

UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN CRISTÓBAL DE HUAMANGA

FACULTAD DE ENFERMERIA

**ESCUELA DE FORMACIÓN PROFESIONAL DE
ENFERMERIA**



**“FACTORES ASOCIADOS AL CONOCIMIENTO Y ACTITUD DE LOS
ESTUDIANTES DE LA UNSCH SOBRE LA TUBERCULOSIS,
TUBERCULOSIS MULTIDROGORESISTENTE (TB-MDR) Y
TUBERCULOSIS EXTREMADAMENTE DROGORESISTENTE (TB-
XDR). AYACUCHO -2011”.**

Tesis para optar el Título Profesional de:

LICENCIADA EN ENFERMERÍA

Presentado por:

Bach. AQUINO VALLEJO, Dersy Lorena

Bach. SANCHEZ SOLIS, Raquel Karin

**AYACUCHO- PERÚ
2011**

**Con eterna gratitud a mis
padres: Virgilio y Benedicta,
por sus esfuerzos y sacrificios
desplegados durante mi vida
estudiantil; haciendo posible
la culminación de mi carrera
profesional**

**A mis hermanos: Andrés,
Tania, Edith, Marisol, Rocio
y Yosalith; por su constante
e infatigable apoyo para
llevar adelante mis
estudios.**

**A mis profesores por
haberme encaminado en
desarrollarme como persona
y como profesional.**

Raquel

Con eterna gratitud a mis padres Luis Adolfo y Catalina; por su constante esfuerzo y apoyo incondicional haciendo posible la culminación de mis estudio.

A dos personas muy importantes; mis hermanos Tercy y Harold por su comprensión y su constante apoyo para llevar adelante mis estudios.

A mis querida Universidad "SAN CRISTOBAL DE HUAMANGA" y valiosos docentes que nos brindan su apoyo constante y empuje para ser los mejores profesionales y sobre todo personas útiles a nuestra sociedad.

Dersy

AGRADECIMIENTO

A la Universidad Nacional de San Cristóbal de Huamanga, Alma Máter
Por permitirnos materializar nuestra máxima aspiración: Ser Enfermeras.

A la Facultad de Enfermería y a su plana docente, por sus enseñanzas durante nuestra formación de pre grado.

A nuestro asesor Lic. Edward Barboza Palomino (UNSCH) y nuestra co - asesora Lic. Obdulia Huamán Soldevilla (DIRESA), a ambos por sus orientaciones, aportes y sugerencias durante el desarrollo de la presente investigación.

A todos los estudiantes de la Universidad Nacional San Cristóbal de Huamanga, por acceder a la entrevista y aceptar participar en el presente estudio.

ÍNDICE

DEDICATORIA

AGRADECIMIENTO

RESUMEN

ABSTRACT

CAPITULO I

INTRODUCCIÓN

CAPITULO II

REVISION DE LA LITERATURA

2.1. Antecedentes referenciales.....	13
2.2 Base teórica.....	19

CAPITULO III

MATERIALES Y METODOS

3.1. Tipo de estudio	50
3.2. Diseño de Investigación	50
3.3. Área de estudio.....	50
3.4. Población	50
3.5. Muestra	50
3.6. Técnica e instrumento de recolección de datos	51
3.7. Recolección y procesamiento de datos	51
3.8. Plan de procesamiento y análisis.....	51

CAPITULO IV

RESULTADOS..... 52

CAPITULO V

DISCUSIÓN..... 72

CONCLUSIONES

RECOMENDACIONES

REFERENCIA BIBLIOGRAFICA

ANEXOS



UNIVERSIDAD NACIONAL SAN
CRISTOBAL DE HUAMANGA



FACULTAD DE ENFERMERÍA

“FACTORES ASOCIADOS AL CONOCIMIENTO Y ACTITUD DE LOS ESTUDIANTES DE LA UNSCH SOBRE LA TUBERCULOSIS, TUBERCULOSIS MULTIDROGORESISTENTE (TB-MDR) Y TUBERCULOSIS EXTREMADAMENTE DROGORESISTENTE (TB-XDR). AYACUCHO -2011”.

Autoras:

AQUINO VALLEJO, Dersy Lorena y SANCHEZ SOLIS, Raquel Karin

RESUMEN

Según el Ministerio de Salud (MINSA) y la Organización Mundial de la Salud (OMS), en el Perú cada hora cuatro a seis personas se enferman de tuberculosis (TB), de todos ellos, el 10% contrae la tuberculosis multidrogo-resistente (TB MDR). **Objetivo**, Identificar los factores asociados al conocimiento y actitud de los estudiantes de la UNSCH sobre Tuberculosis, Tuberculosis Multidrogoresistente (TB-MDR) y Tuberculosis Extremadamente Drogoresistente (TB-XDR). **Diseño metodológico**, investigación cuantitativa, no experimental descriptiva correlacional. La población constituida por todos los estudiantes matriculados en el Semestre 2011-I en las Facultades de la Universidad Nacional de San Cristóbal de Huamanga. **Muestra** constituida por 380 estudiantes de las 10 Facultades. **Técnica de recolección de datos**: Entrevista estructurada y Escala de Likert. **Resultados**: Presentan algunos factores que se asocian con el nivel de conocimiento y actitud. El 6.3% presenta conocimientos adecuados sobre la Tuberculosis, de los cuales el 3.7% tiene actitud de tolerancia, el 1.6% de rechazo y el 1.1% una actitud de indiferencia. **En conclusión**, existe relación de asociación entre el nivel de conocimiento (Bueno, Regular y Malo) sobre la Tuberculosis y la Actitud (Tolerancia, Indiferencia y Rechazo) hacia esta enfermedad. Estadísticamente (prueba estadística del chi cuadrada) se corrobora y confirma la relación de dependencia entre el conocimiento y la actitud de los estudiantes hacia a tuberculosis ($p > 0.05$)

Palabras clave: Tuberculosis, Tuberculosis Multidrogoresistente, Conocimiento y actitudes hacia la Tuberculosis en Universitarios.

ABSTRACT

According to the Ministry of Health (MINSA) and the World-wide Organization of the Health (the WHO), in Peru hourly four to six people they become ill of tuberculosis (TV), 10% contract the multidrogo-resistant tuberculosis (TV MDR). **Objective**, identify the factors associated to the knowledge and attitude of the students of the UNSCH on Tuberculosis, Tuberculosis Multidrogoresistente (TB-MDR) and Tuberculosis Extremadamente Drogoresistente (TB-XDR). **Methodologic design**, with type of quantitative, nonexperimental investigation descriptive corelational. The population was constituted by *all the* students registered in the Semester 2011-I in the different Faculties from the National University of San Cristóbal de Huamanga. The sample constituted by 380 students of the 10 Faculties. The technique of data collection is the structured Interview and Scale of Likert **Results** of the investigation they present/display some factors that are associated with the knowledge level and attitude The 6.3% has adequate knowledge of TB, of which 3.7% have an attitude of tolerance, 1.6% and 1.1% rejection of an attitude of indifference. **In conclusion**, relation of association between the knowledge level exists (Good, Regular and Bad) on the Tuberculosis and the Attitude (Tolerance, Indifference and Rejection) towards this disease. Statistically (chi-square statistical test) corroborates and confirms the agency relationship between knowledge and attitude of students towards a tuberculosis ($p > 0.05$)

Key words: Tuberculosis, Multidrogoresistente Tuberculosis, Knowledge and attitudes towards the Tuberculosis in College students

CAPÍTULO I
INTRODUCCION

INTRODUCCIÓN

Según el Ministerio de Salud del Perú (MINSA) y la Organización Mundial de la Salud (OMS), en el Perú cada hora cuatro a seis personas se enferman de tuberculosis (TB), esto hace que al año se vean afectados entre 35000 a 50000 personas^(1,2); de todos ellos, el 10% contrae la tuberculosis multidrogo-resistente⁽³⁾ (TB MDR) que es producida por cepas resistentes a las drogas más efectivas para curar la TB, como son la isoniacida y la rifampicina. Pero más grave aún, es que el MINSA, hasta diciembre de 2008, ha notificado 202 casos de TB extremadamente resistente (TB XDR)⁽⁴⁾, enfermedad producida por cepas mutantes que se han hecho resistentes a las drogas más efectivas para curar a la TB MDR como son: las fluoroquinolonas (ciprofloxacina, ofloxacina, levofloxacina o moxifloxacina) y una de las tres drogas inyectables de segunda línea (kanamicina, capreomicina o amikacina), lo que hace a estas cepas virtualmente incurables, transmisibles y altamente mortales⁽⁵⁾.

En este contexto, la OPS convocó la Reunión sobre enseñanza de la TB en las Facultades de Salud, cuyo objetivo fue promover la participación efectiva de las facultades de salud en el control de la tuberculosis en la Región de las Américas. En este orden de ideas es necesario discutir el papel de las universidades en el contexto del desarrollo de recurso humano para el control de la tuberculosis. Se propone que las universidades desempeñen funciones más allá de la capacitación formal de los estudiantes de pregrado y posgrado, con el objetivo de permitir que adquieran conocimientos y desarrollen habilidades y aptitudes que los califiquen para participar efectivamente en el control de la tuberculosis. Otra línea de trabajo para las universidades en el control de la tuberculosis se enmarca en el amplio tema de la investigación, tanto académica, operacional y en la formación de investigadores.

Como se menciona las universidades juegan un papel importante en el control de la tuberculosis por medio del análisis de los contenidos curriculares existentes, la evaluación de su coherencia y de su compatibilidad con los objetivos de la política sanitaria, y el análisis de la formulación, implantación y aplicación de la reglamentación profesional, con el fin de marcar diferencias entre lo que se enseña y se hace en la práctica. El rol desempeñado por la universidad permite reflexionar sobre la viabilidad política y aceptabilidad social de los cambios que se proponen, y determina el alcance de los resultados enseñados, desde el punto de vista de eficacia de servicios y de mayor protección del usuario.

La Tuberculosis en la Región Ayacucho es un problema de salud pública que data de varias décadas, con tendencia latente y aparente disminución de tasas de morbilidad e incidencia de tuberculosis en los últimos 6 años, pero que debido a la escasa asignación de presupuesto para la intervención de sus actividades preventivos promocionales en consecuencia a las bajas coberturas de captación de sintomáticos respiratorios por tanto se está dejando de identificar a los pacientes afectados por TBC. La Incidencia de tuberculosis en la región de Ayacucho es un problema multifactorial y está presente en las zonas urbanas y periurbanas, con mayor incidencia en población vulnerable. Los indicadores operacionales evidencian con el indicador trazador, proporción de sintomáticos respiratorios identificados al 2010 se logró en 62%, de éste es examinado el 98%.(ESRPCT DIRESA 2010). La captación de sintomáticos respiratorios al 2009-2010 ha incrementado progresivamente de 28% (2006), 33%(2009) 61% (2010) en los 3 últimos años, pero aun sin logro de meta. En el 2010 se diagnosticaron 246 casos de tuberculosis en todas sus formas lo que representa una tasa de 38 casos x 100,000 habitantes, también se detectaron 228 casos nuevos de tuberculosis con una tasa de 35x100,000 habitantes y 179 casos de tuberculosis pulmonar con BK(+) con tasa de 32 x 100,000 habitantes. De tal manera que las tasas de morbilidad e incidencia muestran una aparente disminución pero es por la disminución de captación de sintomáticos respiratorios, situación que obedece a un conjunto de factores entre ellos, el poco conocimiento de las personas con respecto a la prevención de la tuberculosis, la actitud de las personas al sentirse posibles víctimas de la tuberculosis y que no acuden a los despistajes oportunos ya sea por débil

información, educación, comunicación, también cabe mencionar la carga laboral de los recursos humanos, que impiden el cumplimiento de las diferentes actividades.

Actualmente ya se tiene identificado hasta el primer trimestre del 2011, 70 casos de tuberculosis sensible y 3 casos de TB-MDR en nuestra región; situación que desde el punto de vista epidemiológico indica la gravedad de la situación para la población en general. Todas estas condiciones nos motivan realizar el estudio: FACTORES ASOCIADOS AL CONOCIMIENTO Y ACTITUD DE LOS ESTUDIANTES DE LA UNSCH SOBRE LA TUBERCULOSIS, TUBERCULOSIS MULTIDROGORESISTENTE (TB-MDR) Y TUBERCULOSIS EXTREMADAMENTE DROGORESISTENTE (TB-XDR). AYACUCHO -2011

Para tal fin se planteo el siguiente enunciado:

¿Cuáles son los factores asociados al conocimiento y actitud sobre la tuberculosis, Tuberculosis multidrogoresistente (TB-MDR) y Tuberculosis extremadamente resistente (TB-XDR) en los estudiantes de la UNSCH, Ayacucho 2011?

Se plantearon los siguientes objetivos:

OBJETIVO GENERAL

Identificar los factores asociados al conocimiento y actitud de los estudiantes de la UNSCH sobre la Tuberculosis, TB Multidrogoresistente (TB-MDR) y Tuberculosis Extremadamente Drogoresistente (TB-XDR).

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Caracterizar a los estudiantes de la UNSCH según edad, sexo, especialidad, procedencia, información previa, familiar con antecedente de Tuberculosis.
- Evaluar el nivel de conocimiento de los estudiantes de la UNSCH sobre la Tuberculosis, TB Multidrogoresistente (TB-MDR) y Tuberculosis Extremadamente Drogoresistente (TB-XDR).
- Identificar la actitud de los estudiantes de la UNSCH hacia la Tuberculosis, TB Multidrogoresistente (TB-MDR) y Tuberculosis Extremadamente Drogoresistente (TB-XDR).
- Relacionar las características identificadas con el nivel de conocimiento y actitud de los estudiantes de la UNSCH sobre la Tuberculosis, TB Multidrogoresistente (TB-MDR) y Tuberculosis Extremadamente Drogoresistente (TB-XDR).

La hipótesis propuesta, fue: Los factores como edad, sexo, especialidad, procedencia, información previa, antecedente de Tuberculosis se relacionan al conocimiento y actitud de los estudiantes de la UNSCH sobre la Tuberculosis, TB Multidrogoresistente (TB-MDR) y Tuberculosis Extremadamente Drogoresistente (TB-XDR). Ayacucho. 2011

El diseño metodológico empleado fue: Enfoque cuantitativo, de tipo no experimental, aplicativo, diseño descriptivo, correlacional y de corte transversal. Área de estudio, la Universidad Nacional de San Cristóbal de Huamanga, en 10 Facultades, se trabajó con la población matriculada en el Semestre 2011-I. La muestra estuvo constituida por 380 estudiantes

universitarios de las diferentes series de estudio. Se utilizó como técnica la entrevista estructurada y la escala de Likert; cuya validez del contenido y constructo de ambos instrumentos fueron determinados a través de la prueba de Alpha de Cronbach. Los datos fueron procesados mediante el paquete estadístico SPSS-15 y presentado en cuadros estadísticos de acuerdo a los objetivos propuestos.

De la investigación se deriva, que existen factores que se asocian con el nivel de conocimiento y actitud hacia la Tuberculosis. En conclusión, existe relación de asociación entre el nivel de conocimiento (Bueno, Regular y Malo) sobre la Tuberculosis y la Actitud (Tolerancia, Indiferencia y Rechazo) hacia esta enfermedad. Estadísticamente (prueba estadística de Chi cuadrada) se corrobora y confirma la relación de dependencia entre el conocimiento y la actitud de los estudiantes de la UNSCH hacia la Tuberculosis ($p > 0.05$).

El presente estudio de investigación fue estructurado de la siguiente manera: Introducción, revisión de la literatura, materiales y métodos, resultados, discusiones, conclusiones, recomendaciones, bibliografía y anexos correspondientes.

CAPITULO II
REVISIÓN DE LA LITERATURA

2.1 ANTECEDENTES REFERENCIALES

Corona y col. en el estudio "Conocimientos, percepciones y prácticas de grupos de población respecto a la tuberculosis" Habana CUBA (1994-1996). Concluyen que para desarrollar programas de control de tuberculosis exitosos se requiere de la participación popular por lo que se realizó un estudio con el objetivo de identificar conocimientos, percepciones y prácticas respecto a su ocurrencia, transmisión, tratamiento y control en la población. Se aplicó la técnica de grupos focales en 6 conjuntos de personas de 15 años y más de edad de 6 municipios de la ciudad de La Habana. Los grupos tenían idea de que la tuberculosis había disminuido en los últimos 10 años pero aumentó en los 2 a 3 años recientes; que es contagiosa y presenta síntomas como tos y hemoptisis, pérdida de peso, fiebre, la consideran penosa, indeseable, asociada con la pobreza; que se adquiere por mala alimentación, mala higiene personal del enfermo y sus familiares y el tabaquismo; algunos piensan que la enfermedad es curable y otros no; varios piensan que los enfermos deben aislarse en hospitales y otros que pueden llevar una vida normal en su casa; señalan que prefieren ser informados sobre la enfermedad por la televisión y la radiodifusión. Se concluyó que debe ampliarse un estudio cuantitativo basado en estos resultados ⁽¹⁴⁾.

