a la dimensión control y seguridad donde dentro del nivel deficiente de conocimientos el 40,00 % tiene una actitud favorable, un 33,33 % presenta una actitud indiferente y 26. 67 % presentan una actitud desfavorable.

Realizando la prueba estadística chi cuadrado el valor p es mayor a 0,05 por lo que se puede afirmar que no existe asociación estadística significativa entre el nivel de conocimientos y la actitud en cuanto a la dimensión control y seguridad.

TABLA Nro.07

RELACIÓN ENTRE EL NIVEL DE CONOCIMIENTOS DE TUBERCULOSIS PULMONAR Y ACTITUD FRENTE A LA ATENCIÓN DEL PACIENTE CON TUBERCULOSIS PULMONAR SEGÚN GRUPO DE EDADES EN LOS ESTUDIANTES DE MEDICINA HUMANA DE LA FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD DE LA UNIVERSIDAD PRIVADA DE TACNA – 2010

	Nivel de conocimientos	Total		Actitud					
				Desfavorable		Indiferente		Favorable	
		n	%	N	%	n	%	n	%
*18 a 20 años	Deficiente	5	100,00	1	20,00	3	60,00	1	20,00
	Regular	24	100,00	12	50,00	10	41,67	2	8,33
	Bueno	3	100,00	2	66,67	1	33,33	0	0,00
	Total	32	100,00	15	46,88	14	43,75	3	9,38
**21 a 24 años	Deficiente	19	100,00	6	31,58	8	42,11	5	26,32
	Regular	45	100,00	9	20,00	25	55,56	11	24,44
	Bueno	5	100,00	1	20,00	2	40,00	2	40,00
	Total	69	100,00	16	23,19	35	50,72	18	26,09
***Mayor igual a 25 años	Deficiente	6	100,00	---	---	1	16,67	5	83,33
	Regular	8	100,00	---	---	5	62,50	3	37,50
	Total	14	100,00	---	---	6	42,86	8	57,14

Fuente: Ficha, Cuestionario de Conocimientos de tuberculosis pulmonar y de actitud frente a la atención del paciente con Tuberculosis Pulmonar

*Prueba chi cuadrado valor = 2,382 Valor p = 0,666

**Prueba chi cuadrado valor = 1,813 Valor p = 0,77

**Prueba chi cuadrado valor = 2,941 Valor p = 0,086

**RELACIÓN ENTRE EL NIVEL DE CONOCIMIENTOS Y ACTITUDES HACIA LA
ATENCIÓN DE LOS PACIENTES CON TUBERCULOSIS EN LOS ESTUDIANTES
MEDICINA HUMANA DE LA UNIVERSIDAD PRIVADA DE TACNA -2010**

En la tabla Nro. 07 podemos apreciar la asociación o relación entre nivel de conocimientos y la actitud según grupo etario donde no encontramos diferencias estadísticas significativas en los diferentes grupos de edades denotado por el estadístico chi cuadrado que muestra un valor p mayor a 0,05 en los tres grupos. Esto significa que no existe predominio de algún grupo en especial, se comporta de manera similar en estos tres grupos de edades.

RELACIÓN ENTRE EL NIVEL DE CONOCIMIENTOS Y ACTITUDES HACIA LA ATENCIÓN DE LOS PACIENTES CON TUBERCULOSIS EN LOS ESTUDIANTES MEDICINA HUMANA DE LA UNIVERSIDAD PRIVADA DE TACNA -2010

TABLA Nro.08

RELACIÓN ENTRE EL NIVEL DE CONOCIMIENTOS DE TUBERCULOSIS PULMONAR Y ACTITUD FRENTE A LA ATENCIÓN DEL PACIENTE CON TUBERCULOSIS PULMONAR SEGÚN SEXO EN LOS ESTUDIANTES DE MEDICINA HUMANA DE LA FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD DE LA UNIVERSIDAD PRIVADA DE TACNA – 2010

Sexo	Nivel de conocimientos	Total		Actitud					
				Desfavorable		Indiferente		Favorable	
		n	%	n	%	n	%	n	%
*Femenino	Deficiente	14	100,00	3	21,43	6	42,86	5	35,71
	Regular	43	100,00	11	25,58	22	51,16	10	23,26
	Bueno	7	100,00	3	42,86	3	42,86	1	14,29
	Total	64	100,00	17	26,56	31	48,44	16	25,00
*Masculino	Deficiente	16	100,00	4	25,00	6	37,50	6	37,50
	Regular	34	100,00	10	29,41	18	52,94	6	17,65
	Bueno	1	100,00	0	0,00	0	0,00	1	100,00
	Total	51	100,00	14	27,45	24	47,06	13	25,49

Fuente: Ficha, Cuestionario de Conocimientos de tuberculosis pulmonar y de actitud frente a la atención del paciente con Tuberculosis Pulmonar

*Prueba chi cuadrado valor = 2,072
Valor p = 0,723

**Prueba chi cuadrado valor = 5,292
Valor p = 0,259

RELACIÓN ENTRE EL NIVEL DE CONOCIMIENTOS Y ACTITUDES HACIA LA ATENCIÓN DE LOS PACIENTES CON TUBERCULOSIS EN LOS ESTUDIANTES DE MEDICINA HUMANA DE LA UNIVERSIDAD PRIVADA DE TACNA -2010

En la tabla Nro. 08 podemos apreciar la asociación o relación entre nivel de conocimientos y la actitud según sexo donde no encontramos diferencias estadísticas significativas, denotado por el estadístico chi cuadrado que muestra un valor p mayor a 0,05 en ambos sexo. Esto quiere decir que no existe predominio para un determinado sexo, es similar en varones como mujeres.

