



**FACULTAD DE MEDICINA HUMANA Y CIENCIAS DE LA SALUD**

**ESCUELA PROFESIONAL DE ESTOMATOLOGÍA**

## **TESIS**

**RELACIÓN ENTRE EL NIVEL DE CONOCIMIENTOS Y ACTITUD DE LOS  
ALUMNOS DE ESTOMATOLOGÍA DE LA UNIVERSIDAD ALAS PERUANAS -  
TUMBES HACIA EL PACIENTE CON VIH/SIDA, 2017.**

**PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE:**

**CIRUJANO DENTISTA**

**AUTOR:**

**BR.GULIANA JANNET CLAVIJO LEÓN**

**ASESOR:**

**DR.JAIME UXON PLASENCIA CASTILLO**

**TUMBES-PERÚ**

**2018**

## **DEDICATORIA**

*A mis **padres**, por el aliento constante que me brindan cada día, por su esfuerzo y su apoyo incondicional para que pueda lograr alcanzar mis metas y llegar a ser profesional de éxito.*

## *AGRADECIMIENTO*

*A Dios.*

*Por permitirme tener y disfrutar a mi familia, gracias a mi familia por apoyarme en cada decisión y proyecto. Gracias a la vida porque cada día me demuestra lo hermosa que es la vida y lo justa que puede llegar a ser , gracias a mi familia porque me permite cumplir con excelencia en el desarrollo de esta tesis. Gracias por creer en mí y gracias a Dios por permitirme vivir y disfrutar de cada día.*

## RESUMEN

Dentro de las múltiples razones para la negación de la atención odontológica hacia el sujeto infectado por el VIH, predominan aquellas relacionadas principalmente con deficiencias en el conocimiento y aplicación de las medidas de control de infecciones en el consultorio dental. Se ha documentado que los comportamientos y actitudes de ellos están más cercanos a mitos, creencias, emociones, pautas culturales y sociales, que al conocimiento científico y ética profesional. El presente estudio tuvo como objetivo determinar la relación entre el Nivel de conocimientos sobre VIH/SIDA y la actitud de los alumnos de la Escuela de Estomatología de la Universidad Alas Peruanas Tumbes hacia el Paciente con VIH, en el año 2017. El estudio fue observacional, descriptivo, correlacional, transversal y fue ejecutado en 128 alumnos de la escuela de Estomatología, a quienes se les aplicó dos cuestionarios elaborados y validados para la presente investigación. Los resultados indican que el nivel de conocimiento de los alumnos fue regular en el 51% y la actitud fue moderadamente favorable en el 58% de ellos; la edad estuvo asociado al nivel de conocimiento y a la actitud, sin embargo el sexo y el año académico no mostró asociación. El estudio concluye que el nivel de conocimiento sobre VIH/SIDA fue regular en el 51% de los alumnos de Estomatología de la Universidad Alas Peruanas de Tumbes y la actitud fue medianamente favorable en el 58% de los mismos. El nivel de conocimiento sobre VIH/SIDA que poseen los alumnos de la Universidad Alas Peruanas Tumbes se encuentra asociado ( $G = 0.604$ ) a la actitud de los mismos frente a un paciente que padece de esta enfermedad; la asociación de las variables fue directamente proporcional, a mayor nivel de conocimiento, mejor actitud.

## ABSTRACT

Among the multiple reasons for the denial of dental care to the subject infected with HIV, predominantly those related to deficiencies in the knowledge and application of infection control measures in the dental office. It has been documented that their behaviors and attitudes are closer to myths, beliefs, emotions, cultural and social patterns, than to scientific knowledge and professional ethics. The objective of this study was to determine the relationship between the Level of knowledge about HIV / AIDS and the attitude of dentistry students of the Alas Peruanas University at Tumbes to the Patient with VHI, in the year 2017. The study was observational , descriptive, correlational, cross-sectional and was executed in 128 students of the Stomatology school, to whom two questionnaires prepared and validated for the present investigation were applied. The results indicate that the level of knowledge of the students was regular in 51% and the attitude was moderately favorable in 58% of them; age was associated with the level of knowledge and attitude, however sex and the academic year showed no association. The study concludes that the level of knowledge about HIV / AIDS was regular in 51% of the students of Stomatology of Alas Peruanas University of Tumbes and the attitude was moderately favorable in 58% of them. The level of knowledge about HIV / AIDS possessed by the students of Alas Peruanas Tumbes University is associated ( $G = 0.604$ ) with their attitude towards a patient suffering from this disease; the association of the variables was directly proportional, to a higher level of knowledge, better attitude.