Jorgelina D, Cambell, Armas, Friginal y González Ochoa INCIDENCIA DE TUBERCULOSIS EN EL MUNICIPIO MARIANAO. CIUDAD DE LA HABANA, CUBA (1990-2000) Para la eliminación de la tuberculosis es necesario vigilar su incidencia a nivel local, por ser éste el de acceso de los

enfermos a los servicios de salud. El objetivo de este trabajo es describir la distribución y la tendencia de las tasas de incidencia, por áreas de salud y por grupos de edades, de la tuberculosis en el municipio Marianao, de Ciudad de la Habana, durante los periodos 1990-1994 y 1995-2000. Métodos: La serie temporal de las tasas de incidencia de 1990-1994 y 1995-2000 se analizó mediante una técnica de alisamiento exponencial con dos parámetros. Se estimó el porcentaje total y promedio anual de variación. Se hizo la estratificación de las áreas de salud. Resultados: En 1990-1994 la tasa aumentó de 11,1 a 25,8 por 105 habitantes, (33% incremento anual), siendo más notable en las áreas de los Policlínicos Finlay y Portuondo (incremento anual promedio de 112,7% y 36,2% respectivamente). Tomando en cuenta que en 1995 se realizó un refuerzo del programa de control, de 1995 al 2000 las tasas descendieron en 47,6% en el municipio; las áreas de Finlay y Portuondo disminuyeron sus tasas en 79,9% y 39,7% respectivamente, mientras que en el área del Policlínico González Coro se incrementó un 58,3% y el 27 de noviembre no mostró variación importante. El grupo de 60 años de edad y más fue en el que predominó el aumento, con un 49,8% del total y sólo hubo un caso en menores de 15 años en el periodo. Durante el mismo, sólo se diagnosticaron seis casos de tuberculosis/ Virus de la inmunodeficiencia humana. El área 27 de noviembre resultó la única ubicada en el nivel insatisfactorio, según la estratificación realizada. Conclusiones: La tendencia de la tuberculosis en el municipio Marianao durante el periodo estudiado fue inicialmente ascendente y luego descendente. La enfermedad predominó en las adultas mayores ⁽²⁵⁾.

Frienden y Driver en el artículo "Control de la tuberculosis: últimos 10 años y el progreso futuro" (2001) mencionan que el número de países que aplican el tratamiento breve bajo observación directa (DOTS) ha crecido rápidamente en los últimos diez años y más de 10 millones de pacientes han sido tratados con DOTS. Aunque las tasas mundiales de detección de casos han aumentado ligeramente, del 35% al 40% entre 1995 y 2000, la proporción atribuible a la DOTS creció de menos de un tercio a más de dos tercios. DOTS es reemplazar tratamiento inferior, pero aún el tratamiento menos del 40% de la estimación de casos nuevos de tuberculosis. Conceptos erróneos amenazan con socavar el éxito continuo en el control de la tuberculosis. La primera idea errónea es que la observación del tratamiento es innecesaria. La observación de tratamiento debe ser más amigable con el paciente, pero no debe ser abandonado. El segundo malentendido es que la reforma de salud fortalecerá control de la tuberculosis. El control de la tuberculosis es esencialmente un problema de gestión. Una mayor responsabilidad de los gobiernos, los donantes y los proveedores es esencial. Una idea falsa tercera es centrarse en el tratamiento de la tuberculosis multi-resistente a los medicamentos (TB-MDR) casos sin abordar las causas profundas de la TB MDR. Si bien es importante, sobre una base clínica y epidemiológicamente, en algunos contextos, a la atención óptima de los pacientes con TB MDR, es más importante para hacer frente a la causa de la TB MDR y fijar el programa de generación de TRMM. El cuarto error es una preocupación excesiva por la sostenibilidad. Retrasar la asistencia hará la implementación y sostenibilidad

en el futuro más difícil. El control de la tuberculosis es muy barato y rentable, pero los esfuerzos fracasarán a menos que los programas tengan la capacidad de contratar personal, comprar suministros y contratar servicios de manera eficiente. Los temas críticos para el futuro del control de la tuberculosis son un financiamiento sostenido, rigor técnico y una buena gestión ⁽¹³⁾.

Mendoza y Gotuzzo, en el estudio "Tuberculosis extremadamente resistente (TB-XDR), historia y situación actual" (2010). Perú ocupa el primer lugar en reportar más casos de TB-MDR y TB-XDR en todo el continente americano. En nuestro país se produce el 33% de todos los casos de TB-MDR que anualmente se estiman en América. En el año 2006 se produjeron se estima que se produjeron 3 972 nuevos casos de TB-MDR (Intervalo de confianza 95%: 2,842 - 5,192). ⁽²⁶⁾

El Ministerio de Salud informó que en julio de 2007 se reportó la presencia de TB-XDR en aislamientos de Perú en el Instituto Nacional de Salud y desde 1997 a julio de 2008, se reportaron oficialmente por el MINSA 192 casos confirmados de TB-XDR, el 91% de ellos procedían de Lima y Callao y el resto de Ica, Ancash, La Libertad, Lambayeque, Piura y Arequipa. (MINSA – ESN PCT. 2008) ⁽¹⁷⁾

El Instituto Nacional de Salud (2006) Según el tercer estudio de vigilancia nacional de la resistencia a drogas antituberculosas en el Perú, el 5,8% de los casos con TB-MDR cumplen el criterio de TB-XDR. ⁽¹⁵⁾

ROJAS L. SILVIA E. SULCA M. en la Tesis "Conocimientos, opiniones y actitudes que tienen los pacientes con tuberculosis pulmonar en tratamiento ambulatorio sobre la evolución de su enfermedad, del hospital general base de Ayacucho 1992". Con los objetivos de evaluar la actitud de los pacientes frente a su patología de acuerdo a la edad, sexo, actitud ocupacional y nivel de instrucción, determinar los aspectos sobre los cuales se debe incidir sobre educación sanitaria a los pacientes para evitar la propagación de las enfermedades en la comunidad o grupo familia, determinar el grado de participación que tiene el paciente en la prevención tratamiento y recuperación de su enfermedad. Con una población de estudio constituida por 82 pacientes con tuberculosis pulmonar del servicio de consultorio externo del hospital general base de Ayacucho con tratamiento ambulatorio, 49 personas de sexo masculino y 33 de sexo femenino, con edades de 1 a 72 años de los cuales 64 personas radican en zonas urbanas que representa el 78.1%, 18 personas en zona rural que es igual al 21.9%, constituyendo el marco muestral con un universo de 82 personas se toma el 58.5% que es igual a 48 pacientes del total del universo, constituyendo 9 personas de la zona rural y 39 de la zona urbana, de las cuales 29 personas de sexo masculino y 19 del sexo femenino. Llegando a las siguientes conclusiones: el desconocimiento de la evolución de la enfermedad y las medidas inadecuadas de prevención de la tuberculosis pulmonar, es uno de los factores predisuestos para la alta tasa de incidencia de la enfermedad en el hospital general base de Ayacucho. El personal de salud no progresa un rol de actividad adecuado a la educación sanitaria y dedica muy poco tiempo al

seguimiento de los contactos. Los pacientes con tuberculosis pulmonar en nuestro medio no tiene clara de su diagnóstico motivo por el cual abandonan su tratamiento y no ponen interés suficiente en colaborar y prevenir la transmisibilidad de los demás. ⁽²³⁾

CHALCO S, URIBE J. con su tesis "Incidencia de tuberculosis pulmonar y actitud del paciente frente al tratamiento en el hospital de apoyo de Ayacucho 1982 - 1986" Con su objetivo de determinar la incidencia de la tuberculosis pulmonar según sexo, edad, procedencia y nivel cultural en la población que acude al hospital de apoyo de Ayacucho, determinar los factores que coadyuvan en la buena evolución del tratamiento e impiden el seguimiento del mismo, determinar cuantitativamente el número de pacientes que abandonan el tratamiento o termino del mismo, identificar la actitud del paciente frente al tratamiento de su enfermedad y recuperación de la misma. Co una población constituyente por todos los pacientes que han sido atendidos y los pacientes que están recibiendo tratamiento de tuberculosis pulmonar ambulatorio y hospitalizados del sexo femenino y masculino durante los años enero 1982 a julio 1986. Con una muestra constituida por 225 historias clínicas de pacientes con tuberculosis pulmonar que constituye el 20% de la población en estudio. Llegando a las siguientes conclusiones: el bajo nivel económico, social y cultural que caracteriza a la población que acude al hospital de apoyo de Ayacucho condicionan a enfermedades infectocontagiosas como la tuberculosis pulmonar en una frecuencia alta, el desconocimiento de la importancia del tratamiento

tuberculostático y lo prolongado del mismo hacen que el paciente incumpla o abandone dicho tratamiento. ⁽²⁴⁾

2.2. BASE TEÓRICA

CONOCIMIENTO

Es el entendimiento, inteligencia, razón natural. Aprehensión intelectual de la realidad o de una relación entre los objetos, facultad con la que nos relacionamos con el mundo exterior. Conjunto de saberse sobre un tema o sobre una ciencia.

La adquisición del conocimiento está en los medios intelectuales de un hombre (observación, memoria, capacidad de juicio). A medida que crece el conocimiento se da tanto el cambio cualitativo por haber en ello un incremento de reorganización del conjunto y de adquisición de los mismos.

Parte de la filosofía que analiza las facultades cognoscitivas del hombre y su capacidad de captar la realidad en sus diversas manifestaciones es más que una disciplina filosófica general, esta no se ocupa de una verdad particular de algún campo de la ciencia sino que se ocupa del cuerpo de las verdades cognoscibles. Es el conjunto de principio que por su explicación sistemática, se determina el modo de conocer los aspectos de la realidad el cual abarca desde su reflejo superficial hasta el dominio de las leyes que rigen sus fenómenos. *Metodología de la Investigación, segunda edición. McGRAWHILL. (1998)*

El conocimiento es, por una parte, el estado de quien conoce o sabe algo, y por otro lado, los contenidos sabidos o conocidos que forman parte del

patrimonio cultural del Homo sapiens. Saber que se consigue mediante la experiencia personal, la observación o el estudio.

El conocimiento se define a través de una disciplina llamada epistemología, una doctrina filosófica que se conoce como la teoría del conocimiento. La epistemología define el conocimiento como aquel conjunto de saberes, que como veremos se dan a diferentes niveles, que poseemos sobre algo. Desde esta misma disciplina, es que, para tener una comprensión más adecuada de lo que resulta ser el conocimiento, es que se ha hecho una división de los tres niveles de conocimiento, el conocimiento sensible, el conceptual y el holístico. En primer lugar, el conocimiento sensible es aquel que se adquiere a través de la captación de un objeto por medio de los sentidos, que en el caso de los seres humanos los más desarrollados son el oído y la vista, de este modo, somos capaces de almacenar en nuestra memoria las imágenes de todos los objetos que observamos a diario, con sus características particulares.

En cuanto al conocimiento conceptual, se trata de aquel que se forma a partir de un conjunto de representaciones definidas como invisibles, inmateriales, universales y esenciales. La diferencia más significativa entre el conocimiento sensible y el conceptual radica en que el primero es un conocimiento particular de cada persona, en el que cada uno ve y define los conceptos y los objetos con las características propias, mientras que el conceptual hace referencia a la universalidad de los conceptos y objetos, aquellos que todos comprendemos de la misma manera, sin añadirle características propias.

Por último, el conocimiento holístico, también denominado intuitivo hace alusión a la forma de captar los conceptos dentro de un contexto en particular, como uno de los elementos que componen una totalidad, sin poseer una limitación o estructura clara. Esto es lo que diferencia en mayor grado el nivel de conocimiento holístico con el conceptual, ya que este último posee ciertas estructuras que le brindan la universalidad.

Y aparte a lo que se entiende en el mundo académico de lo que es el conocimiento, encontramos a las tradiciones religiosas y contemplativas, que distinguen entre el conocimiento relativo, que viene a ser el relacionado con el mundo material, sus percepciones y sensaciones, y el conocimiento absoluto o real, que vendría a ser el conocimiento de Dios o de lo que es eterno; por lo mismo se habla del estado ordinario del ser humano como uno de "ignorancia", que se debe superar a través de la contemplación de lo real o absoluto.

Como vemos se trata de un concepto de difícil definición, lo que lo ha mantenido como uno de los temas presentes a lo largo de la historia en la filosofía, permitiendo incluso que una rama completa de ella se dedicara al estudio y comprensión del conocimiento.

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.

Fáctico: Inicializa los hechos, los análisis y luego regresa a éstos.

Objetivo: Los hechos se describen y se presentan tal 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.

CONOCIMIENTO EMPÍRICO

El conocimiento empírico, es obtenido a través de la experiencia práctica. Se compone de datos aislados basados en la observación y la experiencia, pero carece de la organización sistemática que caracteriza al conocimiento científico. Aún se utiliza en algunas áreas del conocimiento como en la medicina.

Características del conocimiento empírico:

- Subjetivo
- No metódico
- No ofrece resultados consistentes
- Algunos de estos conocimientos son verdaderos y otros erróneos

Esther Diaz, Mario Heler. "El conocimiento científico", Ed. Universitaria de Bs.As. Volumen 1 y 2

LA ACTITUD

Es la disposición voluntaria de una persona frente a la existencia en general o a un aspecto particular de esta. Los seres humanos experimentan en su vida diversas emociones que distan de ser motivadas por su libre elección;

ACTITUD POSITIVA: Aquellas disposiciones que nos ayudan a desenvolvemos frente a las exigencias del ambiente. La actitud positiva de una persona se origina en hacer uso de aquellos recursos que esta posee para solucionar sus problemas y dificultades. En efecto, el énfasis de una

persona con actitud positiva se centra en aquello que posee en lugar de ocuparse de lo que carece. Así, la actitud mental positiva tiene injerencia en la salud psíquica fomentando sentimientos que trasuntan bienestar y placidez.

ACTITUD NEGATIVA: Por el contrario, es fuente inagotable de sinsabores y sentimientos derrotistas.

En general, las personas cuando sufren depresión adoptan este tipo de postura frente a la vida. Básicamente, una persona con actitud negativa enfoca su atención en aquello que carece y que necesita: salud, dinero, amor, etc. Por legítimas que puedan ser estas aspiraciones, lo cierto es que enfocarse en las carencias no nos llevará a eliminarlas, sino que por el contrario, puede crearnos otras.

La actitud es la forma de actuar de una persona, el comportamiento que emplea un individuo para hacer las cosas. En este sentido, puede considerarse 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. Eiser¹ 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 de la obra Fish, 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.

Basándose en diversas definiciones de actitudes, Rodríguez² definió la actitud como una organización duradera de creencias y cogniciones en general, dotada de una carga afectiva a favor o en contra de un objeto definido, que predispone a una acción coherente con las cogniciones y afectos relativos a dicho objeto. Las actitudes son consideradas variables intercurrentes, al no ser observables directamente pero sujetas a inferencias observables. Eiser, J.R. (1999). Psicología Social. Madrid: valencia. ISBN

La actitud es la unidad de análisis de la psicología social, puede ser definida como orientación sistemática de la conducta hacia determinados objetos del mundo social, como pueden ser personas, hechos o grupos.

Las actitudes no son conductas sino predisposiciones adquiridas para actuar selectivamente, conducirse de determinada manera en la interacción social. Tienen que ver con una forma de actuar. Operan como parte de un sistema de representación de la realidad, una vez incorporadas regulan la conducta.

Presenta cuatro características.

- a- Direccionalidad: la actitud implica una relación sujeto- objeto que le da direccionalidad y la diferencia del rasgo de carácter o el hábito.
- b- Adquirida: Aprendidas en interacción, no existen actitudes innatas.
- c- Más o menos durables: son relativamente durables pero al mismo tiempo son factibles de ser modificadas por influencias externas.
- d- Polaridad afectiva: De la aceptación, hasta el rechazo.

Toda actitud incluye 4 aspectos:

Aspecto cognitivo: Se basa en creencias y opiniones hacia diferentes objetos o situaciones. Información que el sujeto adquiere en el medio social.

Volviendo al ejemplo de los chicos en la plaza, el componente cognitivo estaría formado por las opiniones y creencias que los jóvenes poseen acerca de los viejos.

Aspecto afectivo: Las creencias y opiniones poseen componentes afectivos que generan atracción o rechazo. Rechazo hacia la vejez por parte de los jóvenes.

Un aspecto normativo: como "debe" el sujeto comportarse ante determinada situación u objeto.

Aspecto comporta mental: En una situación específica estas creencias, opiniones, sentimientos y normas se traducen en acción. Por ejemplo, la discriminación.

Se considera a la actitud como el producto final del proceso de socialización, son aprendidas en el seno social y condicionarán las respuestas del sujeto hacia determinados grupos, objetos, hechos y situaciones. Se van construyendo y anclando en cada relación interpersonal. Los individuos incorporan valores, hacen atribuciones y actúan en función de ellas.

Muchnik G y Seidman S (1983): La Noción de actitud. Ficha de Cátedra de psicología social, Buenos Aires, Univ. De Belgrano

TUBERCULOSIS

La tuberculosis es una infección bacteriana crónica causada por *Mycobacterium tuberculosis* que histológicamente se caracteriza por la formación de granulomas. Compromete principalmente a los pulmones, aunque puede causar enfermedad en cualquier otro órgano. Su principal peligro es su forma de transmisión mediante la vía aérea a través del contacto con una persona enferma, al hablar, toser, reír, cantar, etc.; y el desarrollo de resistencia a los actuales antimicrobianos disponibles, llegando a ser virtualmente incurable.