RELACIÓN ENTRE EL NIVEL DE CONOCIMIENTOS Y ACTITUDES HACIA LA ATENCIÓN DE LOS PACIENTES CON TUBERCULOSIS EN LOS ESTUDIANTES MEDICINA HUMANA DE LA UNIVERSIDAD PRIVADA DE TACNA -2010

TABLA Nro.09

RELACIÓN ENTRE EL NIVEL DE CONOCIMIENTOS DE TUBERCULOSIS PULMONAR Y LA ACTITUD FRENTE A LA ATENCIÓN DEL PACIENTE CON TUBERCULOSIS PULMONAR SEGÚN CICLOS DE ESTUDIO EN LOS ESTUDIANTES DE MEDICINA HUMANA DE LA FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD DE LA UNIVERSIDAD PRIVADA DE TACNA – 2010

Ciclo de estudios	Nivel de conocimientos	Total		Actitud					
				Desfavorable		Indiferente		Favorable	
		N	%	N	%	N	%	n	%
*V ciclo	Deficiente	8	100,00	3	37,50	5	62,50	---	---
	Regular	27	100,00	16	59,26	11	40,74	---	---
	Bueno	3	100,00	3	100,00	0	0,00	---	---
	Total	38	100,00	22	57,89	16	42,11	---	---
**VII ciclo	Deficiente	12	100,00	2	16,67	5	41,67	5	41,67
	Regular	26	100,00	1	3,85	17	65,38	8	30,77
	Bueno	2	100,00	0	0,00	1	50,00	1	50,00
	Total	40	100,00	3	7,50	23	57,50	14	35,00
***X ciclo	Deficiente	10	100,00	2	20,00	2	20,00	6	60,00
	Regular	24	100,00	4	16,67	12	50,00	8	33,33
	Bueno	3	100,00	0	0,00	2	66,67	1	33,33
	Total	37	100,00	6	16,22	16	43,24	15	40,54

Fuente: Ficha, Cuestionario de Conocimientos de tuberculosis pulmonar y de actitud frente a la atención del paciente con Tuberculosis Pulmonar

*Prueba chi cuadrado valor = 3,567 Valor p = 0,168

**Prueba chi cuadrado valor = 3,195 Valor p = 0,52

***Prueba chi cuadrado valor = 4,371 Valor p = 0,442

En la tabla Nro. 09 podemos apreciar la asociación o relación entre nivel de conocimientos y la actitud según ciclos de estudios, donde no encontramos diferencias estadísticas significativas, denotado por el estadístico chi cuadrado que muestra un valor p mayor a 0,05 en los tres ciclos. Esto quiere decir que no existe predominio para un determinado ciclo, es similar en todos los ciclos.

DISCUSIÓN:

La tuberculosis es un problema de salud pública en el Perú, pues después de Haití es uno de los países con más alta tasa de incidencia en América Latina⁽⁵⁾ y nuestra ciudad se encuentra en el tercer lugar de presencia de tuberculosis, sin considerar Lima y Callao,⁽³⁾ por ello son relevantes los estudios relacionados a esta patología. Como parte del estudio de caso, la encuesta a los estudiantes de medicina tuvo por objeto indagar por conocimientos y actitudes en torno a varios aspectos de la Tuberculosis pulmonar principalmente en la promoción, prevención, control y seguridad. La validez del contenido del instrumento, fue dada por juicio de expertos, conformada por dos médicos especialistas en neumología y un médico general encargado del programa de TB y la validez de constructo se hizo mediante la metodología de componentes principales sin rotación (análisis factorial.). Mientras que la confiabilidad fue mediante Alfa de Cronbach.

Se encontró en este trabajo, que de los 115 estudiantes encuestados, la edad media correspondió a 21,83 años siendo el grupo etáreo predominante el que va de 21 a 24 años (60 %), representando en su mayoría una población de adultos jóvenes. (Gráfico 01) Con respecto a la distribución de estudiantes por ciclos de estudios, la cantidad por grupo es bastante regular en los tres ciclos, siendo el VII ciclo, con 40 estudiantes, (34,78 %) el de mayor cantidad. (Gráfico 02)

Del total de la población estudiada, sólo 8 (6,96 %), obtuvieron un nivel bueno de conocimientos hacia la atención del paciente con tuberculosis pulmonar; (Gráfico 03) siendo el X ciclo con 3 estudiantes (8 %), el ciclo que alcanzó mayor porcentaje en este nivel, representando una calificación de 15,1 a 20. (Tabla 01)

Al tratarse la tuberculosis pulmonar de una enfermedad infecciosa con alta prevalencia e incidencia, que genera alta morbimortalidad, las fallas en los conocimientos básicos generan un impacto en la salud pública, es por eso que se

espera contar con un mayor nivel de conocimientos en los estudiantes de Medicina. Por otro lado en el estudio “Conocimientos y Prácticas de los Estudiantes de Medicina para Prevenir La Transmisión de la Tuberculosis”, realizado por Teixeira, Eleny Guimarães, se encontró que solo un tercio de los estudiantes respondieron correctamente a todas las preguntas sobre transmisión de tuberculosis.⁽¹⁶⁾ En estudios similares, como el elaborado por Aguilar-Nájera y Col. en personal médico; donde el nivel global de conocimientos adecuado encontrado fue de 17 %, ⁽¹⁴⁾ y el realizado por Garayar Porta en estudiantes de Enfermería donde, el nivel bueno de conocimientos fue de 11,7 %. ⁽¹⁸⁾

En general se encontró un nivel de conocimientos regular, en los estudiantes de Medicina encuestados, alcanzando un porcentaje de 66,96 %. (Gráfico 03). En los tres ciclos encuestados V, VII y X, predominó un nivel regular de conocimientos, con 71,05 %, 65 % y 64,86 % respectivamente, representando una calificación de 10,5 a 15. (Tabla 01) Al realizar la prueba de chi cuadrado no se encontró diferencia estadísticamente significativa en relación al nivel de conocimientos, con el ciclo de estudio, a diferencia del trabajo realizado por Texeira Eleny, donde se afirma que, a más años de formación clínica, mayor conocimientos sobre transmisión de tuberculosis. Aunque en este estudio se evaluó también el conocimiento después de una conferencia sobre TB, donde se encontró que, la asistencia a conferencias no se asocia con los conocimientos, pues después de éstas más de una tercera parte de los estudiantes todavía no podía identificar las principales vías de trasmisión. ⁽¹⁶⁾