## ÍNDICE

	Pág.
DEDICATORIA	ii
AGRADECIMIENTO	iii
RESUMEN	iv
ABSTRACT	v
INDICE	vi
INDICE DE CUADROS Y GRÁFICOS	viii
INTRODUCCION	x
<b>CAPITULO I: EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN</b>	
1.1. Planteamiento del problema .....	1
1.2. Formulación del problema.....	3
1.2.1. Problema principal.....	3
1.2.2. Problemas específicos .....	3
1.3. Objetivos de la Investigación .....	4
1.3.1. Objetivo general .....	4
1.3.2. Objetivos específicos .....	4
1.4. Justificación e Importancia de la Investigación.....	5
1.5 Limitaciones del estudio .....	6
<b>CAPITULO II: MARCO TEORICO</b>	
2.1. Antecedentes de la Investigación .....	7
2.2. Bases teóricas .....	11
2.3. Definición de términos básicos .....	24

2.4. Hipótesis .....	26
2.5. Variables .....	26
2.5.1. Definición conceptual de la variable .....	26
2.5.2. Definición operacional de la variable .....	26
2.5.3. Operacionalización de la variable .....	27

### **CAPITULO III: METODOLOGÍA**

3.1. Tipo y nivel de investigación .....	28
3.2. Descripción del ámbito de la investigación.....	29
3.3. Población y muestra.....	29
3.3.1 Población.....	29
3.3.2 Muestra.....	29
3.4 Técnicas e Instrumentos para la recolección de datos .....	31
3.4.1 Técnicas .....	31
3.4.2 Instrumentos.....	31
3.5 Validez y confiabilidad del instrumento .....	32
3.6 Plan de recolección y procesamiento de datos .....	33

### **CAPÍTULO IV: RESULTADOS ..... 35**

### **CAPÍTULO V: DISCUSIÓN..... 43**

### **CAPÍTULO VI: CONCLUSIONES ..... 47**

### **CAPÍTULO VII: RECOMENDACIONES..... 49**

### **FUENTES DE INFORMACIÓN..... 50**

### **ANEXOS..... 54**

## INDICE DE CUADROS Y GRÁFICOS

### CUADROS

Cuadro N° 01: Comparación del nivel de conocimiento sobre VIH/SIDA según la edad de los alumnos de Estomatología de la Universidad Alas peruanas Tumbes en el año 2017 .....	36
Cuadro N° 02: Comparación del nivel de conocimiento sobre VIH/SIDA según el sexo de los alumnos de Estomatología de la Universidad Alas peruanas Tumbes en el año 2017 .....	37
Cuadro N° 03: Comparación del nivel de conocimiento sobre VIH/SIDA según el año académico de los alumnos de Estomatología de la Universidad Alas peruanas Tumbes en el año 2017.....	37
Cuadro N° 04: Comparación de la actitud de los alumnos de la escuela de Estomatología de la Universidad Alas peruanas de Tumbes en el año 2017 según edad .....	39
Cuadro N° 05: Comparación de la actitud de los alumnos de la escuela de Estomatología de la Universidad Alas peruanas de Tumbes en el año 2017 según sexo .....	40
Cuadro N° 06: Comparación de la actitud de los alumnos de la escuela de Estomatología de la Universidad Alas peruanas de Tumbes en el año 2017 según año académico.....	41

## **GRÁFICOS**

Gráfico N° 01: Nivel de conocimiento sobre VIH/SIDA de los alumnos de la escuela de estomatología de la Universidad Alas peruanas Tumbes en el año 2017.....35