Epidemiología

La tuberculosis supone un auténtico problema de salud pública, tanto a nivel nacional como mundial, por lo que quizá merezca la pena detenerse a analizar su situación epidemiológica actual, tan importante para comprender correctamente esta enfermedad en su globalidad.

No por repetidas, dejan de sorprender las cifras que la Organización Mundial de la Salud (OMS) publica en relación a la situación de la tuberculosis en el mundo. Este es el párrafo con el que esta organización comienza todas sus publicaciones:

"Aproximadamente un tercio de la población mundial está infectado por *M. tuberculosis*. Según las estimaciones disponibles, en 1995 se registraron mundialmente unos nueve millones de casos nuevos de tuberculosis y tres millones de defunciones por esa causa.

La tuberculosis causa la muerte de más personas que cualquier otro agente infeccioso. Las defunciones por tuberculosis representan el 25 por ciento de

todo la mortalidad evitable en los países en desarrollo, donde se registra el 95 por ciento de los casos y el 98 por ciento de los fallecimientos causados por esta enfermedad; el 75 por ciento de los casos se sitúa en el grupo de edad económicamente productivo (15-50 años). En consecuencia, a medida que se acerca el siglo XXI, nos encontramos con una situación mucho más grave que la que existía a mediados de los años cincuenta".

Los últimos datos facilitados por esta Organización, pertenecientes al año 1997, son impresionantes: se estima que la prevalencia de infección en el mundo era del 32 por ciento de la población (1.860 millones de personas). Alrededor de 1.870.000 personas murieron de tuberculosis, con una mortalidad global del 23 por ciento, aunque sobrepasaba el 50 por ciento en algunos países africanos donde la co - infección por VIH es muy alta.

En un mundo en el que los movimientos de población son cada vez más frecuentes rápidos y masivos, debemos ser conscientes de que lo que ocurra en cualquier parte del planeta repercutirá en nuestro entorno. Aunque sólo sea por esta visión egoísta (que no debería ser necesaria), hace de la tuberculosis un tema prioritario también para el mundo occidental.

El Perú es el segundo país de la región con más casos de TBC, el 60% del total de 34 mil infectados se encuentra en Lima. Al año se registran 25 mil nuevos casos, lo cual nos convierte, después de Brasil, en el segundo país de Sudamérica con más casos de este mal. Representante de la Estrategia Sanitaria Nacional de Prevención y Control de la Tuberculosis del MINSA, informó que del total de estos, el 60% se registra en Lima, siendo las razones principales la pobreza y la desnutrición.

Especial importancia epidemiológica tiene la prevalencia de infección e incidencia de enfermedad en la población infantil. Así, cuando un niño presenta tuberculosis indica que la infección ha sido transmitida recientemente, y que la persona que la transmitió puede ser todavía infectiva y que otros niños y adultos en la comunidad han sido expuestos. En Estados Unidos el número de casos en niños se incrementó de 1985 a 1993 en un 36 por ciento.

Los profesionales de Atención Primaria son una de las fuentes más importantes para la detección y notificación de casos. Otras fuentes son los médicos de Atención Especializada, los laboratorios de Microbiología, los servicios de Anatomía Patológica, los registros de casos de sida, instituciones penitenciarias, etc.

Etiopatogenia y fisiopatología

La gran mayoría de los casos de tuberculosis están producidas por *Mycobacterium tuberculosis*, especie de la familia de *Mycobacteriaceae*, orden *Actinomycetales*. Junto con otras tres especies muy relacionadas, *M. bovis*, *M. africanum* y *M. microti*, forman el grupo de micobacterias tuberculosas (*M. tuberculosis complex*).

M. bovis es mucho menos frecuente. Se caracteriza por su resistencia uniforme a pirazinamida, aunque en los últimos años ha sido responsable de una epidemia en España de tuberculosis multirresistente asociada a enfermos VIH, pero con transmisión también a inmunocompetentes. *M. africanum* (se considera una forma intermedia entre las dos anteriores) es una rara causa de tuberculosis humana en África.

Las micobacterias son bacilos ácido alcohol resistentes, aerobios estrictos, inmóviles, no esporulados, que son Gram (+) aunque la tinción es muy irregular. Se reproducen muy lentamente, son resistentes a los ácidos y álcalis y tienen una gran envoltura de ácidos micólicos, ácidos grasos ramificados, de 60-80 átomos de carbono. Por fuera de la capa de ácidos micólicos existen una serie de fenol glicolípidos y glicolípidos, de entre los que destaca el cord factor, importante como veremos para el diagnóstico. Son bacterias intracelulares, capaces de vivir dentro de las células, y más concretamente, de los macrófagos, de forma que es capaz de enlentecer su metabolismo de forma indefinida.

Transmisión

La tuberculosis es transmitida de persona a persona principalmente por vía respiratoria, a través de las gotitas de Pflüge. Los bacilos tuberculosos (en número de 1 a 3) forman los núcleos de estas pequeñas gotitas, lo suficientemente pequeñas (1-5 micras de diámetro) como para evaporarse, y permanecer suspendidas en el aire varias horas.

Las partículas de mayor tamaño, aunque tengan mayor número de bacilos, son menos contagiosas, pues caen por gravedad, o en el caso de ser inhaladas, son eliminadas por el sistema mucociliar y la tos. Cuando una persona con tuberculosis pulmonar o laríngea tose, estornuda, habla o canta, emite estas pequeñas partículas.

La posibilidad de que la enfermedad se transmita depende de cuatro factores:

- Las características del enfermo.

- El entorno en que tiene lugar la exposición.
- La duración de la exposición.
- La susceptibilidad del receptor (de ella hablaremos en la patogenia).

La capacidad de infectar de un enfermo determinado va a depender de la cantidad de bacilos que expulse con sus secreciones respiratorias, estando ésta en relación directa con la frecuencia de la tos, la existencia de lesiones cavitadas y con las formas de diseminación broncógena. La tuberculosis laríngea es especialmente infectiva.

Así, por ejemplo, los niños, aunque posible, rara vez son la fuente de infección para otras personas, pues tosen con menos frecuencia, con menos fuerza, e infrecuentemente sufren formas cavitadas extensas. Una vez iniciado un tratamiento correcto, en dos o tres semanas el esputo se esteriliza y la capacidad de infectar desciende en gran medida. De aquí la importancia que tiene en el control de la enfermedad el diagnóstico precoz, el aislamiento y el inicio del tratamiento.

Igualmente medidas que pudieran parecer tan superfluas como el cubrir la boca y la nariz del enfermo al estornudar o toser disminuyen mucho la capacidad de infectar. De estas y otras medidas hablaremos más tarde en las medidas de control de la enfermedad. Las micobacterias son sensibles a la radiación ultravioleta. Así, raramente, se produce el contagio en la calle, a la luz del día.

El hacinamiento facilitará la posibilidad de transmisión. De nuevo, una medida tan simple como una buena ventilación hará disminuir esta

posibilidad (con seis o más intercambios del aire de la habitación en una hora son suficientes).

El contagio se puede producir en un contacto esporádico con un enfermo, pero evidentemente cuanto más íntimo y prolongado sea el contacto, mucho mayores serán las posibilidades: familiares, compañeros de habitación, compañeros de trabajo etc.; serán los que más frecuentemente se infecten. En general, se acepta que el 23-25 por ciento de los contactos con un caso infeccioso se infectarán.

La tuberculosis extrapulmonar rara vez es contagiosa. Sin embargo, se han publicado casos de transmisión al realizar técnicas que producen aerosoles, como pudiera ocurrir en las autopsias. No se transmite a través de utensilios, vajillas etc.

Aunque extremadamente rara, se ha documentado la transmisión del hombre a animales de compañía y viceversa.

Clásicamente, se hablaba de la posibilidad de transmisión de *M. bovis* a través de la ingestión de leche de vaca, penetrando a través de la mucosa gastrointestinal. Hoy en día, con las técnicas de higienización de la leche, es prácticamente inexistente.

Patogenia

Cuando una persona inhala esas partículas suspendidas en el aire, lo suficientemente pequeñas como para llegar a los alvéolos, comienza la infección. Es difícil establecer cuántos bacilos se necesitan para producir infección, pero se estima que entre 5 y 200.

Una vez en los alvéolos, los bacilos son fagocitados por los macrófagos alveolares no activados (Estadio I de la patogenia), donde se multiplican y producen la liberación de citoquinas que, a su vez, atraerán a más macrófagos y monocitos que de nuevo fagocitarán los bacilos. Se produce una acumulación de monocitos y bacilos intracelulares (Estadio II o estado de simbiosis, también conocido como Fase de Crecimiento Logarítmico) entre los días 7 y 21. La posterior necrosis tisular y de los macrófagos (Necrosis caseosa, Estadio III) hace que se cree un medio desfavorable para la multiplicación de los bacilos. Esto se produce alrededor de la tercera semana, coincidiendo con la positivización del PPD.

Con la sensibilización de los linfocitos CD4 se produce una reacción inmunológica tipo TH1 con liberación de linfoquinas que activan los macrófagos, capaces de la destrucción del bacilo. Este fenómeno dará lugar a la formación de los granulomas que caracterizan histológicamente a la enfermedad (Estadio IV).

Si la secuencia en la patogenia continúa y se produce la licuefacción del material (Estadio V) y éste drena a la vía aérea, se producirá la cavitación.

En este medio los macrófagos activados son ineficaces, por lo que se crean unas condiciones idóneas para la multiplicación extracelular de los bacilos.

Este foco primario casi siempre es subpleural, y localizado en la región media del pulmón (zona inferior de los lóbulos superiores y superior de los lóbulos inferior y medio), donde el flujo aéreo mayor facilita el que se depositen esos bacilos inhalados.

Volviendo al inicio de la secuencia (Estadio I), parte de esos macrófagos alveolares pueden alcanzar vía linfática los ganglios regionales, y desde aquí, vía hematológica, al resto del organismo. No se sabe muy bien por qué causas, existen zonas del organismo que favorecen la retención y multiplicación de los bacilos: riñones, epífisis de los huesos largos, cuerpos vertebrales, áreas meníngeas cercanas al espacio subaracnoideo y, sobre todo, las zonas apicales posteriores del pulmón. En estas zonas se producen focos de multiplicación hasta que 2 a 10 semanas después de la primoinfección el sistema inmune detiene esta multiplicación y previene una futura diseminación (se produce la conversión de la prueba del PPD). Estas zonas podrán ser en el futuro focos de posible reactivación.

La infección puede progresar a enfermedad rápidamente, años después, o nunca. En los individuos inmunocompetentes infectados, el 5 por ciento desarrollará la enfermedad en los dos años siguientes a la primoinfección. Otro 5 por ciento la desarrollará más tarde. Es decir, el 10 por ciento de los infectados desarrollará enfermedad en algún momento de su vida. El otro 90 por ciento permanecerá libre de enfermedad.

Un tema debatido es el grado de protección que el sistema inmune proporciona una vez desarrollada esa respuesta celular frente a posibles nuevas reinfecciones. Evidencias clínicas y de laboratorio indican que la enfermedad producida por la inhalación de una segunda cepa es difícil, pero va a depender del riesgo de reexposición, de la intensidad de ésta, y de la integridad del sistema inmune de la persona. Así, en un estudio llevado a cabo en Sudáfrica y publicado en el New England en 1999, se demostró,

mediante técnicas de epidemiología molecular, que en zonas de gran incidencia la reexposición a una segunda cepa es una causa importante de enfermedad tras la curación de un primer episodio.

Algunas situaciones médicas aumentan el riesgo de que la infección progrese a enfermedad, pero no todas en la misma medida. Así, por ejemplo, la diabetes aumenta 3 veces el riesgo, la silicosis 30 veces, la infección por VIH más de 100 veces, y en fase de sida, hasta 170 veces.

Algunas de estas circunstancias son:

- Infección por VIH-SIDA.
- Adicción a drogas, especialmente por vía parenteral.
- Infección reciente (en los dos años previos).
- Hallazgos radiológicos sugestivos de TB previa.
- Diabetes Mellitus.
- Silicosis.
- Terapia prolongada con corticoides.
- Otras terapias inmunosupresoras.
- Cáncer de cabeza y cuello.
- Enfermedades hematológicas y del Sistema retículo endotelial (ej. leucemia y enfermedad de Hodgkin).
- Insuficiencia renal crónica.
- Gastrectomía.
- Síndromes de mala absorción crónica.
- Bajo peso corporal (10 por ciento o más por debajo del peso ideal).

De nuevo, haciendo mención a la importancia del VIH en relación a la tuberculosis, hay que señalar que una persona infectada con ambos microorganismos tendrá un riesgo anual del 10 por ciento de desarrollar tuberculosis (recuerda, el mismo que un inmunocompetente en toda su vida). La mayor incidencia de tuberculosis en los enfermos con infección por VIH es una consecuencia de las alteraciones de la inmunidad celular que padecen estos pacientes. Además, se ha demostrado una disminución progresiva de la respuesta proliferativa de los linfocitos T a la estimulación con PPD y de la actividad citolítica mediada por las células T. No parece, por otro lado, que la infección concomitante de los macrófagos por el VIH y por M. tuberculosis contribuya a esta mayor frecuencia de infecciones.

En cuanto a la edad, los tres períodos de la vida asociados con más riesgo de progresión a enfermedad son la infancia (sobre todo los dos primeros años de vida), la década comprendida entre los 15 y los 25 años y la edad avanzada.

Además del efecto notable que la infección por el VIH tiene en la epidemiología y patogenia de la tuberculosis, hay que mencionar también la influencia que la infección y la enfermedad tuberculosa tienen sobre la historia natural de la infección por el VIH. Casi todos los estudios que se han realizado en este sentido, demuestran que la tuberculosis activa acelera la progresión de la infección por el VIH y acorta la supervivencia de las personas que la sufren. La carga viral plasmática aumenta entre 5 y 160 veces, y el recuento de linfocitos CD4 disminuye a una velocidad 5 veces mayor que en los enfermos VIH-positivos sin tuberculosis. Se ha confirmado

que la administración de profilaxis con isoniacida a personas coinfectadas retrasa el desarrollo de infecciones oportunistas y aumenta la supervivencia al evitar que desarrollen tuberculosis. En estudios de laboratorio se ha corroborado esta observación clínica al demostrarse que la tuberculosis produce una liberación de citoquinas que aumentan la replicación del VIH.

Los pulmones son los órganos más frecuentemente afectados por la tuberculosis. Así, el 85 por ciento de los casos son pulmonares.

Sin embargo, como hemos dicho, la tuberculosis es una enfermedad sistémica, y puede afectar a numerosos órganos de la economía. El derrame pleural puede ocurrir en cualquier momento después de la primo infección.

La liberación de una pequeña cantidad de proteínas de los bacilos, material antigénico, desde un foco parenquimatoso sub pleural al espacio pleural produce una reacción inflamatoria con la acumulación de un exudado.

Clínica

Dado su carácter de enfermedad sistémica, los signos y síntomas del enfermo pueden ser de predominio sistémico, predominar la sintomatología pulmonar, los signos y síntomas de otro órgano afectado, o ser una combinación de todos ellos.

Ciertamente, la enfermedad temprana puede ser asintomática, y detectarse debido a una historia de exposición, por la presencia de una reacción a la prueba de la tuberculina positiva y una imagen radiológica patológica. Pero cuando la población bacilar es significativa se va a producir una reacción sistémica, con síntomas inespecíficos como fiebre (primordialmente vespertina), escalofríos, astenia, pérdida de apetito, disminución de peso y

sudación nocturna que, característicamente, afecta más a la parte superior del cuerpo.

La instauración de los síntomas es gradual. Por ello a veces son bien tolerados por el enfermo y pueden pasar en principio inadvertidos, o son atribuidos a otra causa, como el exceso de trabajo. Otras veces se presenta como fiebre de origen desconocido, en cuyo diagnóstico diferencial siempre ha de ser incluida, y sólo se llega a esclarecer tras extensos y repetidos estudios.

Menos frecuente, pero posible, es la presentación como un síndrome pseudogripal, con fiebre aguda y escalofríos, y el enfermo no consulta hasta que los síntomas no se resuelven como sería de esperar. El eritema nodoso puede aparecer con este inicio agudo.

Manifestaciones clínicas de la tuberculosis pulmonar

La tuberculosis pulmonar suele presentarse habitualmente con tos productiva de larga evolución, (generalmente el enfermo consulta cuando lleva más de tres semanas tosiendo). Éste es el principal síntoma respiratorio. El esputo suele ser escaso y no purulento.

Además, puede existir dolor torácico, y en ocasiones hemoptisis. Ésta última, aunque suele reducirse a esputo hemoptoico o hemoptisis leve, es indicativa de enfermedad avanzada. La hemoptisis grave, como consecuencia de la erosión de una arteria pulmonar por una cavidad (aneurisma de Rasmussen), y que era descrita en los libros clásicos como una complicación terminal en la era pre-antibiótica, es hoy muy rara. Otra causa de hemoptisis es la sobreinfección por aspergillus (aspergiloma) de una

caverna tuberculosa crónica, en cuyo caso el sangrado se produce sin que haya actividad del proceso tuberculoso.

Diagnóstico

El diagnóstico de tuberculosis descansa sobre cuatro pilares fundamentales: la sospecha clínica, la prueba de la tuberculina, la radiología, y la bacteriología. Dentro del diagnóstico cabe distinguir un "diagnóstico pasivo", que es el que realizamos en aquellos pacientes que acuden a nuestra consulta, y un "diagnóstico activo", tan importante como el anterior, y es el que debemos buscar nosotros de forma activa entre aquellas personas que pertenecen a grupos de riesgo. A este segundo dedicaremos un apartado especial, y en él comentaremos ampliamente la prueba de la tuberculina.