Del total de la población estudiada, 30 estudiantes (26,09 %) obtuvieron un nivel deficiente de conocimientos (Gráfico 03) y el VII ciclo fue el que alcanzó mayor porcentaje en este nivel con 30 %, correspondiéndole una calificación de 0 a 10,4. (Tabla 01) Por lo expuesto podemos afirmar que se requiere un reforzamiento en la enseñanza de esta enfermedad en el plan de estudios de la Universidad Privada de Tacna (UPT) y como recomienda la Organización Panamericana de la Salud (OPS), en su informe de expertos,

publicado en el 2004 en Cartagena que a la letra dice: “Revisar los programas curriculares para garantizar que se enseñe el tema de la tuberculosis con base en la realidad y normas nacionales, usando metodologías de alto rendimiento pedagógico, la vinculación de la academia a las actividades de nivel primario es fundamental para enseñar tanto los aspectos diagnósticos, terapéuticos y operativos relacionados con los programas de control de la tuberculosis y reconocer las fortalezas para liderar el proceso de formación de recursos humanos en la estrategia Tuberculosis Directly Observed Short-Course (DOTS)”. Comparando con el estudio de Texeira Eleny, se encontró que, las tres cuartas partes de los estudiantes no respondieron correctamente a todas las preguntas. Con respecto al trabajo de Aguilar-Nájera y Col; el nivel de conocimientos inadecuado encontrado fue de 83 %, ⁽¹⁴⁾ un porcentaje mucho mayor que el descrito en este estudio, mientras en el estudio elaborado por Garayar Porta, en estudiantes de enfermería, el nivel de conocimientos bajo o deficiente fue de 9,6 % ⁽¹⁸⁾, presentando un menor porcentaje en comparación a este trabajo.

Del total de estudiantes de Medicina encuestados sobre el tipo de actitud frente a la atención de los pacientes con tuberculosis pulmonar, sólo se alcanzó un porcentaje de 25,22 % en la actitud favorable, (Grafico 04) mientras en el trabajo de Garayar Porta, se encontró que; 87 estudiantes de Enfermería (92,55 %), ⁽¹⁸⁾ muestran una actitud favorable, resulta bastante notoria la diferencia en los resultados entre estas dos poblaciones. La calidad en la atención del paciente se debe dar en todo el personal de salud pero, cabe resaltar, que el personal de enfermería realiza un seguimiento mas detallado del paciente, pues pasa más horas a su lado que el médico tratante, por lo que muchas veces es inevitable una mayor cercanía e incluso una mejor relación entre la enfermera y el paciente, lo que podría contribuir a mejorar la actitud hacia la atención.

Mayoritariamente en los 115 estudiantes encuestados, se encontró una actitud indiferente con 47,83 % (Grafico 04). En Comparación, con los trabajos ya mencionados de Aguilar-Nájera y Col. y de Garayar Porta, el resultado difiere

del obtenido en este estudio, pues se encontró mayoritariamente una actitud Favorable en los dos trabajos.

Más de un tercio de la población estudiada, 26,96 %, mostraron una actitud desfavorable. (Grafico 04)

Al distribuir el tipo de actitud por ciclo de estudio, encontramos que el X ciclo con 15 de sus estudiantes, alcanzó mayor porcentaje (40,54 %) en la actitud favorable, el VII ciclo, con 23 de sus estudiantes, presentó mayor porcentaje (57,50 %) en la actitud indiferente y el V ciclo con 22 de sus estudiantes alcanzó el mayor porcentaje (57,89 %) en la actitud desfavorable. (Tabla 02) Al aplicar la prueba de chi cuadrado se encontró diferencias estadísticas significativas en relación a la actitud y ciclo de estudio, presentando un valor p de 0.001. Lo que quiere decir que no existe homogeneidad o similitud en el tipo de actitud en los tres ciclos de estudio.

Se encontró una actitud indiferente, en cuanto a la prevención, control y seguridad de la tuberculosis con un porcentaje de 42,61 %, 45,22 %, respectivamente., mientras que, la promoción de la tuberculosis se presentó una actitud desfavorable, con un porcentaje de 39,13 %. (Gráfico 05)

En general podemos afirmar que la actitud de los estudiantes de Medicina de los ciclos V, VII y X oscila entre una actitud desfavorable e indiferente, lo que es preocupante; pues teniendo en cuenta que las actitudes son las predisposiciones a responder de una determinada manera, con reacciones favorables o desfavorables hacia algo, el estudiante de Medicina que atenderá futuros pacientes, debe establecer una relación profesional sostenedora de confianza mutua, comunicación y seguridad, y ser capaz de comunicar sentimientos de empatía, comprensión, y aceptación en el paciente.; ya que en plan de la Estrategia Sanitaria Nacional de Prevención y Control de la

Tuberculosis, la confianza que inspire el médico al paciente y familia, contribuirá al cumplimiento y al no abandono del tratamiento.

En este sentido la OMS, ha estimado que, de los cinco principales obstáculos para la expansión del tratamiento acortado estrictamente supervisado (TAES) y el desarrollo satisfactorio de los programas locales y nacionales, cuatro están relacionados con; el personal implicado; escasez del personal médico capacitado y un manejo inadecuado del paciente⁽⁴⁰⁾ por lo que una actitud desfavorable no contribuirá a una atención integral del paciente con tuberculosis, disminuyendo así las posibilidades de éxito de los programas establecidos para el control y prevención de esta enfermedad.

En este estudio además de tener como objetivo investigar el nivel de conocimientos y el tipo de actitud de los estudiantes de Medicina con respecto a la tuberculosis pulmonar, también se planteó saber si existe una relación entre estas dos variables.

Al relacionar nivel de conocimientos de tuberculosis pulmonar y la actitud frente a la atención de los pacientes con tuberculosis en los estudiantes de Medicina, observamos en los tres niveles de conocimientos; deficiente, regular y bueno, predomina una actitud indiferente con 40,00 %, 51,95 % y 37,5 % respectivamente. (Tabla 03) Al realizar la prueba de Chi cuadrado obtenemos un valor de p de 0,482, por lo que podemos afirmar que no existe asociación estadística significativa, entre estas dos variables, es decir que el nivel de conocimientos no se relaciona o influye en el tipo de actitud en general. Por lo que se rechaza la hipótesis del investigador.

Comparándolo con el trabajo de Garayar Porta, encontramos similitud en cuanto a la afirmación que no existe asociación entre el nivel de conocimientos y la actitud. Podríamos suponer que, si se tiene un mayor nivel conocimiento, se tendrá una mejor actitud, por ejemplo si se sabe que una de las medidas

preventivas para la tuberculosis es la vacuna de BCG, se supone, habrá una predisposición para promover su aplicación. Si se tiene conocimiento que las medidas de barrera nos protegen contra el contagio de TB pulmonar o si sabemos que a los dos meses después de seguido correctamente el tratamiento, el BK se volverá negativo, esto no hará tener una mejor actitud, y mayor seguridad en cuanto a la atención del paciente con TB; al no ocurrir, entonces diríamos que se presenta una situación de disonancia cognitiva, que se define como: La tensión o desarmonía del sistema ideológico, y/o emocional de un individuo al mantener simultáneamente dos pensamientos o creencias que entran en conflicto, o incluso por un comportamiento que ha entrado en conflicto con su sistema de creencias, se plantea que al producirse esa disonancia cognitiva de manera muy marcada, la persona se ve forzada en generar nuevas ideas y/o creencias para reducir la tensión emocional para conseguir que su ideología y actitudes encajen armónicamente, aparentando al menos una cierta coherencia.⁽⁴¹⁾ La manera en que se produce la reducción de la disonancia puede tomar distintos caminos o formas, una muy notable es un cambio de actitud o de ideas ante la realidad, como podría estar ocurriendo en el presente trabajo .

Por otro lado; según el ESN PCT⁽⁹⁾ en el marco de la atención integral de la salud, la promoción de la salud busca desarrollar habilidades personales y generar los mecanismos administrativos, organizativos y políticos que faciliten a las personas y grupos poblacionales tener mayor control sobre su salud y mejorarla. Las instituciones públicas y privadas constituyen una red de soporte para el logro de la participación social con la finalidad de promover el autocuidado y contribuir con la construcción de una cultura de salud, así como favorecer la prevención y el control de la tuberculosis.

Al relacionar el nivel de conocimientos, con la actitud, con respecto a la promoción de la salud; observamos que en el nivel bueno de conocimientos, la actitud con mayor porcentaje es la indiferente con 50,00 %, en el nivel regular, la actitud con mayor porcentaje es la desfavorable con 42,86% y en cuanto al nivel

deficiente, representa un mayor porcentaje la actitud favorable con 53,33 %, (Tabla 04). Realizando la prueba estadística del chi cuadrado encontramos un valor p de 0,041, por lo que se puede afirmar que existe asociación estadística significativa y mediante la prueba de correlación de Pearson, se encontró un valor de $-0,222$ con un valor p de 0,017, por lo tanto podemos observar que, el nivel de conocimientos influye negativamente en la actitud con respecto a la promoción, es decir a mayor nivel de conocimientos, menor es la actitud hacia la promoción. Por lo que se puede deducir que los estudiantes de Medicina tienen poco interés en informar, educar y orientar al paciente y familia, acerca de la tuberculosis y medidas preventivas y control. En el Trabajo de Texeira Eleny se observó que el nivel de conocimiento se asocia inversamente con el uso de máscaras, ⁽¹⁶⁾ este hallazgo es difícil de explicar, aunque, la falta de asociación entre el conocimiento, la actitud y la práctica, o una disonancia cognitiva, se describe en la literatura, como ya lo mencionamos en párrafos anteriores.

Según la OPS, la promoción de la salud es un aspecto descuidado en muchas universidades, tanto a nivel nacional como internacional, como por ejemplo⁽⁸⁾ en la Universidad Nacional Mayor de San Marcos de Lima Perú, Universidad del Cauca, Popeyan, Colombia y la Universidad Mayor Real y Pontificia de San Francisco Xavier Chuquisaca, Bolivia entre otras. Y en el informe de expertos de la OPS, se expone lo siguiente: que la metodología utilizada para enseñar el tema de la tuberculosis en los programas de pregrado es obsoleta y enfocada casi exclusivamente a los aspectos clínicos; el enfoque social de la tuberculosis es ignorado en la enseñanza y no se aprovechan las múltiples disciplinas universitarias para integrar la enseñanza de la tuberculosis en diferentes áreas académicas de la profesión.

Relacionando el nivel de conocimientos con la actitud, con respecto a la prevención, control y seguridad; al realizar la prueba de chi cuadrado no se

encontró asociación estadística significativa, el valor de p encontrado fue mayor a 0,05. (Tabla 05 y 06)

Si relacionamos el nivel de conocimientos y el tipo de actitud según grupo etario, obtenemos que el grupo que va de 18 a 20 años, presenta un mayor porcentaje en el tipo actitud desfavorable, con 46,88 %, el grupo que va de 21 a 24 años de edad presenta una mayoría con 50,74 %, con respecto a la actitud indiferente, y el grupo que va de 25 años a más, presenta un mayor porcentaje en la actitud favorable. (Tabla 07) Lo que podemos resaltar es que los estudiantes de Medicina que se encuentran dentro del grupo mayor o igual a 25 años, es decir los que presentan una mayor edad muestran una actitud favorable.