Historia clínica

La posibilidad de tuberculosis pulmonar debe considerarse en aquellos pacientes que presenten un cuadro de tos prolongado (más de tres semanas), que puede acompañarse de dolor torácico y hemoptisis. Con más énfasis ante la presencia de síntomas sistémicos como fiebre (que, como mencionamos en la clínica, suele ser vespertina), escalofríos, sudoración nocturna, pérdida de apetito, astenia y pérdida de peso. El grado de sospecha debe ser mayor en las personas con los factores predisponentes que hemos comentado.

En nuestro medio, en consultas de Atención Primaria, se debería solicitar una radiografía de tórax en aquellos casos en los que se sospechase tuberculosis, como los casos de tos prolongada que no remiten a pesar de tratamiento convencional. Los síntomas de sospecha de la tuberculosis

extrapulmonar van a depender de la localización de ésta. Ministerio de salud "inicio proceso y tratamiento de TUBERCULOSIS (TB)" 1era edición 2009.

TUBERCULOSIS MULTIDROGORESISTENTES (MDR) Y EXTREMADAMENTE RESISTENTE (XDR)

Es la enfermedad producida por formas mutantes del Mycobacterium tuberculosis debido a un mal manejo de la tuberculosis por el hombre. Hay diferentes grados de resistencia, los más importantes son:

Tuberculosis Multidrogo Resistente (TB MDR): Cuando la bacteria se hace resistente a por lo menos a una de las drogas antituberculosas (mono resistente) más efectivas: isoniacida o rifampicina, en caso de que sea resistente a los dos medicamentos este es multidrogoresistentes. Esta es una de las formas más graves de la enfermedad, que requerirá tratamiento con drogas de segunda línea, que son más efectivas y con mayores efectos adversos y cuya duración ya no es de seis meses sino por lo menos dieciocho meses, tiempo durante el cual estos pacientes son potencialmente contagiantes.

Tuberculosis Extremadamente Resistente (TB XDR): Cuando la bacteria que es multidrogo-resistente ha ampliado su resistencia a por lo menos dos de las drogas más efectivas de segunda línea: una fluoroquinolona (ciprofloxacina, levofloxacina, moxifloxacina) y una droga inyectable (amikacina, kanamicina, capreomicina). Se abrevia como TB XDR. Esta forma de la enfermedad es virtualmente incurable, cursa con alta mortalidad y es transmitida por vía aérea de persona a persona.

Mecanismos de Resistencia y Capacidad de Transmisión de la Tb MDR y XDR

Como otros microorganismos, la base de la resistencia del bacilo de Koch es la selección de bacterias mutantes con resistencia innata a las drogas antituberculosas existentes. Las epidemias de cepas resistentes pueden deberse a tres mecanismos:

- a) Conversión de cepas salvajes pan-susceptibles durante el tratamiento (resistencia adquirida)
- b) Incremento del desarrollo de la resistencia en cepas resistentes a drogas debido a una quimioterapia inapropiada (resistencia amplificada)
- c) Transmisión de cepas mutantes a personas susceptibles produciendo casos nuevos o recaídas de tuberculosis resistente (resistencia transmitida).

La transmisión de cepas resistentes depende de la virulencia del organismo, si bien las mutaciones de resistencia pueden disminuir la capacidad de transmisión y su potencial reproductivo, pueden producirse también mutaciones que restablezcan su capacidad virulenta como las cepas salvajes.

Diagnóstico:

El diagnóstico de la tuberculosis resistente es eminentemente de laboratorio. Un diagnóstico definitivo de TB MDR o TB XDR requiere que el *M. tuberculosis* sea aislada en un cultivo (sólido o líquido), identificada y sometida a una prueba de susceptibilidad indirecta.

El cultivo de micobacterias en medios sólidos, seguido por una prueba de susceptibilidad por el método de proporciones en medio Löwenstein – Jensen, toma alrededor de 90 días. Este tiempo es ampliado por trámites administrativos por lo que este proceso no permite un tratamiento oportuno y se retarda la interrupción de la cadena de transmisión. Por esta razón la OMS recomienda el uso de pruebas de diagnóstico rápido de rifampicina e isoniacida en regiones con alto riesgo de TB MDR, sobre todo en las regiones con alta carga de VIH.

Existen varias técnicas que han demostrado utilidad para el diagnóstico rápido de resistencia a isoniacida y rifampicina. La prueba molecular Geno Type MTBDR plus (Hain Lifescience, Nehren, Germany), detecta mutaciones en el gen *rpoB* para resistencia a RMP, el gen *katG* para altos niveles de resistencia INH, y el gen *inhA* para bajos niveles de resistencia a INH, directamente desde muestras de esputo positivas o de aislamientos en cultivos.

En Perú se ha desarrollado la prueba rápida MODS (Microscopic Observation Drug Susceptibility), una prueba fenotípica que detecta en el crecimiento de microcolonias con patrón de cordones (agregación de bacilos

tuberculosos formando estructuras serpenteantes que es único de *M. tuberculosis*) en pozos con medio líquido enriquecido y antibióticos; a través de la visualización periódica con un microscopio de luz invertida. Esto permite diagnosticar, en un tiempo promedio de siete días, tuberculosis en muestras de esputo y simultáneamente determinar la susceptibilidad a rifampicina e isoniazida.

Tratamiento de Tb MDR y XDR:

Cualquier paciente en el que se sospecha o diagnóstica TB resistente debe ser tratado con atención de alta calidad y centrada en el paciente, como se indica en las Normas Internacionales de Atención de la Tuberculosis y en la Carta de los Pacientes para el Cuidado de la Tuberculosis.

Dadas las limitaciones en la realización de ensayos clínicos, la evidencia actual de los tratamientos recomendados se basa en opiniones de expertos, cohortes o series de casos.

Todo paciente con TB MDR o XDR debe recibir drogas de segunda línea directamente supervisada, independientemente de su vía de administración, las drogas de segunda línea son más caras, menos efectivas y con más reacciones no deseadas, que las drogas de primera línea. En la tabla se presenta la actual clasificación de las drogas antituberculosas propuesta en la última guía de manejo programático de la TB resistente de la OMS.

Clasificación de Drogas para la Tuberculosis (OMS)

Grupo	Drogas
Grupo 1: Agentes de primera línea orales	Isoniacida, rifampicina, etambutol, pirazinamida y rifabutinaa.
Grupo 2: Agentes inyectables	Kanamicina, amikacina, capreomicina, viomicina, estreptomina.
Grupo 3: Fluoroquinolonas	Moxifloxacino, levofloxacino, ofloxacino.
Grupo 4: Agentes de segunda línea orales y bacteriostáticos	Etionamida, protonamida, cicloserina, terizidone, ácido para-amino-salicílico (PAS).
Grupo 5: Agentes con un rol no claro en el tratamiento de TB MDR (no recomendado por la OMS para uso rutinario en pacientes con TB resistente)	Clofazimina, linezolid, amoxicilina clavulanato, tiocetazona, imipenem/cilastatina, altas dosis de isoniacidab, claritromicina.

a: Rifabutina se usa en pacientes con TB - VIH que usan inhibidores de proteasa.

b: Dosis altas de INH va de 16 a 20 mg/Kg/día

La columna vertebral de los regímenes para el tratamiento de la TB MDR consiste de un medicamento inyectable (aminoglucósido o polipéptido) y una fluoroquinolona, apoyados de al menos otras dos drogas de primera línea, o en su defecto de segunda línea, con el fin de garantizar que el régimen incluya al menos cuatro fármacos con eficacia confirmada o que se espera sean efectivas.

Las últimas recomendaciones propuestas por la OMS para el manejo de la TB resistente se mencionan a continuación:

- Diseñar regímenes de tratamiento con un enfoque coherente basado en la jerarquía de los cinco grupos de drogas antituberculosas.
- Diagnosticar rápidamente la TB resistente e iniciar el tratamiento adecuado.

- Utilizar por lo menos cuatro fármacos, ya sea con cierta o casi cierta eficacia.
- Las pruebas de susceptibilidad deberían ser utilizadas para orientar la terapia. Sin embargo, las drogas etambutol, pirazinamida y las drogas de los grupos 4 y 5 no dependen de la prueba de susceptibilidad para ser incluidas en los regímenes individuales.
- No usar ciprofloxacino como agente antituberculoso.
- Diseñar o un programa que tome en cuenta el acceso a pruebas de susceptibilidad de alta calidad, las tasas de resistencia a drogas, la prevalencia de VIH y la capacidad técnica y recursos financieros.
- Tratar durante 18 meses una vez que se haya logrado la negativización del cultivo.
- Utilizar medidas adyuvantes adecuadamente, incluyendo cirugía, buena nutrición y apoyo social.
- Tratar agresivamente la TB-XDR, siempre que sea posible.
- Tratar adecuadamente los efectos adversos y de manera inmediata.

La TB XDR requiere tratamiento individualizado (elaborados tomando en cuenta las drogas previamente recibidas y una prueba de susceptibilidad reciente, menos de 6 meses) dado la limitada exactitud de los regímenes estandarizados (determinados por la vigilancia de la resistencia a drogas en regiones geográficas específicas) para definir la resistencia a drogas de segunda línea. Por ello es importante contar con pruebas de susceptibilidad

de alta calidad, lo que hace más difícil el tratamiento de la TB XDR en países con escasos recursos.

Prevención y Control:

Se requiere una participación multisectorial para enfrentar la epidemia de TB XDR. El Comité especial de TB XDR de OMS estableció recomendaciones en el 2006 para promover las medidas de control y prevención de la TB XDR. Estas medidas comprenden:

- Fortalecer las actividades básicas para el control de la TB y el VIH/SIDA.
- Expandir el manejo programático de la TB MDR y la TB XDR.
- Fortalecer los servicios de laboratorio para un diagnóstico adecuado y oportuno de la TB resistente.
- Expandir la vigilancia de TB MDR y TB XDR para comprender la magnitud mundial del problema y su relación con el VIH.
- Promocionar el control de infecciones para proteger a los pacientes y trabajadores de salud.
- Fortalecer la abogacía, comunicación y movilización social para lograr la participación política en el problema.
- Conseguir la disponibilidad de fondos a todos los niveles para garantizar los recursos necesarios.
- Promover investigaciones para desarrollar nuevas prueba de diagnóstico, drogas y vacunas: así como investigación operacional.

En la última reunión del Comité Especial de TB XDR de la OMS, en abril de 2008 se presentaron los siguientes progresos más destacados:

- Se han adaptado las guías de manejo de TB resistente de la OMS.
- La iniciativa global de laboratorio ha logrado fortalecer la capacidad del laboratorio.
- Los ensayos de diagnóstico con PCR han sido exitosamente evaluados en Sudáfrica.
- Se ha logrado evidencia de que la TB MDR puede ser manejada en circunstancias muy difíciles, como países con alta prevalencia en VIH.

SITUACIÓN DE LA TB MDR/XDR EN EL PERÚ

Según el Ministerio de Salud del Perú (MINSA) y la Organización Mundial de la Salud (OMS), en el Perú cada hora cuatro a seis personas se enferman de tuberculosis (TB), esto hace que al año se vean afectados entre 35000 a 50 000 personas; de todos ellos, el 10% contrae la tuberculosis multidrogo-resistente (TB MDR) que es producida por cepas resistentes a las drogas más efectivas para curar la TB, como son la isoniacida y la rifampicina. Pero más grave aún, es que el MINSA, hasta diciembre de 2008, ha notificado 202 casos de TB extremadamente resistente (TB XDR), enfermedad producida por cepas mutantes que se han hecho resistentes a las drogas más efectivas para curar a la TB MDR como son: las fluoroquinolonas (ciprofloxacina, ofloxacina, levofloxacina o moxifloxacina) y una de las tres drogas inyectables de segunda línea (kanamicina, capreomicina o

amikacina), lo que hace a estas cepas virtualmente incurables, transmisibles y altamente mortales. Para la OMS y el Centro de Control de Enfermedades de EEUU (CDC) un sólo caso de TB XDR y quienes estuvieron en contacto con él, deben ser manejados como una situación de emergencia sanitaria. En el Perú esta medida aún no ha sido considerada por nuestras autoridades sanitarias competentes.

La gravedad de la epidemia de TB MDR/XDR en Perú, se refleja en la aparición de casos primarios de TB XDR en niños, lo que denota transmisión activa y reciente de la enfermedad, ya que han sido contagiados por adultos dentro de sus domicilios. Un ejemplo emblemático de ello es el caso de una mujer de 26 años de Huaycán, en Lima Este, con TB XDR quien falleciera a los dos meses de haber sido diagnosticada, dejando en la orfandad a tres hijos, dos de ellos (uno de 11 meses y otro de 2 años), con TB XDR. No conocemos en el mundo otro caso reportado de un lactante con TB XDR.

Se mencionan a continuación algunas condiciones que consideramos que se vienen dando en el país para que los pacientes con TB no se curen, desarrollen formas resistentes y se continúe diseminando la enfermedad:

- La pobreza y la migración son problemas nacionales que condicionan hacinamiento que no permite cumplir con la indicación efectiva de aislamiento del caso índice, produciéndose contagio y nuevos casos de TB y TB MDR/XDR dentro del grupo familiar. Estos pacientes circulan libremente y se movilizan utilizando nuestro hacinado servicio

de transporte público, poniendo en riesgo a quienes comparten el mismo espacio reducido y no ventilado. Un estudio realizado en Lima Este encontró un riesgo de hasta 4 veces de contraer TB activa si se viaja en el transporte público tipo “combis”.

- El primer nivel de atención, que actualmente es responsable del manejo de los pacientes con TB MDR y TB XDR, no tiene los recursos suficientes para tratar esta enfermedad tan compleja.
- Se ha producido un debilitamiento sostenido del factor humano en los establecimientos de salud que manejan pacientes con TB MDR, por el temor fundado de realizar un trabajo muy riesgoso. Debido a la necesidad de contar con terapias fraccionadas para el manejo de la TB MDR, no se garantiza la terapia directamente observada, porque en la mayoría de establecimientos de atención primaria sólo se atiende por las mañanas.
- Sólo se reporta en el MINSA a aquellos pacientes con TB MDR/XDR que accedieron a tratamiento, no se dispone de información de los que fallecen antes de ser diagnosticados o tratados, o los que se atienden en EsSALUD, servicios privados, municipales y otras entidades del sector, que en total cubren el 40% de la población peruana.
- En el Perú los pacientes con TB y carga familiar no perciben un subsidio que permita cubrir sus necesidades y garantizar su adherencia, mientras aún son transmisores y reciben su tratamiento.(4)

CAPÍTULO III
MATERIALES Y MÉTODOS

3.1. TIPO DE INVESTIGACION

El tipo de investigación fue cuantitativo.

3.2 DISEÑO DE INVESTIGACION:

El tipo de diseño fue no experimental de corte transversal, de tipo descriptivo, correlacional.

3.3. AREA DE ESTUDIO

Universidad Nacional de San Cristóbal de Huamanga.

3.4. POBLACION

La población estuvo constituida por todos los estudiantes matriculados en el Semestre 2011-I en las diferentes Facultades de la Universidad Nacional de San Cristóbal de Huamanga

3.5. MUESTRA

Constituida por 380 estudiantes de las 10 Facultades de la Universidad Nacional de San Cristóbal de Huamanga, resultado de la aplicación de la fórmula:

$$n = \frac{NZ^2pq}{e^2(N) + Z^2pq}$$

Dónde:

N: Tamaño de muestra

N: Población Total

Z: Nivel de confianza (95%)

p: Proporción de éxito (50%)

q: Proporción de fracaso (50%)

e: Error muestral (5%)

3.6. TECNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCION DE DATOS

3.6.1. TECNICAS

La técnica de recolección de datos fue la Entrevista estructurada y Escala de Likert

3.6.2. INSTRUMENTO

- Cuestionario de nivel de conocimiento,
- Cuestionario de actitudes

3.7. PLAN DE RECOLECCION DE DATOS

A través de la Escuela de Enfermería, se solicitó el permiso respectivo a las Direcciones de Facultades de la UNSCH, con la finalidad de obtener la autorización para la aplicación de los instrumentos. Obtenido el permiso y la autorización correspondiente, se procedió a aplicar la evaluación del conocimiento y actitudes de los estudiantes respecto a la Tuberculosis, TB MDR y XDR.

3.8. PLAN DE PROCESAMIENTO Y ANALISIS

Los datos fueron procesados empleando el paquete estadístico SPSS versión 15. Los datos son presentados en cuadros estadísticos simples y compuestos de acuerdo a los objetivos propuestos. Para el análisis de datos se empleó la prueba Chi cuadrado, con la finalidad de identificar el grado de dependencia o asociación entre dos variables.