De la población estudiada, 64 estudiantes de Medicina corresponden al sexo femenino, de los cuales 31 (48,44 %), presentan predominantemente una actitud indiferente y en cuanto al sexo masculino representado por 51 estudiantes, de los cuales 24 (47,06 %) también presentan predominantemente una actitud indiferente, es decir no existe una diferencia en la actitud entre los dos sexos. (Tabla 08)

Con respecto a la relación entre el nivel de conocimientos de tuberculosis pulmonar y la actitud frente a la atención del paciente con tuberculosis pulmonar, según ciclos de estudio en los estudiantes de Medicina, observamos que el V ciclo, presenta una actitud desfavorable, con 57,89 %, y en los ciclos VII y X presentan en mayor porcentaje una actitud indiferente con 57,50 % y 43,24 % respectivamente. (Tabla 09) Al realizar la prueba de chi cuadrado no encontramos diferencia estadísticamente significativa entre los diferentes ciclos de estudios con relación al nivel de conocimientos y la actitud de los estudiantes de Medicina.

CONCLUSIONES:

Primera: El nivel de conocimiento que predomina en los estudiantes de Medicina Humana hacia la atención de los pacientes con tuberculosis pulmonar en su mayoría es regular (66.96 %). Como se aprecia en los ciclos de estudio, tanto en V, (71,05 %) VII (65,00%) y X (64.86 %) .

Segunda: La actitud que predomina en los estudiantes de Medicina Humana hacia la atención de los pacientes con tuberculosis pulmonar en general es; indiferente (47,83 %). Con respecto al ciclo de estudio, se encontró que el X ciclo obtuvo una actitud favorable (40,54 %), el VII ciclo, presentó una actitud indiferente (57,50 %) y el V ciclo mostró una actitud desfavorable (57, 89 %). Al aplicar la prueba de chi cuadrado se encontró diferencias estadísticas significativas en relación a la actitud y ciclo de estudio, presentando un valor p de 0.001.

Tercera: No existe relación significativa entre el nivel de conocimientos y las actitudes en general hacia la atención de los pacientes con tuberculosis pulmonar en los estudiantes de Medicina Humana encuestados de la UPT, como se demuestra en el análisis estadístico a través de la prueba de Chi cuadrado; así mismo concluimos que no existe relación o asociación según edad, sexo y ciclo de estudio.

Cuarto: Del total de estudiantes encuestados, se encontró una actitud indiferente en la prevención de la tuberculosis pulmonar, con un porcentaje del 42,61%; la misma actitud; se encontró en la dimensión control y seguridad en un porcentaje 45.22 %, mientras que en la dimensión promoción de la salud, se halló una actitud desfavorable en un 39,13 %.

Quinto Al relacionar el nivel de conocimientos y la actitud en cuanto a las dimensiones promoción, prevención, control y seguridad de tuberculosis, solo se encontró relación estadísticamente significativa en la promoción, esto quiere decir que el nivel de conocimientos influye negativamente en la actitud en cuanto a la promoción con un $p < 0,05$.

RECOMENDACIONES:

1. Elaborar trabajos de investigación sobre conocimientos y actitudes en estudiantes de Medicina y personal médico sobre la atención de los pacientes con tuberculosis ya que en la bibliografía no se encuentra muchos trabajos con respecto a este tema.
2. Fortalecer los conocimientos sobre tuberculosis pulmonar y sobre las normas del programa para el control de tuberculosis, pues esta, es una enfermedad con alta incidencia en nuestra ciudad, y no basta con tener un conocimiento medio o regular.
3. Realizar evaluaciones sobre la atención integral de los pacientes de tuberculosis para poder identificar las fallas en el aprendizaje y así reforzar los puntos débiles en este tema.
4. Incentivar la investigación, procesos alternativos de aprendizaje y campos de entrenamiento acerca de tuberculosis pulmonar, a través de sociedades científicas.
5. Identificar que variable influye o se asocia a la actitud de los estudiantes de Medicina, frente a la atención de los pacientes con tuberculosis, ya que en el trabajo realizado, no se encontró asociación entre las variables investigadas.
6. Mejorar la actitud del estudiante de Medicina, especialmente con respecto a la promoción de la salud en relación a la tuberculosis, por medio de seminarios o cursos de capacitación, para promover una actitud favorable e integral hacia esta enfermedad.

BIBLIOGRAFÍA:

1. Caminero J. Guía de la Tuberculosis para Médicos Especialistas. Unión Internacional Contra la Tuberculosis y Enfermedades Respiratorias. Paris Francia. 2005
2. Organización Mundial de la Salud. Compendio de Indicadores para el Monitoreo Evaluación de los Programas Nacionales de Tuberculosis. Ginebra. Agosto 2004. Versión en español Julio 2006.
3. Bonilla C. Situación de la Tuberculosis en el Perú Acta Médica Peruana Vol. 25 Nun. 03. 2008.
4. Perú, Ministerio de Salud. Situación de la tuberculosis en el Perú. Bol. Oficina Sanit Panam. 1943. 22(7): 613-15.
5. Ministerio de Salud. Situación de la tuberculosis en el Perú. Comité de Tuberculosis Extremadamente Resistente (TB XDR). Análisis de situación actual y propuesta de lineamientos técnicos para el control y prevención de la tuberculosis resistente en el Perú. Informe final. Lima: 2008.
6. Organización Panamericana de la Salud. “Condiciones de salud en las Américas”. Washington DC OPS. 2000.
7. Care Perú. Tercera medición. Informe final de consultoría 3era medición de objetivos 1 y 3 componente sub-estudio tuberculosis prevención y control de la tuberculosis y la TB-MDR en el sistema sanitario y comunitario. Lima .2008

8. Organización Panamericana de la Salud. Enseñanza de la tuberculosis En las facultades De salud, .informe de una consulta de expertos. Cartagena, Colombia Octubre del 2004
9. Perú, Ministerio de Salud. Norma técnica de salud para el control de la tuberculosis / Ministerio de Salud. Dirección General de Salud de las Personas. Estrategia Sanitaria Nacional de Prevención y Control de la Tuberculosis Lima: Ministerio de Salud; 2006.
10. World Health Organization. Global Regional and Country-Specific. Data for Key Indicators. Global Tuberculosis Control: Surveillance, Planning, Financing. WHO REPORT 2010
11. Ticona, Eduardo. Tuberculosis: ¿Se Agotó el Enfoque Biomédico? Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública, Vol. 26, Núm. 3. Año 2009
12. Perú, Ministerio de Salud. Unidad Técnica de Tuberculosis multidrogoresistente, actualización abril del 2010/ Dirección General de Salud de las Personas. Estrategia Sanitaria Nacional de Prevención y Control de la Tuberculosis Lima: Ministerio de Salud; 2010
13. Jave Oswaldo. Investigando en Tuberculosis .¿Donde Estamos Quienes Somos, Hacia donde nos dirigimos?. Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública, Vol. 26, Núm. 3. Año 2009
14. Perú, Ministerio de Salud. Salud Situacional de tuberculosis, actualización setiembre 2010/ Dirección General de Salud de las Personas. Estrategia Sanitaria Nacional de Prevención y Control de la Tuberculosis Lima: Ministerio de Salud; 2010

15. Dirección Regional De Salud Tacna / Estrategia Sanitaria Prevención y Control de la Tuberculosis. Análisis de Actividades de Detección. DIRESA. Tacna .2009
16. Teixeira Eleny Guimarães, Menzies Dick, Cunha Antonio Jose Ledo Alves, Luiz Ronir Raggio, Ruffino-Netto Antonio, Scartozzoni Marcio Samara et al . Knowledge and practices of medical students to prevent tuberculosis transmission in Rio de Janeiro, Brazil. Rev Panam Salud .2008 Oct24(4): 265-270.
17. AJ Gaps in tuberculosis knowledge among primary health care physicians in epidemiological study [Tesis doctoral]. Croatia. Coll Antropol 2009 .
18. Nina Giovanna Garayar Porta. “Relación entre el nivel de conocimientos y actitudes hacia el cuidado de los pacientes con tuberculosis en estudiantes de enfermería de la UNMSM”. [Tesis doctoral].Universidad Nacional Mayor De San marcos .Lima. 2007
19. Aguilar M, Cortés C, Zenteno R. Conocimiento y actitudes sobre tuberculosis en personal médico de Veracruz, México. Med UNAB 2008.
20. Michfer In the Another World. El conocimiento. julio 9, 2008. [Sitio en Internet] Disponible en URL: <http://michfer.wordpress.com/2008/07/09/el-conocimiento/>
21. Wikipedia. La enciclopedia libre. Conocimiento. [Sitio en Internet] Disponible en URL: <http://es.wikipedia.org/wiki/Conocimiento>
22. Diferentes tipos de conocimiento.[Sitio en Internet] Disponible en URL: <http://www.terras.edu.ar/aula/tecnicatura/15/biblio/15Diferentes-tipos-de-conocimientos.pdf>

23. M. Del Pilar González. “La Educación De La Creatividad (Técnicas Creativas Y Cambio De Actitud En El Profesorado)” [Tesis doctoral]. Universidad de Barcelona. Barcelona 1981
24. Bautista Vallejo Jose. “Actitudes y valores: precisiones conceptuales para el trabajo didáctico.” [Tesis doctoral]. Universidad de Huelva. Huelva-España. 1992
25. Wikipedia. La enciclopedia libre. Actitud. [Sitio en Internet] Disponible en URL: <http://es.wikipedia.org/wiki/Actitud>
26. Revista EDU-FISICA Grupo de Investigación Edufisica. ISSN 2027-453X [Sitio en Internet]. Disponible en URL: <http://www.edufisica.com/Formato.pdf>
27. Eduardo Amorós. Comportamiento del consumidor, 2008. [Sitio en Internet] Disponible en URL: <http://www.eumed.net/libros/2008c/419/FORMACION%20DE%20LAS%20ACTITUDES.htm>.
28. F. Teruel, J. Castilla, J. Hueto. Abordaje de la tuberculosis en Atención Primaria. Estudio de contactos. An. Sist. Sanit. Navar. 2007 . 30(Supl. 2)
29. Culqui DR, Grijalva CG, Reategui SR, Cajo JM, Suárez LA. Factores pronósticos del abandono del tratamiento antituberculoso en una región endémica del Perú. Rev Panam Salud Publica. 2005; 18(1):14–20.
30. Justo Senado Dumoy. El riesgo de enfermar de tuberculosis. Rev Cubana Med Gen Integr 1999;15(2):168-75

31. Organización Panamericana de la Salud. La tuberculosis: grave peligro para la humanidad. Bol Of Sanit Panam. 1996; 120(4):327-8.
32. World Health Organization. Global tuberculosis control: surveillance, planning, financing. WHO report 2009. Geneva, World Health Organization, 2009
33. World Health Organization. Global tuberculosis control: surveillance, planning, financing. WHO report 2010. Geneva, World Health Organization, 2010
34. Organización Panamericana de la Salud. Vigilancia Sanitaria y Atención de las Enfermedades / Enfermedades Transmisibles / Tuberculosis. Día Mundial de la TB 2007.
35. Organización Mundial de la Salud. Tuberculosis. Nota descriptiva OMS N°104. 2004
36. Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades – CDC, Unión Internacional contra la Tuberculosis y las Enfermedades Respiratorias París – Francia Rieder, Hans L, Granich, Reuben, Binkin, Nancy, J.Jarvis, William R. Simone, *et al.* .Normas para la prevención de la transmisión de la tuberculosis en los establecimientos de asistencia sanitaria en condiciones de recursos limitados. Lima. OMS. 2002
37. UGARRIZA N. Análisis Epidemiológico de la Tuberculosis Pulmonar en Internos de la Penitenciaría Nacional de Tacumbú. Periodo Mayo – Agosto 2005. Universidad Nacional de Asunción. Paraguay- Asunción 2005

38. Perú, Ministerio de Salud. Dirección de Salud de las Personas / Resolución Ministerial N° 579/2010. Actualización del Capítulo del Tratamiento de Tuberculosis. MINSA .Lima Julio 2010.
39. García Cruz Andrea. Tuberculosis pulmonar diagnóstico y tratamiento, Boletín de Práctica médica efectiva 2006 . Instituto Nacional de Salud Pública y la Secretaría de Salud. INER. Mexico. 2006
40. World Health Organization. Global tuberculosis control: surveillance, planning, financing. WHO report 2005. Geneva, World Health Organization, 2005
41. La ideología de la Psicología. Disonancia Cognitiva[Sitio en Internet] Disponible en URL: <http://teimagino.com/disonancia-cognitiva-psicologia-de-la-ideologia/>

ANEXOS

Anexo 01

CUESTIONARIO

UNIVERSIDAD PRIVADA DE TACNA FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

El presente cuestionario tiene como objetivo identificar los conocimientos que tienen los estudiantes de Medicina hacia la atención de los pacientes con tuberculosis. El presente cuestionario es completamente anónimo y confidencial, por lo que se solicita su total veracidad en el desarrollo del mismo.