CAPÍTULO IV
RESULTADOS

CUADRO N° 01
NIVEL DE CONOCIMIENTO DE ESTUDIANTES DE LA UNSCH SOBRE
LA TUBERCULOSIS, TUBERCULOSIS MULTIDROGORESISTENTE
(TB-MDR) Y TUBERCULOSIS EXTREMADAMENTE
DROGORESISTENTE (TB-XDR). AYACUCHO -2011

Nivel de Conocimiento	N°	%
Bueno	24	6.3
Regular	164	43.2
Malo	192	50.5
Total	380	100

Fuente: Cuestionario aplicado a estudiantes de la UNSCH. Ayacucho, Agosto 2011

En el presente cuadro, se observa que del 100% de estudiantes de la Universidad Nacional de San Cristóbal de Huamanga, el 50.5% tienen nivel de Conocimiento malo respecto a la Tuberculosis, Tuberculosis Multidrogo resistente (MDR) y Tuberculosis Extremadamente resistente (XDR); el 43.2% regular conocimiento y sólo el 6.3% un buen conocimiento de dicha enfermedad y sus implicancias.

CUADRO N° 02
ACTITUD DE ESTUDIANTES DE LA UNSCH HACIA LA TUBERCULOSIS,
TUBERCULOSIS MULTIDROGORESISTENTE (TB-MDR) Y
TUBERCULOSIS EXTREMADAMENTE DROGORESISTENTE (TB-XDR).
AYACUCHO -2011

Tipo de Actitud	N°	%
Tolerancia	125	32.9
Indiferencia	139	36.6
Rechazo	116	30.5
Total	380	100

Fuente: Cuestionario aplicado a estudiantes de la UNSCH. Ayacucho, Agosto 2011

En el cuadro N° 02, podemos apreciar que del 100% de estudiantes de la Universidad Nacional de San Cristóbal de Huamanga, el 36.6% tienen una actitud de indiferencia hacia la enfermedad; el 32.9% una actitud de aceptación y el 30.5% una actitud de rechazo a la enfermedad y a quien la padezca.

CUADRO N° 03
NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE LA TUBERCULOSIS,
TUBERCULOSIS MULTIDROGORESISTENTE (TB-MDR) Y
TUBERCULOSIS EXTREMADAMENTE DROGORESISTENTE (TB-XDR)
SEGÚN EDAD DE ESTUDIANTES DE LA UNSCH. AYACUCHO - 2011

Edad	Nivel de Conocimiento						Total	
	Bueno		Regular		Malo			
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
16 a 20 años	6	1.6	55	14.5	76	20.0	137	36.05
21 a 25 años	14	3.7	87	22.9	103	27.1	204	53.68
26 a 30 años	4	1.1	22	5.8	13	3.4	39	10.26
Total	24	6.3	164	43.2	192	50.5	380	100

Fuente: Cuestionario aplicado a estudiantes de la UNSCH. Ayacucho, Agosto 2011

	<i>Sig.</i>
	<i>asintótica</i>
	<i>(bilateral)</i>
<i>Chi-cuadrado de Pearson</i>	<i>Valor</i>
	<i>gl</i>
	<i>Sig.</i>
	<i>(bilateral)</i>
	<i>Valor</i>
	<i>gl</i>
	<i>Sig.</i>
	<i>(bilateral)</i>

En el presente cuadro, se observa que del 100% de estudiantes de la Universidad Nacional de San Cristóbal de Huamanga, el 53.7% tienen entre 21 a 25 años, de los cuales el 27.1% tiene un conocimiento malo en relación a la tuberculosis, el 22.9% conocimiento regular y sólo el 3.7% buen conocimiento. El 36.1% tienen entre 16 a 20 años, de los cuales el 20% tiene un conocimiento malo en relación a la tuberculosis, el 14.5% conocimiento regular y sólo el 1.6% buen conocimiento. El 10.26% tienen entre 26 a 30 años, de ellos el 5.8% tiene un conocimiento regular, el 3.4% conocimiento malo y sólo el 1.1% buen conocimiento. Realizada la prueba de Chi cuadrada ($p > 0.05$), se identifica una relación de independencia entre ambas variables.

CUADRO N° 04
ACTITUD HACIA LA TUBERCULOSIS, TUBERCULOSIS
MULTIDROGORESISTENTE (TB-MDR) Y TUBERCULOSIS
EXTREMADAMENTE DROGORESISTENTE (TB-XDR) SEGÚN EDAD DE
ESTUDIANTES DE LA UNSCH. AYACUCHO - 2011

Edad	Actitud						Total	
	Tolerancia		Indiferencia		Rechazo			
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
16 a 20 años	51	13.4	52	13.7	34	8.9	137	36.1
21 a 25 años	65	17.1	76	20.0	63	16.6	204	53.7
26 a 30 años	9	2.4	11	2.9	19	5.0	39	10.3
Total	125	32.9	139	36.6	116	30.5	380	100

Fuente: Cuestionario aplicado a estudiantes de la UNSCH. Ayacucho, Agosto 2011

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
<i>Chi-cuadrado de Pearson</i>	8.533(a)	4	.074

En el presente cuadro, se observa que del 100% de estudiantes de la Universidad Nacional de San Cristóbal de Huamanga, el 53.7% tienen entre 21 a 25 años, de los cuales el 20% tiene actitud de indiferencia hacia la tuberculosis, el 17.1% tiene una actitud de aceptación y el 16.6% una actitud de rechazo. El 36.1% tienen entre 16 a 20 años, de los cuales el 13.7% tiene actitud de indiferencia hacia la tuberculosis, el 13.4% tiene una actitud de aceptación y el 8.9% una actitud de rechazo. El 10.26% tienen entre 26 a 30 años, de ellos el 5% tiene actitud de rechazo, el 2.4% tiene una actitud de indiferencia y el 2.4% una actitud de aceptación al enfermo y enfermedad. Realizada la prueba de Chi cuadrada ($p > 0.05$), se identifica al igual que al conocimiento no hay relación de dependencia entre la actitud y la edad.

CUADRO N° 05
NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE LA TUBERCULOSIS,
TUBERCULOSIS MULTIDROGORESISTENTE (TB-MDR) Y
TUBERCULOSIS EXTREMADAMENTE DROGORESISTENTE (TB-XDR)
SEGÚN SEXO DE ESTUDIANTES DE LA UNSCH. AYACUCHO - 2011

Sexo	Nivel de Conocimiento						Total	
	Bueno		Regular		Malo			
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Masculino	14	3.7	90	23.7	115	30.3	219	57.6
Femenino	10	2.6	74	19.5	77	20.3	161	42.4
Total	24	6.3	164	43.2	192	50.5	380	100

Fuente: Cuestionario aplicado a estudiantes de la UNSCH. Ayacucho, Agosto 2011

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
<i>Chi-cuadrado de Pearson</i>	.917(a)	2	.632

En el presente cuadro, se observa que del 100% de estudiantes de la Universidad Nacional de San Cristóbal de Huamanga el 57.6% son de género masculino, de los cuales el 30.3% tiene un conocimiento malo en relación a la tuberculosis, el 23.7% conocimiento regular y sólo el 3.7% buen conocimiento. El 42.4 % es de género femenino, de las cuales el 20.3% tiene un conocimiento malo en relación a la tuberculosis, el 19.5% conocimiento regular y sólo el 2.6% buen conocimiento. Realizada la prueba estadística se identifica que no hay una relación de dependencia entre el género y el nivel de conocimiento hacia la tuberculosis ($p > 0.05$).

CUADRO N° 06
ACTITUD HACIA LA TUBERCULOSIS, TUBERCULOSIS
MULTIDROGORESISTENTE (TB-MDR) Y TUBERCULOSIS
EXTREMADAMENTE DROGORESISTENTE (TB-XDR) SEGÚN SEXO DE
ESTUDIANTES DE LA UNSCH. AYACUCHO - 2011

Sexo	Tipo de Actitud						Total	
	Tolerancia		Indiferencia		Rechazo			
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Masculino	72	18.9	79	20.8	68	17.9	219	57.6
Femenino	53	13.9	60	15.8	48	12.6	161	42.4
Total	125	32.9	139	36.6	116	30.5	380	100

Fuente: Cuestionario aplicado a estudiantes de la UNSCH. Ayacucho, Agosto 2011

	<i>Valor</i>	<i>gl</i>	<i>Sig.</i> <i>asintótica</i> <i>(bilateral)</i>
<i>Chi-cuadrado de Pearson</i>	.083(a)	2	.959

En el cuadro N° 06, se observa que del 100% de estudiantes de la Universidad Nacional de San Cristóbal de Huamanga el 57.6% son de género masculino, de los cuales el 20.8% tiene una actitud de indiferencia hacia la tuberculosis, el 18.9% actitud de aceptación y el 17.9% una actitud de rechazo. El 42.4% es de género femenino, de las cuales el 15.8% tiene una actitud de indiferencia hacia la tuberculosis, el 13.9% actitud de aceptación y el 12.6% una actitud de rechazo a la enfermedad. Realizada la prueba estadística de chi cuadrada se identifica que no hay una relación de dependencia entre el género y la actitud hacia la tuberculosis ($p > 0.05$).

CUADRO N° 07
NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE LA TUBERCULOSIS,
TUBERCULOSIS MULTIDROGORESISTENTE (TB-MDR) Y
TUBERCULOSIS EXTREMADAMENTE DROGORESISTENTE (TB-XDR)
SEGÚN FACULTADES DE LA UNSCH. AYACUCHO - 2011

Facultad	Nivel de Conocimiento						Total	
	Bueno		Regular		Malo			
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Cs. Agrarias	4	7.3	32	58.2	19	34.5	55	100
Cs. Biológicas	1	6.3	8	50.0	7	43.8	16	100
Cs. Educación	5	14.7	21	61.8	8	23.5	34	100
FACEA	2	2.6	35	46.1	39	51.3	76	100
Cs. Sociales	2	3.2	22	35.5	38	61.3	62	100
Derecho	3	11.1	6	22.2	18	66.7	27	100
Enfermería	2	10.5	8	42.1	9	47.4	19	100
Ing. Minas y Civil	2	4.2	17	35.4	29	60.4	48	100
Ing. Química	2	7.7	7	26.9	17	65.4	26	100
Obstetricia	1	5.9	8	47.1	8	47.1	17	100
Total	24	6.3	164	43.2	192	50.5	380	100

Fuente: Cuestionario aplicado a estudiantes de la UNSCH. Ayacucho, Agosto 2011

	<i>Valor</i>	<i>gl</i>	<i>Sig. asintótica (bilateral)</i>
<i>Chi-cuadrado de Pearson</i>	33.019(a)	18	.017

En el presente cuadro, se observan los resultados al 100% por cada Facultad evaluada de la Universidad Nacional de San Cristóbal de Huamanga; Los estudiantes de la Facultad de Derecho, Ingeniería Química, Ciencias Sociales e Ingeniería Minas y Civil son las que presentan mayor porcentaje de conocimiento malo respecto a la tuberculosis con 66.7%; 65.4%; 61.3% y 60.4% respectivamente. Las Facultades que destacan con

un conocimiento regular sobre la tuberculosis son Ciencias de la Educación con 61.8%; Ciencias Agrarias con un 58.2 y Ciencias Biológicas con 50%. Y las Facultades que presentan estudiantes con conocimientos adecuados sobre la tuberculosis en todas sus formas aunque en minoría respecto a las otras variables son Ciencias de la Educación con 14.7%; Derecho con 11.1% y Enfermería con 10.5%. Realizada la prueba estadística de chi cuadrada se identifica que existe relación de dependencia entre las Facultades de enseñanza y el nivel de conocimiento sobre la tuberculosis ($p < 0.05$).

CUADRO N° 08
ACTITUD HACIA LA TUBERCULOSIS, TUBERCULOSIS
MULTIDROGORESISTENTE (TB-MDR) Y TUBERCULOSIS
EXTREMADAMENTE DROGORESISTENTE (TB-XDR) SEGÚN
FACULTAD DE LA UNSCH. AYACUCHO - 2011

Facultad	Tipo de Actitud						Total	
	Tolerancia		Indiferencia		Rechazo			
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Cs. Agrarias	8	14.5	29	52.7	18	32.7	55	100
Cs. Biológicas	9	56.3	3	18.8	4	25.0	16	100
Cs. Educación	15	44.1	6	17.6	13	38.2	34	100
FACEA	17	22.4	27	35.5	32	42.1	76	100
Cs. Sociales	18	29.0	25	40.3	19	30.6	62	100
Derecho	13	48.1	5	18.5	9	33.3	27	100
Enfermería	8	42.1	8	42.1	3	15.8	19	100
Ing. Minas y Civil	22	45.8	14	29.2	12	25.0	48	100
Ing. Química	9	34.6	14	53.8	3	11.5	26	100
Obstetricia	6	35.3	8	47.1	3	17.6	17	100
Total	125.0	32.9	139	36.58	116.0	30.5	380	100

Fuente: Cuestionario aplicado a estudiantes de la UNSCH. Ayacucho, Agosto 2011

	<i>Valor</i>	<i>gl</i>	<i>Sig.</i>
<i>Chi-cuadrado de Pearson</i>	42.285(a)	18	<i>asintótica</i> <i>(bilateral)</i> .001

En el cuadro N° 08, se observan los resultados al 100% por cada Facultad evaluada de la Universidad Nacional de San Cristóbal de Huamanga respecto a la actitud hacia la tuberculosis y los que la padecen o padecieron; los estudiantes de la Facultad de Ciencias Biológicas, Derecho e Ingeniería Minas y Civil son las que presentan mayor porcentaje de tolerancia hacia la tuberculosis con 56.3%; 48.1%; y 45.8% respectivamente. Las Facultades

que destacan con una actitud de Indiferencia hacia la tuberculosis son de Ingeniería Química con 53.8%, Ciencias Agrarias con 52.7% y Obstetricia con 47.1%. Y las Facultades que presentan estudiantes con actitudes de rechazo hacia la tuberculosis o quien la haya padecido son Ciencias Económicas y Contables con 42.1%, Ciencias de la Educación con 38.2%; Derecho con 33.3%. Realizada la prueba estadística de chi cuadrada se identifica que existe relación de dependencia entre las Facultades de enseñanza y la actitud hacia la tuberculosis ($p < 0.05$).

CUADRO N° 09
NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE LA TUBERCULOSIS,
TUBERCULOSIS MULTIDROGORESISTENTE (TB-MDR) Y
TUBERCULOSIS EXTREMADAMENTE DROGORESISTENTE (TB-XDR)
SEGÚN LUGAR DE RESIDENCIA. UNSCH - AYACUCHO - 2011

Residencia	Nivel de Conocimiento						Total	
	Bueno		Regular		Malo			
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Casa Padres	15	3.9	82	21.6	95	25.0	192	50.5
Casa Familiar	1	0.3	22	5.8	29	7.6	52	13.7
Alquilado	7	1.8	50	13.2	63	16.6	120	31.6
Residencia	1	0.3	10	2.6	5	1.3	16	4.2
Total	24	6.3	164	43.2	192	50.5	380	100

Fuente: Cuestionario aplicado a estudiantes de la UNSCH. Ayacucho, Agosto 2011

	<i>Valor</i>	<i>gl</i>	<i>Sig. asintótica (bilateral)</i>
<i>Chi-cuadrado de Pearson</i>	5.374(a)	6	.497

En el presente cuadro, se observa que del 100% de estudiantes de la Universidad Nacional de San Cristóbal de Huamanga el 50.5% viven en casa de sus padres, de los cuales el 25% tiene un conocimiento malo en relación a la tuberculosis, el 21.6% conocimiento regular y sólo el 3.9% buen conocimiento. El 31.6% viven en cuartos alquilados, de los cuales el 16.6% tiene un conocimiento malo en relación a la tuberculosis, el 13.2% conocimiento regular y sólo el 1.8% buen conocimiento. El 13.7% viven en casa de familiares, de los cuales el 7.6% tiene un conocimiento malo en relación a la tuberculosis, el 5.8% conocimiento regular y sólo el 0.3% buen conocimiento. El 4.2% viven en la residencia, de los cuales el 2.6% tiene un

conocimiento regular en relación a la tuberculosis, el 1.3% conocimiento malo y sólo el 0.3% buen conocimiento. El lugar de residencia de los universitarios es independiente del mayor o menor nivel de conocimiento, la prueba estadística corrobora este grado de independencia entre ambas variables ($p>0.05$).

CUADRO N° 10
ACTITUD HACIA LA TUBERCULOSIS, TUBERCULOSIS
MULTIDROGORESISTENTE (TB-MDR) Y TUBERCULOSIS
EXTREMADAMENTE DROGORESISTENTE (TB-XDR) SEGÚN LUGAR DE
RESIDENCIA. UNSCH - AYACUCHO - 2011

Lugar de Residencia	Tipo de Actitud						Total	
	Tolerancia		Indiferencia		Rechazo			
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Casa Padres	66	17.4	72	18.9	54	14.2	192	50.5
Casa Familiar	20	5.3	19	5.0	13	3.4	52	13.7
Alquilado	36	9.5	40	10.5	44	11.6	120	31.6
Residencia	3	0.8	8	2.1	5	1.3	16	4.2
Total	125	32.9	139	36.6	116	30.5	380	100

Fuente: Cuestionario aplicado a estudiantes de la UNSCH. Ayacucho, Agosto 2011

	<i>Valor</i>	<i>gl</i>	<i>Sig.</i> <i>asintótica</i> <i>(bilateral)</i>
<i>Chi-cuadrado de Pearson</i>	5.442(a)	6	.488

En el presente cuadro, se observa que del 100% de estudiantes de la Universidad Nacional de San Cristóbal de Huamanga el 50.5% viven en casa de sus padres, de los cuales el 18.9% tiene una actitud de indiferencia hacia la tuberculosis, el 17.4% de tolerancia y el 14.2% de rechazo. El 31.6% viven en cuartos alquilados, de los cuales el 11.6% tiene una actitud de rechazo hacia la tuberculosis, el 10.5% una actitud de indiferencia y el 9.5% una actitud de tolerancia. El 13.7% viven en casa de familiares, de los cuales el 5.3% tiene una actitud de tolerancia hacia la tuberculosis, el 5% una actitud de indiferencia y el 3.4% una actitud de rechazo. El 4.2% viven en la residencia, de los cuales el 2.6% tiene un conocimiento regular en relación a la tuberculosis, el 1.3% conocimiento malo y sólo el 0.3% buen

conocimiento. El lugar de residencia de los universitarios es independiente de la actitud que presentan los estudiantes hacia la enfermedad, debido a que los medios de información de la Enfermedad usualmente están fuera de la residencia o alojamiento, la prueba estadística corrobora este grado de independencia entre ambas variables ($p > 0.05$).