INFORMACIÓN GENERAL

Fecha:	Hora:	No. Ficha:
---------------	--------------	-------------------

Edad : _____
Sexo : 1. Femenino 2. Masculino
Ciclo:
1. V ciclo
2. VII ciclo
3. X ciclo

CONTENIDO

Lea detenidamente las preguntas y marque con (X) la respuesta que Ud. considere correcta; según el enunciado:

1. la tuberculosis es una enfermedad producida por:

- a) El *Mycobacterium. Tuberculosis*
- b) El virus de Koch.
- c) El bacilo koch
- d) El bacilo de Calmette- Guerin.

2. La comunicación en el control de la tuberculosis tiene la finalidad de:

- a) Conseguir apoyo para el desarrollo de políticas públicas de salud.
- b) Informar sobre el control de la tuberculosis a la población.
- c) Lograr estilos de vida saludables en el paciente, familia y comunidad.
- d) Colocar mensajes en los medios de comunicación masiva sobre control de la tuberculosis.

3. Se denomina sintomáticos respiratorios identificados a la persona que:

- a) Solamente presenta tos con expectoración por más de 15 días.
- b) Presenta tos por más de 15 días y se le realiza uno o más baciloscopias de esputo.
- c) Es detectada por el personal de salud e inscrita en el libro de registro de sintomáticos respiratorios.

d) Tiene tos por más de 15 días y se la deriva a la ESNPCT (Estrategia Sanitaria para el control de la tuberculosis)

4. La administración de quimioprofilaxis está indicada en personas que:

- a) Tienen riesgo de ser infectados o de enfermar de tuberculosis.
- b) Están infectados por el VIH/SIDA con evidencia de enfermedad tuberculosa activa.
- c) Tienen antecedentes de alcoholismo crónico.
- d) Duermen en la misma habitación del paciente.

5. La importancia de la vacuna BCG radica en que:

- a) Es obtenida originalmente a partir del *Micobacterium tuberculosis*
- b) Se aplica gratuitamente a los recién nacidos.
- c) Brinda protección contra la meningoencefalitis tuberculosa y la tuberculosis miliar en la población menor de 5 años.
- d) Reduce la morbilidad tuberculosa post-infección secundaria.

6. El objetivo del examen de contactos es:

- a) Detectar casos de tuberculosis en los contactos
- b) Censar a los contactos
- c) Entrevistar a todos los miembros de la familia del paciente.
- d) Establecer empatía con la familia.

7. Referente a la quimioprofilaxis indicar el enunciado incorrecto:

- a) Es la administración de 5mg/Kg/día de isoniacida por vía oral durante 6 meses
- b) Se debe administrar con precaución a Personas, mayores de 35 años y con antecedentes familiares de Reacciones Adversas a Fármacos Antituberculosis (RAFA)
- c) Se debe administrar a los Contactos hasta los 15 años de edad de personas afectadas de tuberculosis pulmonar, con o sin cicatriz BCG, sin evidencia de enfermedad activa.
- d) A las personas con infección de VIH se administrará por 12 meses.

8. Marque con un aspa (x) las medidas de bioseguridad que se deben aplicar en la atención al paciente con tuberculosis.

- El uso del mandil largo y cerrado durante toda la atención. ()
- El uso de mascarilla N95 solo en casos de TB-MDR ()
- EL Lavado de manos después de manipular muestras de esputo ()
- La entrevista se debe realizar en un ángulo de 45° ()
- En caso de tener cabello largo mantenerlo sujeto hacia atrás ()
- Cada año el personal de salud debe pasar por una evaluación médica()

9. En cuanto al tratamiento de TB marque el enunciado Incorrecto :

- a) El esquema Uno debe administrar durante 6 meses, hasta completar 82 dosis, dividido en dos etapas: Primera Fase: 50 dosis, Segunda Fase: 32 dosis
- b) El esquema dos debe administrar durante 8 meses (aproximadamente 32 semanas), hasta completar 125 dosis: Primera fase: 75 dosis Segunda fase: 40 dosis .
- c) El control del tratamiento debe hacerse, en tres niveles Clínico, bacteriológico y Radiológico.
- d) Cuando existe elevación de TGO (transaminasa glutámico oxalacética) hasta 2 veces arriba de lo normal se debe suspender el tratamiento.
- e) Interrupción del tratamiento menos de 2 meses: se recomienda retomar el tratamiento estándar sin modificar la duración

10. Los medicamentos utilizados en el esquema I para el tratamiento de la tuberculosis son:

- a) Pirazinamida, etambutol, penicilina, estreptomina
- b) Pirazinamida, isoniazida, rifampicina, eritromicina
- c) Isoniazida, pirazinamida, estreptomina y penicilina
- d) Isoniazida, rifampicina, pirazinamida y etambutol

11. Con respecto a las reacciones de los medicamentos antituberculosos, relacione las siguientes columnas:

- a) Etambutol () Color anaranjado de las secreciones
- b) Rifampicina () Alteración del sueño
- c) Pirazinamida () Neuritis óptica
- d) Etionamida () Dolor articular
 () Sabor metálico

12 .Según el programa del ESNPCT, para el seguimiento terapéutico ¿Cuál es el siguiente paso a seguir en un paciente sintomático respiratorio con 2 BKs negativos y Rx anormal:

- a) Iniciar el tratamiento con esquema I.
- b) Iniciar quimioprofilaxis.
- c) Solicitar 2 baciloscopias marcando en la solicitud radiografía anormal, tanto en la primera como en la segunda muestra.
- d) Solicitar TAC torácica.
- e) Derivara a un hospital de referencia.