CUADRO N° 11
NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE LA TUBERCULOSIS,
TUBERCULOSIS MULTIDROGORESISTENTE (TB-MDR) Y
TUBERCULOSIS EXTREMADAMENTE DROGORESISTENTE (TB-XDR)
SEGÚN INFORMACION PREVIA DEL ENTREVISTADO. UNSCH -
AYACUCHO - 2011

Información previa		Nivel de Conocimiento						Total	
		Bueno		Regular		Malo			
		Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Si	Personal de salud	10	2.6	40	10.5	43	11.3	93	24.5
	Medios de comunicación	7	1.8	42	11.1	43	11.3	92	24.2
	Amistades	2	0.5	14	3.7	9	2.4	25	6.6
	Familiares	3	0.8	15	3.9	9	2.4	27	7.1
	Otros	0	0.0	5	1.3	4	1.1	9	2.4
No		2	0.5	48	12.6	84	22.1	134	35.3
Total		24	6.3	164	43.2	192	50.5	380	100

Fuente: Cuestionario aplicado a estudiantes de la UNSCH. Ayacucho, Agosto 2011

Chi-cuadrado de Pearson *Valor* *gl* *Sig. asintótica (bilateral)*
 20.995(a) 10 .021

En el presente cuadro, se observa que del 100% de estudiantes encuestados el 64.7% recibieron información previa sobre la Tuberculosis, de ellos el 24% recibieron la información de Personal de Salud y solamente el 2.6% tiene conocimiento bueno, el 10.5% regular y el 11.3% malo. El 24.2% recibió información de los medios de comunicación; el 1.8% tiene conocimiento bueno, el 11.1% regular y el 11.3% conocimiento malo. El 35.3% no recibió información previa sobre la tuberculosis, sin embargo el 0.5% tiene buen conocimiento, el 12.6% regular conocimiento y el 22.1% conocimiento malo. La prueba de chi cuadrado muestra la relación de

dependencia entre el nivel de conocimiento y la información previa recibida ($p < 0.05$); es decir la fuente de información y la información recibida mejora el nivel de conocimiento sobre la enfermedad y las medidas preventivas. La prueba estadística de Chi Cuadrado muestra el grado de dependencia entre el nivel de conocimiento y la fuente de información previa ($p < 0.05$).

CUADRO N° 12
ACTITUD HACIA LA TUBERCULOSIS, TUBERCULOSIS
MULTIDROGORESISTENTE (TB-MDR) Y TUBERCULOSIS
EXTREMADAMENTE DROGORESISTENTE (TB-XDR) SEGÚN
INFORMACION PREVIA. UNSCH - AYACUCHO - 2011

Información previa		Tipo de Actitud						Total	
		Tolerancia		Indiferencia		Rechazo			
		Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Si	Personal de salud	33	8.7	34	8.9	26	6.8	93	24.5
	Medios de comunicación	30	7.9	37	9.7	25	6.6	92	24.2
	Amistades	4	1.1	12	3.2	9	2.4	25	6.6
	Familiares	7	1.8	13	3.4	7	1.8	27	7.1
	Otros	5	1.3	3	0.8	1	0.3	9	2.4
No		46	12.1	40	10.5	48	12.6	134	35.3
Total		125	32.9	139	36.6	116	30.5	380	100

Fuente: Cuestionario aplicado a estudiantes de la UNSCH. Ayacucho, Agosto 2011

	<i>Valor</i>	<i>gl</i>	<i>Sig.</i>
<i>Chi-cuadrado de Pearson</i>	11.459(a)	10	<i>asintótica (bilateral)</i> .323

En el cuadro N° 12, se observa que del 100% de estudiantes encuestados el 64.7% recibieron información previa sobre la Tuberculosis, de ellos el 24% recibieron información de Personal de Salud y el 8.7% tiene una actitud de tolerancia, el 8.9% de indiferencia y el 6.8% de rechazo. El 24.2% recibió información de los medios de comunicación; el 7.9% tiene actitud tolerante, el 9.7% indiferencia y el 6.6% rechazo. El 35.3% no recibió información previa sobre la tuberculosis, sin embargo el 12.1% es tolerante, el 10.5% indiferente y 6.6% de rechazo. La prueba estadística muestra la independencia entre la actitud y la fuente de información previa ($p > 0.05$).

CUADRO N° 13
NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE LA TUBERCULOSIS,
TUBERCULOSIS MULTIDROGORESISTENTE (TB-MDR) Y
TUBERCULOSIS EXTREMADAMENTE DROGORESISTENTE (TB-XDR)
SEGÚN ANTECEDENTE. UNSCH - AYACUCHO - 2011

Antecedente de TB		Nivel de Conocimiento						Total	
		Bueno		Regular		Malo			
		Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Si	Padres	1	0.3	2	0.5	4	1.1	7	1.8
	Otros familiares	0	0.0	15	3.9	14	3.7	29	7.6
	Vecinos	1	0.3	12	3.2	19	5.0	32	8.4
	Compañeros Estudios	1	0.3	3	0.8	3	0.8	7	1.8
	Compañero trabajo	0	0.0	4	1.1	3	0.8	7	1.8
No		21	5.5	128	33.7	149	39.2	298	78.4
Total		24	6.3	164	43.2	192	50.5	380	100

Fuente: Cuestionario aplicado a estudiantes de la UNSCH. Ayacucho, Agosto 2011

	<i>Valor</i>	<i>gl</i>	<i>Sig.</i>
<i>Chi-cuadrado de Pearson</i>	6.611(a)	10	<i>asintótica (bilateral)</i> .762

En el presente cuadro, se observa que del 100% de estudiantes encuestados el 78.4% no manifiesta ningún antecedente sobre la Tuberculosis, de ellos el 39.2% tiene conocimiento malo, el 33.7% regular y el 5.5% bueno. El 8.4% manifiesta conocer antecedentes de TB en vecinos, de los cuales el 5% tiene conocimiento malo, el 3.2% regular y el 0.3% bueno. El 7.6% manifiesta conocer antecedentes de TB en otros familiares, de los cuales el 3.7% tiene conocimiento malo y el 3.9% regular. La prueba estadística muestra la independendencia entre el nivel de conocimiento y los antecedentes de tuberculosis ($p > 0.05$).

CUADRO N° 14
ACTITUD HACIA LA TUBERCULOSIS, TUBERCULOSIS
MULTIDROGORESISTENTE (TB-MDR) Y TUBERCULOSIS
EXTREMADAMENTE DROGORESISTENTE (TB-XDR) SEGÚN
ANTECEDENTE. UNSCH - AYACUCHO - 2011

Antecedente de TB		Tipo de Actitud						Total	
		Tolerancia		Indiferencia		Rechazo			
		N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Si	Padres	2	0.5	3	0.8	2	0.5	7	1.8
	Otros familiares	9	2.4	13	3.4	7	1.8	29	7.6
	Vecinos	8	2.1	13	3.4	11	2.9	32	8.4
	Compañeros Estudios	3	0.8	4	1.1	0	0.0	7	1.8
	Compañero trabajo	1	0.3	3	0.8	3	0.8	7	1.8
No		102	26.8	103	27.1	93	24.5	298	78.4
Total		125	32.9	139	36.6	116	30.5	380	100

Fuente: Cuestionario aplicado a estudiantes de la UNSCH. Ayacucho, Agosto 2011

	<i>Valor</i>	<i>gl</i>	<i>Sig.</i>
<i>Chi-cuadrado de Pearson</i>	6.842(a)	10	<i>asintótica (bilateral)</i> .740

En el presente cuadro, se observa que del 100% de estudiantes encuestados el 78.4% no manifiesta ningún antecedente sobre la Tuberculosis, de ellos el 27.1% tiene una actitud de indiferencia, el 26.8% de tolerancia y el 24.5% de rechazo. El 8.4% manifiesta conocer antecedentes de TB en vecinos, de los cuales el 3.4% tiene actitud de indiferencia, el 2.9% de rechazo y el 2.1% de tolerancia. El 7.6% manifiesta conocer antecedentes de TB en otros familiares, de los cuales el 3.4% tiene actitud de indiferencia, el 2.4% de tolerancia y el 1.8% de rechazo. La prueba estadística muestra la independencia entre la actitud y los antecedentes de tuberculosis ($p > 0.05$).

CUADRO N° 15

**ACTITUD DE ESTUDIANTES DE LA UNSCH HACIA LA TUBERCULOSIS,
TUBERCULOSIS MULTIDROGORESISTENTE (TB-MDR) Y
TUBERCULOSIS EXTREMADAMENTE DROGORESISTENTE (TB-XDR)
SEGÚN NIVEL DE CONOCIMIENTO. UNSCH - AYACUCHO – 2011**

Nivel de Conocimiento	Actitud						Total	
	Tolerancia		Indiferencia		Rechazo		N°	%
	N°	%	N°	%	N°	%		
Bueno	14	3.7	4	1.1	6	1.6	24	6.3
Regular	76	20.0	32	8.4	56	14.7	164	43.2
Malo	35	9.2	103	27.1	54	14.2	192	50.5
Total	125	32.9	139	36.6	116	30.5	380	100

Fuente: Cuestionario aplicado a estudiantes de la UNSCH. Ayacucho, Agosto 2011

	<i>Valor</i>	<i>gl</i>	<i>Sig. asintótica (bilateral)</i>
<i>Chi-cuadrado de Pearson</i>	58.546(a)	4	.000

En el cuadro N° 15, se observa que del 100% de estudiantes encuestados el 50.5% tiene un inadecuado nivel de conocimiento sobre la Tuberculosis, de ellos el 27.1% tiene una actitud de indiferencia, el 14.2% de rechazo y el 9.2% de tolerancia. El 43.2% presentan un regular nivel de conocimiento sobre TB, de los cuales el 20% tiene actitud de tolerancia, el 14.7% de rechazo y el 8.4% de indiferencia. El 6.3% presenta conocimientos adecuados sobre la Tuberculosis, de los cuales el 3.7% tiene actitud de tolerancia, el 1.6% de rechazo y el 1.1% una actitud de indiferencia. La prueba estadística utilizada (Chi cuadrada) confirma la relación de dependencia entre el conocimiento y la actitud hacia la Tuberculosis ($p > 0.05$).

CAPÍTULO V
DISCUSIÓN

Según el Ministerio de Salud del Perú (MINSA) y la Organización Mundial de la Salud (OMS), en el Perú cada hora cuatro a seis personas se enferman de tuberculosis (TB), esto hace que al año se vean afectados entre 35000 a 50000 personas^(1,2); de todos ellos, el 10% contrae la tuberculosis multidrogo-resistente⁽³⁾ (TB MDR) que es producida por cepas resistentes a las drogas más efectivas para curar la TB, como son la isoniacida y la rifampicina. Pero más grave aún, es que el MINSA, hasta diciembre de 2008, ha notificado 202 casos de TB extremadamente resistente (TB XDR)⁽⁴⁾, enfermedad producida por cepas mutantes que se han hecho resistentes a las drogas más efectivas para curar a la TB MDR como son: las fluoroquinolonas (ciprofloxacina, ofloxacina, levofloxacina o moxifloxacina) y una de las tres drogas inyectables de segunda línea (kanamicina, capreomicina o amikacina), lo que hace a estas cepas virtualmente incurables, transmisibles y altamente mortales⁽⁵⁾. Para la OMS y el Centro de Control de Enfermedades de EEUU (CDC) un sólo caso de TB XDR y quienes estuvieron en contacto con él, deben ser manejados como una situación de emergencia sanitaria^(6,7). En el Perú esta medida aún no ha sido considerada por nuestras autoridades sanitarias competentes. Si consideramos que cada persona que enferma de TB sin tratamiento efectivo, contagia el bacilo tuberculoso entre 10 a 15 personas cada año, y que las cepas resistentes y extremadamente resistentes se transmiten de la misma manera que las cepas sensibles⁽⁸⁾, las cifras de ciudadanos infectados por el bacilo tuberculoso resistente a drogas, pero que aún no han desarrollado la enfermedad activa en Perú, son alarmantes. Por todo ello consideramos que

el real diagnóstico de este escenario epidemiológico en el Perú, es el de una epidemia no controlada de TB MDR/XDR. Esta realidad nacional es la más grave en todo el continente americano, siendo sólo semejante a lo que sucede en países africanos, países pobres de Asia y las ex repúblicas socialistas soviéticas⁽³⁾. En el 2006, sólo los establecimientos del MINSA (sin contar EsSalud, sector privado y sanidad de las fuerzas armadas y policiales) de las provincias de Lima y Callao, notificaron 16 499 casos de TB⁽¹⁾ que largamente supera lo que reportó ese mismo año Colombia, Ecuador, Argentina, Chile o Estados Unidos en todo su territorio⁽²⁾. En ese mismo año, el número de casos de TB MDR estimado por OMS para Perú fue de 3 972 (intervalo de confianza 95%: 2842 - 5192), mientras que para Brasil y México, que nos superan hasta ocho veces en población, los casos estimados de TB MDR fueron inferiores, 1 464 y 1 564, respectivamente⁽³⁾. Igual que la TB, la realidad de TB MDR/XDR en Perú sólo es comparable con países de África sub-sahariana y de la ex Unión de Repúblicas Socialistas Soviéticas. El centralismo del Perú se refleja claramente en la prevalencia de TB MDR y la TB XDR, ya que en Lima y Callao se producen el 80 y 92% de casos de ambas enfermedades, respectivamente⁽⁴⁾.

Se ha identificado la evolución de los casos acumulados de TB XDR que se han detectado en los distritos de Lima y Callao desde enero de 2005 hasta julio de 2008 en el Instituto Nacional de Salud, observándose la más alta incidencia de casos de TB XDR en los distritos de El Agustino, La Victoria, Ate, Santa Anita, San Juan de Lurigancho y el Cercado de Lima. La gravedad de la epidemia de TB MDR/XDR en Perú, se refleja en la aparición de casos

primarios de TB XDR en niños, lo que denota transmisión activa y reciente de la enfermedad, ya que han sido contagiados por adultos dentro de sus domicilios. Un ejemplo emblemático de ello es el caso de una mujer de 26 años de Huaycán, en Lima Este, con TB XDR quien falleciera a los dos meses de haber sido diagnosticada, dejando en la orfandad a tres hijos, dos de ellos (uno de 11 meses y otro de 2 años), con TB XDR. No conocemos en el mundo otro caso reportado de un lactante con TB XDR. Es penoso observar que médicos y otros profesionales y trabajadores de salud son contagiados en sus hospitales o centros de salud con TB MDR y TB XDR ⁽⁹⁾; existe un subregistro de casos, debido al temor fundado de estigma y desempleo. Ejemplos palpables del contagio en hospitales son el caso reciente de TB en una médico asistente de un departamento de emergencia de un hospital nacional de nivel 5 de EsSALUD (el máximo en el país) y un caso de TB XDR, de una médico operada de lobectomía y que actualmente se encuentra en su domicilio cohabitando con su menor hijo y otros familiares, sin recibir ningún subsidio del Estado Peruano o seguro privado. Ante esta situación, la Estrategia Sanitaria Nacional de Prevención y Control de la tuberculosis (ESN-PCT) del MINSA, aún no ha sido capaz de abordar el problema de manera frontal, y no ha introducido medidas efectivas para impedir que sigan ocurriendo casos de TB MDR y TB XDR. La población y las autoridades civiles y políticas no están siendo informadas de la dimensión del costo en vidas que viene cobrando esta epidemia y el riesgo en el que se encuentra la ciudadanía al no prevenir este daño, ya que los pacientes con esta enfermedad continúan en sus domicilios contagiando a

sus familiares y diseminado los bacilos tuberculosos resistentes en la comunidad.

Condiciones como la pobreza y migración que condicionan el hacinamiento, el primer nivel de atención no tiene los recursos suficientes para tratar esta enfermedad tan compleja, no es una enfermedad de notificación obligatoria, entre otras favorece el incremento de casos; a ello podemos añadir con tal importancia que no existe una política definida de fomento y desarrollo de investigación en las instituciones del MINSA o las universidades, que aporten nuevos conocimientos para mejorar procesos y solucionar problemas; de igual manera no se educa a la población, a través de los medios de comunicación masivos ni en centros educativos en general, sobre medidas de prevención y los riesgos de contraer TB y sus formas resistentes y no se realiza de manera sistemática estudios de diagnóstico en las personas que tienen contacto con casos de TB en escolares y en otros centros estudiantiles como las Universidades sobre todo las Universidades Públicas. En la investigación que presentamos se evidencia el nivel de conocimiento muy limitado y escaso sobre la prevención de la TB, sus formas de contagio, aspectos básicos para disminuir el riesgo de contagio.

El Cuadro N° 01 nos presenta que el 93.5% de Estudiantes Universitarios de la UNSCH encuestados, tienen conocimientos de regular a malo y solo el 6.3% tienen adecuados conocimientos sobre medidas de prevención y formas de contagio de la TB, TBMDR y TBXDR. De igual manera se puede apreciar en el estudio que en nuestra realidad no existe diferencias

significativas en cuanto a la relación entre el nivel de conocimiento con la edad, sexo, facultad de estudios, lugar de residencia, información previa y antecedente de TB (Cuadros Nº 3, 5, 7, 9, 11, 13). Concordamos con Corona y col. en el estudio "Conocimientos, percepciones y prácticas de grupos de población respecto a la tuberculosis" Habana CUBA (1994-1996), en el que para mejorar el nivel de conocimiento respecto a la tuberculosis se requiere de mayor participación popular así como utilizar los medios de comunicación como la televisión y la radiodifusión.

Por ello referimos que se debe de incorporar la actuación decisiva a través de la Oficina de Bienestar Universitario de nuestra universidad en coordinación con la Jefatura del programa de Control de la Tuberculosis de la DIRESA, en la difusión de medidas de prevención y control de ésta enfermedad.

En 1993, debido a un incremento general de la carga de enfermedad, la OMS declaró la tuberculosis como una emergencia global. Entre las principales razones que explicaron dicha situación están el crecimiento demográfico y el aumento de la pobreza, el descuido de los programas nacionales de control de tuberculosis, el surgimiento de la epidemia de VIH/SIDA y la aparición de tuberculosis con farmacorresistencia múltiple. Como respuesta a este desafío epidemiológico se propuso la estrategia DOTS, la herramienta de mejor costo efectividad en el control de la tuberculosis. En 1995, la Asamblea Mundial de Salud expidió la Resolución 48.8 "Reorientación de la Educación y de la Práctica Médica", declarando

que los médicos pueden jugar un papel fundamental para mejorar la importancia, calidad y costo-efectividad de los servicios de salud prestados. Invitó a los Estados Miembros a definir el perfil deseado de los futuros médicos. El 6 de noviembre de 1996, el Grupo de Examen, Asesoría y Coordinación del Programa Global de Tuberculosis (OMS) recomendó que "El Programa Global de Tuberculosis debe desarrollar alianzas con las comunidades académicas y científicas y otras unidades de la OMS para asegurar que los materiales de entrenamiento importantes, incluyendo los currículos de las escuelas de medicina y enfermería, incorporen el control de tuberculosis y la estrategia DOTS". También en 1996, una encuesta sobre la enseñanza de la tuberculosis y su control, realizada por el Programa Regional de Tuberculosis de la OPS en escuelas de medicina de Latinoamérica, demostró grandes falencias en el proceso de enseñanza de la tuberculosis y falta de integración de los materiales oficiales de control de tuberculosis a los programas académicos, así como de la estrategia DOTS.

En octubre de 1997, el Programa Global de Tuberculosis de la OMS desarrolló un taller de carácter mundial sobre "*Control de la tuberculosis y Escuelas de Medicina*" en Roma, Italia. Se recomendó la creación de "Grupos de Trabajo de Tuberculosis" en cada escuela de medicina con el fin de hacer y sostener los cambios curriculares que garanticen el ambiente académico que permita el desarrollo de habilidades y aptitudes y la adopción del conocimiento necesarios para que los médicos egresados puedan participar efectivamente en las actividades de control de tuberculosis en sus países. Adicionalmente se recomendó que estos grupos de trabajo procuren

formar las alianzas apropiadas para una mejor prestación de los servicios. En julio de 1998, se efectuó en Dakar, Senegal, una reunión convocada por la OMS, sobre la "Enseñanza de los Programas de Control de Tuberculosis en las Escuelas de Medicina de lengua francesa en África" y su recomendación general fue la de crear en cada escuela de medicina, un grupo especial encargado de introducir los cambios necesarios que permitan formar médicos preparados para afrontar el control de la tuberculosis. En agosto de 1999, la Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS) convocó en Bogotá, Colombia, a un seminario regional sobre "*Enseñanza de la Tuberculosis en las Escuelas de Medicina de América Latina*" con participación de 15 profesionales con experiencia docente en tuberculosis de 12 países de la Región. Se recomendó formar grupos de trabajo a nivel nacional y en cada escuela de medicina, con representantes académicos, de las sociedades científicas y de los programas de control de tuberculosis, con el fin de lograr el perfil de conocimientos y destrezas necesarias en los médicos para que participen de manera efectiva en el control de la tuberculosis.

En este contexto, la OPS convocó la Reunión sobre enseñanza de la TB en las Facultades de Salud, cuyo objetivo fue promover la participación efectiva de las facultades de salud en el control de la tuberculosis en la Región de las Américas. En este orden de ideas es necesario discutir el papel de las universidades en el contexto del desarrollo de recurso humano para el control de la tuberculosis. Se propone que las universidades desempeñen funciones más allá de la capacitación formal de los estudiantes de pregrado

y posgrado, con el objetivo de permitir que adquieran conocimientos y desarrollen habilidades y aptitudes que los califiquen para participar efectivamente en el control de la tuberculosis. Otra línea de trabajo para las universidades en el control de la tuberculosis se enmarca en el amplio tema de la investigación, tanto académica, operacional y en la formación de investigadores.

Una oportunidad adicional que tienen las instituciones formadoras de RRHH en salud se relaciona con la participación directa en actividades del PNT por medio de la prestación de servicios a los usuarios o a través de desarrollo de actividades de Información, Educación y Capacitación (IEC). Otro aspecto en el que las universidades tienen un gran potencial es en las actividades de abogacía, dado el prestigio, la credibilidad y amplia influencia sobre la comunidad y los sectores políticos y gubernamentales.

Como se menciona las universidades juegan un papel importante en el control de la tuberculosis por medio del análisis de los contenidos curriculares existentes, la evaluación de su coherencia y de su compatibilidad con los objetivos de la política sanitaria, y el análisis de la formulación, implantación y aplicación de la reglamentación profesional, con el fin de marcar diferencias entre lo que se enseña y se hace en la práctica. El rol desempeñado por la universidad permite reflexionar sobre la viabilidad política y aceptabilidad social de los cambios que se proponen, y determina el alcance de los resultados enseñados, desde el punto de vista de eficacia de servicios y de mayor protección del usuario.

La planificación y gestión de RRHH en el contexto educativo se debe hacer a través de los ejes curriculares y transversales que poseen las facultades de salud, considerando la calidad de atención en los servicios y la ética, valores y confidencialidad en el manejo de los casos para promover el desarrollo y la afirmación de valores, de respeto a la dignidad y los derechos de las personas. Este proceso de participación de las universidades en el desarrollo de RRHH se basa en la participación, cooperación y atención de los problemas presentes en la realidad del trabajo y en la acción que se desarrolla a nivel de los servicios. El desarrollo de estas cualidades se logra utilizando la metodología de enseñanza a través de problemas, la cual parte de la caracterización y análisis de los problemas de la práctica diaria como un medio para transformar los servicios. Las políticas universitarias consideran que el rol de la universidad en una sociedad debe estar orientado a la formación de recursos humano profesional altamente calificado considerando la necesidad de la misma y su participación en la contribución técnica a resolver su problemática.

En la Universidad Nacional Mayor de San Marcos; la enseñanza de la tuberculosis en pregrado se imparte en el curso de medicina interna a través de seminarios y cursillos sobre el programa de control de TB, con énfasis en la detección, diagnóstico y tratamiento de la enfermedad; en el curso de medicina comunitaria se hace énfasis en la capacitación sobre el perfil epidemiológico de la comunidad y su interacción con otros programas sanitarios. Se hace énfasis en la Estrategia Nacional Sanitaria de Prevención y Control de la Tuberculosis y su aplicación en la práctica cotidiana en

diferentes niveles de complejidad. A través del programa académico se hace hincapié en todo lo relacionado con la detección y diagnóstico de la TB, TB-MDR y coinfección VIH-SIDA, administración y seguimiento del tratamiento en TB y TB con farmacorresistencia múltiple bajo la Estrategia DOTS, DOTS-Plus y coinfección VIH-TB, bioseguridad en TB y VIH-TB en establecimientos penitenciarios, gestión de los servicios de salud, manejo integral de la tuberculosis y VIH/SIDA en personas privadas de su libertad y consejería pre y post-test VIH.

La tuberculosis es un grave problema de salud pública en Bolivia, país que hace parte del grupo de naciones priorizadas por la Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS) para el control de la tuberculosis debido a su alta tasa de incidencia. En él se reconoce que el nivel de conocimientos sobre tuberculosis adquirido en las facultades de salud es importante para el éxito de los programas de control y se destaca la influencia que pueden tener los programas universitarios en cuanto a la vinculación comunitaria a este tipo de actividades de control. Motivados por la grave situación de diversas patologías altamente prevalentes en la región, la Universidad Mayor Real y Pontificia de San Francisco Xavier de Chuquisaca en Sucre, Bolivia, desarrolló una metodología de participación universitaria asociada a la comunidad. Se crearon Programas Universitarios de Vinculación a la Comunidad con componentes relacionados con procesos de Enseñanza-Aprendizaje, investigación científica y de interacción social. Actualmente existen diferentes programas Universitarios de Vinculación a la Comunidad, entre ellos se destacan el de Investigación Científica, el de

Interacción comunitaria, el de Arte, Cultura, Salud y Deporte, el de Atención Médica Ciudadana y el de Apoyo al control de la tuberculosis. El Programa Universitario de Apoyo al Control de la Tuberculosis nace en 1999 como una iniciativa de acción participativa, como una práctica laboral temprana y una segura curación, educación en nutrición y vinculación de la comunidad. Por medio de la participación supervisada de los estudiantes, el Programa Universitario garantiza actividades de supervisión terapéutica de los pacientes asignados, el control de foco en el entorno familiar y/o laboral de los pacientes, el control y manejo de los efectos adversos, control mensual de baciloscopias y participación en actividades de complementación nutricional a base de macroproteínas andinas. Los estudiantes tienen la oportunidad de presentar los resultados de sus intervenciones en eventos académicos reconocidos. El impacto de este programa es significativo. El porcentaje de curación en la población intervenida aumentó de 60% en 1999 a 94.6% en 2003 y el abandono pasó de 34.8% a 4.3% en el mismo periodo. De igual manera, el porcentaje de fracaso terapéutico descendió de 5.2% a 1.1%.

Corona y col. en el estudio “Conocimientos, percepciones y prácticas de grupos de población respecto a la tuberculosis” Habana CUBA (1994-1996). Concluyen que para desarrollar programas de control de tuberculosis exitosos se requiere de la participación popular por lo que se realizó un estudio con el objetivo de identificar conocimientos, percepciones y prácticas respecto a su ocurrencia, transmisión, tratamiento y control en la población. Se aplicó la técnica de grupos focales en 6 conjuntos de personas

de 15 años y más de edad de 6 municipios de la ciudad de La Habana. Los grupos tenían idea de que la tuberculosis había disminuido en los últimos 10 años pero aumentó en los 2 a 3 años recientes; que es contagiosa y presenta síntomas como tos y hemoptisis, pérdida de peso, fiebre, la consideran penosa, indeseable, asociada con la pobreza; que se adquiere por mala alimentación, mala higiene personal del enfermo y sus familiares y el tabaquismo; algunos piensan que la enfermedad es curable y otros no; varios piensan que los enfermos deben aislarse en hospitales y otros que pueden llevar una vida normal en su casa; señalan que prefieren ser informados sobre la enfermedad por la televisión y la radiodifusión. Se concluyó que debe ampliarse un estudio cuantitativo basado en estos resultados.

En sentido general, con respecto a la edad, las cifras mostradas en el Cuadro N° 03 indican que de manera mayoritaria la población de estudiantes universitarios de 16 años y más, tiene alguna referencia sobre la TB, aunque ello como se muestra, mayoritariamente no es indicativo de un conocimiento acertado y profundo sobre la enfermedad, lo cual es corroborado con la prueba de Chi cuadrada realizada ($p > 0.05$).

Por sexos, se constata que el 27% de los varones y el 22% de las mujeres que estudian en la universidad han escuchado hablar sobre la tuberculosis, teniendo conocimiento de regular a bueno (Cuadro N° 05). Esta situación se mantiene en los índices regionales, siendo la población masculina la que presenta mayor número de enfermos por esta causa (ESRPCT DIRESA

2010). Al igual que en el cuadro N° 03 no hay una relación de dependencia entre el género y el nivel de conocimiento sobre la TB ($p>0.05$).

La presencia del conocimiento acerca de la TB, es un indicativo de la necesidad de lograr una mayor explotación de las vías de diseminación de la información sobre la enfermedad. Uno de los posibles aspectos a tener en cuenta para la orientación del trabajo en esta dirección, lo constituye la estructura del conocimiento integral y fragmentado a partir de los niveles educacionales, en este caso las series de estudio y las Facultades de formación (Cuadro N° 07). Estos resultados indican que aún cuando existe un predominio de las personas con nivel educacional relativamente alto, la cantidad de personas con niveles educacionales medios e inferiores respecto a la TB en las otras escuelas y facultades de formación no son despreciables, lo que debe tenerse en cuenta en la utilización de las diferentes vías de trasmisión de la información sobre la TB. En este caso como se puede apreciar en el Cuadro en mención hay relación entre las facultades de salud y el mejor conocimiento a la enfermedad, respecto a las otras ($p<0.05$).

El lugar de residencia de los universitarios es independiente del mayor o menor nivel de conocimiento (Cuadro N° 09), debido a que los medios de información de la Enfermedad usualmente están fuera de la residencia o alojamiento (Cuadro N° 11), la prueba estadística corrobora este grado de independencia entre ambas variables ($p>0.05$).

El análisis de la información previa recibida acerca de la TB (Cuadro N° 11), relacionadas con el conocimiento, muestra entre otros los siguientes resultados: Las principales vías de información, son el Personal de Salud y los Medios de Comunicación como la “televisión”, “la radio” y “familiares, amigos o vecinos”, aunque ocupan diferentes posiciones para un tipo de conocimiento y otro. Es interesante destacar además, que las personas con conocimiento adecuado tienen un menor nivel de utilización de las diferentes vías de información, que las personas con conocimiento adecuado. La prueba estadística de Chi Cuadrado muestra el grado de dependencia entre el nivel de conocimiento y la fuente de información previa ($p < 0.05$).

Las vías de obtención de la información acerca de la tuberculosis presentan diferenciales si se vinculan a la situación de antecedente familiar o amical. Ello puede constituir un referente en la utilización de los medios de comunicación a fin de incrementar el conocimiento de la población sobre la enfermedad. El componente afectivo de la población con alguna referencia de la TB hacia personas que padecen la enfermedad, se manifiesta de manera independiente al conocimiento; el temor de ser aislado y discriminado por la familia, el grupo de amigos y por la sociedad hace que las personas enfermas oculten su enfermedad y valiosa información para prevenir en su entorno el incremento de casos. Muy pocos estudiantes universitarios refieren conocer a partir de las experiencias familiares el cómo prevenir la TB. La prueba estadística nos permite confirmar esa independencia entre el nivel de conocimiento y las antecedentes de TB ($p > 0.05$).

La Tuberculosis como bien sabemos es un problema de salud multicausal, en consecuencia si se propone un abordaje integral que vaya al fondo del problema, la mirada ha de ser amplia para la búsqueda de estrategias apropiadas a los diferentes elementos, componentes y factores que e intervienen en el problema. La sociedad civil en sus diversas manifestaciones; “Asociaciones voluntarias, movimientos sociales, formas de comunicación pública y diversas redes organizativas, presenta rasgos muy particulares y complejos”. Entre las redes organizativas, cobra importancia especial las organizaciones de pacientes y/o familiares, las organizaciones sociales de base. También son instituciones de la Sociedad Civil las Universidades, los colegios profesionales, las organizaciones no gubernamentales, las comunidades religiosas, etc. La función de estas instituciones – desde un punto de vista político – consiste en articular corrientes de opinión pública, de actuación y deliberación ciudadana que permita hacer valer las voces de los ciudadanos ante el estado en materia de reivindicación de derechos y políticas públicas, promoviendo y desarrollando la participación social.

La institución Socios En Salud Sucursal Perú (SES), junto con la Coordinadora Nacional Multisectorial de Salud (Conamusa), convocó al concurso **“Iniciativas Saludables Universitarias. Respira Vida, Juntos contra la TB”**. Este certamen contó con el financiamiento del Fondo Mundial de Lucha contra el Sida, la Tuberculosis y la Malaria y busca fomentar la prevención de la tuberculosis (TB) en seis centros de estudios superiores de Lima y Callao: Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Universidad

Nacional de Ingeniería, Universidad de Educación Enrique Guzmán y Valle, Universidad Agraria La Molina, Universidad Federico Villarreal y Universidad Nacional del Callao.