13. El método más sensible y específico para el diagnóstico de tuberculosis es por medio de:

- a) Prueba de tuberculina Positiva
- b) Si responde al tratamiento de tuberculosis.
- c) Mediante baciloscopia positiva.
- d) Criterio Radiológico-Clinico
- e) Cultivo positivo para Mycobacterias

RELACIÓN ENTRE EL NIVEL DE CONOCIMIENTOS Y ACTITUDES HACIA LA ATENCIÓN DE LOS PACIENTES CON TUBERCULOSIS EN LOS ESTUDIANTES DE MEDICINA HUMANA DE LA UNIVERSIDAD PRIVADA DE TACNA -2010

Anexo 02

ESCALA DE LICKERT

INSTRUCCIONES

A continuación se presenta 19 ítems acompañados cada uno de ellos con alternativas de respuestas para lo cual Ud. debe marcar uno de los 5 casilleros con un aspa (X) de acuerdo a su criterio.

Proposiciones	Muy de acuerdo	De acuerdo	Indeciso	En desacuerdo	Muy en desacuerdo
1. Es interesante informar, educar al paciente y familia acerca de la tuberculosis					
2. Es innecesario promover la aplicación de la vacuna BCG.					
3. En la entrevista es necesario escuchar los temores, preocupaciones, sentimientos del paciente con tuberculosis y familia.					
4. Es importante indicar la isoniacida como medida preventiva a los contactos.					
5. Es necesario realizar el examen de esputo a los contactos del paciente					
6. Es trabajoso promover el censo y visita a los contactos del paciente					
7. Considero importante brindar un trato individualizado al paciente con tuberculosis.					

**RELACIÓN ENTRE EL NIVEL DE CONOCIMIENTOS Y ACTITUDES HACIA LA
ATENCIÓN DE LOS PACIENTES CON TUBERCULOSIS EN LOS ESTUDIANTES
MEDICINA HUMANA DE LA UNIVERSIDAD PRIVADA DE TACNA -2010**

8. No es agradable atender personalmente al paciente que ha sido diagnosticado tuberculosis.					
9. Me cuesta trabajo orientar al paciente y familia sobre las medidas preventivas y control de la tuberculosis.					
10. Es innecesario explicar los efectos adversos de la isoniacida antes de indicar a los contactos.					
11. Es primordial la vacunación BCG a los recién nacidos					
12. Es incomodo el uso de mascarilla en la atención del paciente con tuberculosis					
13. Es importante indagar sobre la aparición de reacciones adversas a los medicamentos antituberculosos.					
14. Es necesario examinar al paciente con tuberculosis antes de comenzar el tratamiento.					
15. En la entrevista del paciente con tuberculosis es importante el uso correcto de barreras protectoras para evitar el contagio.					
16. En la entrevista es riesgoso conversar con el paciente con tuberculosis					

**RELACIÓN ENTRE EL NIVEL DE CONOCIMIENTOS Y ACTITUDES HACIA LA
ATENCIÓN DE LOS PACIENTES CON TUBERCULOSIS EN LOS ESTUDIANTES
MEDICINA HUMANA DE LA UNIVERSIDAD PRIVADA DE TACNA -2010**

17. Es molesto tener que repetir varias veces todo lo que se enseña.					
18. Son innecesarias las visitas domiciliarias a los pacientes que han sido diagnosticados con TBC.					
19. Es bueno promover la realización de visitas domiciliarias a los pacientes con tuberculosis.					

**VALIDEZ DE CONTENIDO PARA CUESTIONARIO Y ESCALA DE
LICKERT:**


Yo JOSE ANDRES MEDINA LINARES revisé diferentes preguntas para la elaboración de un cuestionario de conocimientos sobre la atención de los pacientes con tuberculosis y proposiciones para la conformación de una Escala de Lickert los cuales fueron evaluados teniendo en cuenta: La congruencia ítem-dominio, claridad, la estructura, la redacción. Además de observaciones por cada Item. Entregando los resultados a la Srta. Evelyn Buchelli Garcia para su respectivo análisis.



Med. Jose A. Medina Linares
MEDICO CIRUJANO
C.M.P. 23447

**VALIDEZ DE CONTENIDO PARA CUESTIONARIO Y ESCALA DE
LICKERT:**


Yo Martín Valencia Flores revisé diferentes preguntas para la elaboración de un cuestionario de conocimientos sobre la atención de los pacientes con tuberculosis y proposiciones para la conformación de una Escala de Lickert los cuales fueron evaluados teniendo en cuenta: La congruencia ítem-dominio, claridad, la estructura, la redacción. Además de observaciones por cada ítem. Entregando los resultados a la Srta. Evelyn Buchelli Garcia para su respectivo análisis.



Dr. Martín Valencia Flores
MÉDICO - NEUMÓLOGO
C.P.M. 59922 R.N.E. 19588

**VALIDEZ DE CONTENIDO PARA CUESTIONARIO Y ESCALA DE
LICKERT:**

Yo MIRYAM O. VILLANUEVA NÚÑEZ revisé diferentes preguntas para la elaboración de un cuestionario de conocimientos sobre la atención de los pacientes con tuberculosis y proposiciones para la conformación de una Escala de Lickert los cuales fueron evaluados teniendo en cuenta: La congruencia ítem-dominio, claridad, la estructura, la redacción. Además de observaciones por cada ítem. entregando los resultados a la Srta. Evelyn Buchelli Garcia para su respectivo análisis.


Dra. Miryam O. Villanueva Núñez
MEDICO NEUMOLOGO
CMP 20359 RNE 10567

Tacna, 05 julio 2010