Es en este punto donde se establece una clara retroalimentación entre la sociedad y los profesionales de la salud, pues los sanitarios reciben y custodian, en cierta medida, los miedos, tabúes y prejuicios que tiene el resto de la sociedad hacia esta enfermedad. Es por ello, que “la sociedad está muy pendiente de la actitud de los profesionales de la salud en relación con los enfermos de TB”. Esta circunstancia, la actitud negativa hacia los enfermos, y he aquí uno de los elementos diferenciadores que hacen que la TB sea una enfermedad y un problema social todo unido, no está únicamente fundada en lo virulento de la enfermedad, sino que gran parte de este problema viene dado por la forma de contagio. Al margen de este problema, no debemos olvidar que este rechazo y “linchamiento silencioso” además puede influir como una pesada losa en forma de estrés y sobrecarga emocional, haciendo que el paciente pueda caer en una espiral depresiva, afectando incluso a la disminución de sus defensas, ya de por sí mermadas, por mecanismos psicoinmunológicos.

En los cuadros N° 04, 06, 08, 10, 12 y 14 se relacionan la actitud sea de Tolerancia, Indiferencia o Rechazo hacia la Tuberculosis y quien la padezca con la edad, sexo, facultad, lugar de residencia, información previa y antecedente de TB de los estudiantes de la UNSCH. Se identifica en el Cuadro N° 08 la relación de asociación entre la facultad al que pertenece el

estudiante y la actitud que manifiesta hacia la TB ($p < 0.05$): El mejor o mayor conocimiento de la enfermedad permite una mejor postura a la enfermedad, son los estudiantes de las facultades relacionadas al área de salud (Enfermería, Obstetricia y Biología) las que presentan una actitud más tolerante hacia la enfermedad y al enfermo; sin embargo se aprecia también que dicha actitud no es tan significante como se esperaba en el momento de la aplicación del test.

En el Cuadro N° 15, encontramos que el 6.3% de los encuestados tienen un adecuado nivel de conocimiento y de ellos el 3.7% una actitud de Tolerancia hacia la enfermedad y/o enfermo con TB, de igual manera el 43% un conocimiento regular y de ellos el 20% actitud tolerante (Cuadro N° 15). Recordemos que el conocimiento adquirido determina la aceptación o rechazo de los cuidados a realizar. Las personas con un grado de instrucción alto suelen interesarse más sobre sus problemas de salud, asistiendo oportunamente al centro de salud y aplicando las medidas preventivas necesarias, lo que los lleva disminuir su riesgo de morbilidad y mortalidad, y de su entorno inmediato. La prueba estadística utilizada confirma la relación de dependencia entre el conocimiento y la actitud hacia la Tuberculosis ($p > 0.05$).

El incremento o decremento de los casos de tuberculosis, dependerá en gran parte a la actitud que tengan las personas hacia esta enfermedad; con mayor responsabilidad aquellos relacionados al área de salud, en el estudio de ROJAS L. SILVIA E. SULCA M. "Conocimientos, opiniones y actitudes

que tienen los pacientes con tuberculosis pulmonar en tratamiento ambulatorio sobre la evolución de su enfermedad, del hospital general base de Ayacucho 1992". Identifican que el personal de salud no logra el rol de actividad adecuado a la educación sanitaria y dedica muy poco tiempo al seguimiento de los contactos por diversos factores; por lo que los pacientes con tuberculosis pulmonar en nuestro medio no tiene clara de su diagnóstico motivo por el cual abandonan su tratamiento y no ponen interés suficiente en colaborar y prevenir la transmisibilidad de los demás. Creemos y consideramos que se debe de cambiar las actitudes hacia la enfermedad y la persona que la padezca.

Sabemos que el conocimiento es un factor determinante en la conducta humana, haciendo que se tenga una actitud abierta o cerrada ante el tratamiento, ante las medidas de prevención y el cuidado necesario en el hogar y en el ambiente; de esta manera, un buen conocimiento hará que la persona tenga una actitud adecuada frente a la enfermedad, logrando así disminuir el contagio y la aparición de nuevos casos, de la misma forma disminuir la intolerancia hacia la persona que padece o padeció la enfermedad. Por lo tanto al observar el resultado podríamos plantear que dichas actitudes se encuentran asociadas directamente por el nivel de conocimiento sobre prevención de la Tuberculosis en sus nuevas formas.

Sabemos también que la tuberculosis es considerada como una enfermedad con muchos estigmas, que afecta a las personas independientemente de su raza, color o situación económica y que presenta factores condicionantes

para el contagio. La severidad del cuadro clínico es producida por el hacinamiento, la pobreza, la falta de buenos hábitos de higiene, problemas de saneamiento, la malnutrición y ciertas conductas inadecuadas que promueven la propagación de esta enfermedad.

Asimismo, la tuberculosis genera en el paciente diferentes alteraciones en una o más esferas de su vida cotidiana: familiar (separación física), laboral (dejar de trabajar o cambiar de trabajo), social (reducción de sus entornos sociales), educativa (dejar de estudiar o disminución del rendimiento), psicológico (vergüenza o culpa); todas generadas usualmente por la estigmatización en los diferentes espacios de socialización de la persona viviendo con tuberculosis. El menor o mayor impacto que estos determinantes puedan influir en el paciente, son factores que interfieren mucho en la continuidad del tratamiento.

Por otro lado, la falta de conocimiento de la población en general sobre la tuberculosis (forma de contagio, la existencia de un tratamiento y medidas preventivas) permite generar prejuicios que conllevan al rechazo y la marginación a aquellas personas que ya se encuentran llevando un tratamiento efectivo contra la tuberculosis. En este contexto, la presente investigación pretende presentar estos resultados con la finalidad de mejorar la mirada hacia la persona enferma, así como identificar el nivel de conocimiento y por lo tanto la actitud de los universitarios de esta casa superior de estudios a fin de fortalecer la lucha contra la TB en nuestro país.

CONCLUSIONES

- La Tuberculosis como bien sabemos es un problema de salud multicausal, en consecuencia si se propone un abordaje integral que vaya al fondo del problema, la mirada ha de ser amplia para la búsqueda de estrategias apropiadas a los diferentes elementos, componentes y factores que e intervienen en el problema.
- La variable edad de los estudiantes de la UNSCH, mayoritariamente no es indicativo de un conocimiento acertado y profundo sobre la enfermedad, de igual manera para la actitud hacia la enfermedad, situación que es corroborado con la prueba de Chi cuadrada realizada ($p>0.05$).
- En relación al sexo, esta condición se mantiene en los índices regionales, siendo la población masculina la que presenta mayor número de enfermos por esta causa y no hay una relación de dependencia entre el género y el nivel de conocimiento y la actitud hacia la tuberculosis ($p>0.05$).
- La mayor información y el adecuado nivel de conocimiento acerca de la Tuberculosis, tiene que ver con las Facultades de salud

(Enfermería, Obstetricia, Biología) identificándose asociación entre estas variables ($p < 0.05$).

- El lugar de residencia de los universitarios es independiente del mayor o menor nivel de conocimiento, de la misma forma hacia la actitud que presentan hacia la enfermedad, debido a que los medios de información de la Enfermedad usualmente están fuera de la residencia o alojamiento, la prueba estadística corrobora este grado de independencia entre ambas variables ($p > 0.05$).
- El análisis de la información previa recibida acerca de la Tuberculosis, es importante para mejorar el nivel de conocimiento. La prueba estadística de Chi Cuadrado muestra el grado de dependencia entre el nivel de conocimiento y la fuente de información previa ($p < 0.05$).
- El conocimiento es un factor determinante en la conducta humana, haciendo que se tenga una actitud abierta o cerrada ante el tratamiento, ante las medidas de prevención y el cuidado necesario en el hogar y en el ambiente; de esta manera, un buen conocimiento hará que la persona tenga una actitud adecuada frente a la enfermedad, logrando así disminuir el contagio y la aparición de nuevos casos, de la misma forma disminuir la intolerancia hacia la persona que padece o padeció la enfermedad. La prueba estadística utilizada confirma la relación de dependencia entre el conocimiento y la actitud hacia la Tuberculosis ($p > 0.05$).

RECOMENDACIONES

Como resultado del presente estudio se recomienda:

1. Al Gobierno Regional, Municipalidad Provincial de Huamanga, y las Organizaciones No Gubernamentales afines, generar programas de prevención mediante educación a la población en general a través de medios de comunicación masivos y educación sobre la Tuberculosis en las escuelas primarias, secundarias, en institutos de educación superior y universidades.
2. Al Programa de Control de la Tuberculosis de la DIRESA, en coordinación con la Oficina de Bienestar Universitario, promover actividades permanentes de prevención y detección de sintomáticos respiratorios en la UNSCH con participación activa de las estudiantes.
3. A la Facultad de Enfermería incluir en las asignaturas relacionadas a la Salud Pública realizar un abordaje teórico que permita un mejor reconocimiento de la Tuberculosis en sus nuevas formas y por ende actividades de prevención en el pregrado.
4. A los estudiantes de la Facultad de Enfermería, continuar con investigaciones respecto a la Tuberculosis, que permita incorporar mas experiencias que favorezcan el tratamiento de esta enfermedad.

REFERENCIA BIBLIOGRÁFICA

1. **Perú, Ministerio de Salud.** Evaluación de la Estrategia Sanitaria Nacional de Prevención y Control de la Tuberculosis Año 2006. Lima: MINSA; 2007.
2. **World Health Organization.** WHO report: global tuberculosis control surveillance, planning, financing. Geneva: WHO; 2008.
3. **World Health Organization.** Anti-tuberculosis drug resistance in the world. Fourth global report. Geneva: WHO; 2008.
4. **Perú, Ministerio de Salud.** Situación de la tuberculosis en el Perú. Informe de Gestión 2008. Lima: MINSA; 2008.
5. **World Health Organization.** Report of the meeting of the WHO Global Task Force on XDR-TB. Geneva: WHO; 2006.
6. **World Health Organization.** Guidelines for the programmatic management of drug-resistant tuberculosis. Emergency update 2008. Geneva: WHO; 2008.
7. **Shan NS, Pratt R, Armstrong L, Robinson V, Castro KG, Cegielski JP.** Extensively drug-resistant tuberculosis in the United States, 1993-2007. *JAMA.* 2008; 300(18): 2153-60.
8. **Cox HS, Sibilia K, Feuerriegel S, Kalon S, Polonsky J, Khamraev AK, et al.** Emergence of extensive drug resistance during treatment for multidrug-resistant tuberculosis. *N Engl J Med.* 2008; 359(22): 2398-400.
9. **Accinelli R, Noda J, Bravo E, Galloso M, López L, Da Silva J, et al.** Enfermedad tuberculosa entre trabajadores de salud. *Acta Med Peru.* 2009; 26(1): 35-47.
10. **Chan ED, Iseman MD.** Multidrug-resistant and extensively drug-resistant tuberculosis: A review. *Curr Opin Infect Dis.* 2008; 21(6): 587-95.
11. **Van Rie A, Enarson D.** XDR tuberculosis: an indicator of public-health negligence. *Lancet.* 2006; 368: 1554-56.
12. **Horna-Campos OJ, Sánchez-Perez HJ, Sánchez I, Bedoya A, Martín M.** Public transportation and pulmonary tuberculosis, Lima, Peru. *Emerg Infect Dis.* 2007; 13(10): 1491-93.

13. **Alianza Alto a la Tuberculosis.** Plan mundial para detener la tuberculosis 2006-2015. Ginebra, Organización Mundial de la Salud; 2006.
14. **Corona y col.** “Conocimientos, percepciones y prácticas de grupos de población respecto a la tuberculosis”. 1994-1996. CENTRO PROVINCIAL DE HIGIENE Y EPIDEMIOLOGÍA CIUDAD DE LA HABANA. Rev Cubana Med Trop v.52 n.2 Ciudad de la Habana mayo-ago. 2000.
15. **INS.** Informe final: Vigilancia de la resistencia a drogas antituberculosas en el Perú. Tercera encuesta nacional 2005 - 2006.
16. **Ministerio de Salud.** Evaluación de la Estrategia Sanitaria Nacional de Prevención y Control de la Tuberculosis Año 2006. Lima: MINSA; 2007.
17. **Ministerio de Salud.** Situación de la tuberculosis en el Perú. Informe de Gestión 2008. Lima: MINSA; 2008.
18. **Ministerio de salud** “inicio proceso y tratamiento de TUBERCULOSIS (TB)” 1era edición 2009.
19. **MINSA – ESN PCT.** Situación de la Tuberculosis en el Perú. Informe de Gestión – 2008.
20. **Anzures S, González N.** “Emergencia mundial de tuberculosis MDR y XDR” Rev Enfer Infec Pediatr 2008, Rev Cubana Med Trop v.52 n.2 Ciudad de la Habana mayo-ago. 2000
21. **González E, Armas L, Machin A.** Tendencia por provincias de la tuberculosis en Cuba. Bol Of Sanit Panam 1995;119 (5): 396-404.
23. **Rojas y col.** “Conocimientos, opiniones y actitudes que tienen los pacientes con tuberculosis pulmonar en tratamiento ambulatorio sobre la evolución de su enfermedad, del hospital general base de Ayacucho 1992”.
24. **Chalco S. Uribe J.** “Incidencia de tuberculosis pulmonar y actitud del paciente frente al tratamiento en el hospital de apoyo de Ayacucho 1982 - 1986”
25. **Jorgelina D, Cambell, Armas, Fraginal y González Ochoa.** Incidencia de la Tuberculosis en el Municipio. Ciudad de la Habana. Cuba (1990-2000)

26. Mendoza y Gotuzzo, "Tuberculosis extremadamente resistente (TB-XDR), historia y situación actual. Perú" (2010)

ANEXOS



UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN CRISTÓBAL DE HUAMANGA

FACULTAD DE ENFERMERÍA

ESCUELA DE FORMACION PROFESIONAL DE ENFERMERÍA

CUESTIONARIO

Sr(ita) estudiante los siguientes cuestionarios tienen como objetivo tener información sobre el conocimiento y actitud de las personas hacia la Tuberculosis. Le pedimos responder con veracidad aspecto que nos permitirá tener una valiosa información que contribuirá con la salud de nuestra sociedad.

INFORMACION GENERAL

Edad: 16-20 años () 21-25 años () 26-30 años () >30 años ()

Sexo: Masculino () Femenino ()

Facultad _____ Escuela _____ Serie _____

Procedencia: Departamento _____ Provincia _____

Lugar de Residencia:

- . Casa de Padres ()
- . Casa de Familiares ()
- . Cuarto alquilado ()
- . Residencia UNSCH ()

Alguna vez recibió información sobre la Tuberculosis

Si () No ()

De quien recibió dicha información

- . Personal de Salud ()
- . Medios de comunicación (Radio, Tv, Internet, Revistas, periódicos) ()
- . Amistades ()
- . Familiares ()

Otros: _____

Tuvo algún cercano con antecedente de Tuberculosis (si) (no)

- . Padres ()
- . Otros Familiares ()
- . Vecinos ()
- . Compañeros estudio ()
- . Compañeros trabajo ()

INFORMACION ESPECÍFICA

¿Cuáles de los síntomas siguientes considera usted se asocian a la tuberculosis?

- . Cansancio SI () NO () NO SABE ()
- . Pérdida del cabello SI () NO () NO SABE ()
- . Fiebre por más de 2 o 3 semanas SI () NO () NO SABE ()
- . Sudores nocturnos SI () NO () NO SABE ()
- . Tos persistente por más de 14 días SI () NO () NO SABE ()

¿Conoce usted si la tuberculosis es una enfermedad que?

- . Puede causar la muerte SI () NO () NO SABE ()
- . Es curable SI () NO () NO SABE ()
- . Es contagiosa SI () NO () NO SABE ()

¿Por cuáles de las siguientes vías piensa usted que puede enfermarse de tuberculosis?

- . Utilización de cubiertos con poca higiene SI () NO () NO SABE ()
- . Consumo de verduras mal lavadas SI () NO () NO SABE ()
- . Ser vecino de alguien con tuberculosis SI () NO () NO SABE ()
- . Picadas de mosquitos SI () NO () NO SABE ()
- . Contacto con secreciones respiratorias de un enfermo de tuberculosis pulmonar SI () NO () NO SABE ()
- . Relaciones sexuales SI () NO () NO SABE ()
- . Convivir con una persona que haya padecido de tuberculosis SI () NO () NO SABE ()

¿Cómo puedo prevenir la tuberculosis?

- . Evitar vivir en lugares hacinados (compartir un ambiente con más de tres personas) SI () NO () NO SABE ()
- . Con una buena alimentación SI () NO () NO SABE ()
- . Mediante la vacunación SI () NO () NO SABE ()
- . No teniendo contacto con personas con TB SI () NO () NO SABE ()

Sabe usted sobre la Tuberculosis Multidrogo resistente (TB-MDR) y la Extremo resistente (TB-XDR)

Si () No ()

En caso de que la respuesta sea sí:

¿Por qué una persona puede padecer TB-MDR o TB-XDR?

- . Tiene tuberculosis en varios órganos SI () NO () NO SABE ()
- . La enfermedad se hace resistente al tratamiento SI () NO () NO SABE ()
- . Fue contagiada por alguien con la TB-MDR o TB-XDR SI () NO () NO SABE ()
- . Tiene tuberculosis por consumir drogas SI () NO () NO SABE ()

CONOCIMIENTO BUENO : 24- 30 PUNTOS
CONOCIMIENTO REGULAR : 16 - 22 PUNTOS
CONOCIMIENTO MALO : < 14 PUNTOS