Gráfico N° 02: Actitud de los alumnos de la Escuela de Estomatología de la universidad Alas peruanas de Tumbes frente a los pacientes con VIH/SIDA en el año 2017.....39

# INTRODUCCIÓN

El VIH/SIDA sigue siendo uno de los más graves problemas de salud pública del mundo, especialmente en los países de ingresos bajos o medios. En el contagio del VIH, el comportamiento de las personas tienen un papel determinante y la prevención consiste precisamente en el abandono de los comportamientos de riesgo junto con la adopción y mantenimiento de comportamientos preventivos. El VIH/SIDA persiste como una enfermedad socialmente temida y causa de discriminación, evidenciándose déficit de conocimientos sobre formas de contagio, conduciendo a actitudes perjudiciales hacia quienes padecen este mal.

Uno de los componentes principales para lograr la adherencia al tratamiento de los pacientes con VIH es la empatía que el profesional de salud logre alcanzar con los mismos, sin embargo dicha empatía va estar directamente ligada a la predisposición del facultativo frente a estos pacientes y esto a su vez estará asociado al conocimiento que tiene el profesional sobre esta enfermedad. Nuestra sociedad aún mantiene prejuicios sobre los pacientes con VIH, lo que propicia que en la mayoría de casos prefieran permanecer en el anonimato sin recibir ningún tipo de tratamiento, y más grave aún, propagando la enfermedad.

La presente investigación pretende determinar con datos obtenidos de los alumnos de la escuela de Estomatología de la Universidad Alas Peruanas de Tumbes la asociación entre el nivel de conocimiento y la actitud hacia el paciente con VIH/SIDA, teniendo de esta manera una base científica para realizar las

sugerencias y correcciones en la formación de los estudiantes de Estomatología de esta Universidad.

El diseño de la investigación corresponde a los **estudios no experimentales transversales correlacionales**, se aplicarán los instrumentos previamente validados a fin de medir las variables de interés, los cuestionarios brindarán los datos que servirán para establecer la asociación entre dichas variables.

El trabajo de investigación está comprendido en siete capítulos: En el primer capítulo se realizó el planteamiento de problema, además de formular los objetivos y la justificación del mismo; el segundo capítulo se enfocó en el marco teórico referencial, donde se plasmaron investigaciones anteriores además de conceptualizar las variables empleadas en la investigación, también se logró operacionalizar las variables de investigación; en el tercer capítulo se expuso la metodología y diseño realizado en el estudio, detallando el nivel y tipo de investigación, la población y la muestra de estudio, se explica cómo se realizaron las técnicas y distribución de los datos, el procesamiento de recolección de datos y las técnicas de procesamiento y análisis de los mismos; finalmente en el cuarto , quinto, sexto y séptimo capítulo de esta investigación se exponen los resultados, se discuten los mismos para finalmente obtener conclusiones científicas y brindar las recomendaciones necesarias.

Palabras claves: Conocimiento, actitud, VIH.

# CAPITULO I

## PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

### 1.1.- Descripción de la Realidad Problemática

A pesar de que en los últimos años han aumentado los conocimientos sobre el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) y de contar con estrategias eficaces de prevención, la epidemia a nivel mundial continúa siendo sumamente dinámica y en aumento. Hasta el momento no se cuenta con un tratamiento curativo, ni con una vacuna eficaz, motivo por el cual se ha convertido en un reto para los servicios de salud de todo el mundo. Desde 1981, año en que se describió el primer caso de infección por VIH/SIDA, unos 60 millones de personas se han visto infectadas por el virus y de ellas han muerto 20 millones. Las regiones más afectadas actualmente siguen siendo África Subsahariana con una prevalencia de 4.7% en adultos; el Caribe, Europa Oriental y Asia Central donde en el 2012, el 1% y el 0.7% de adultos vivían con VIH. (1, 2)

De acuerdo a ONUSIDA en Latinoamérica se estima que 2 millones de personas, entre ellas 33,000 niños, vivían con el VIH en Latinoamérica en el 2015. La epidemia en la región afecta principalmente a los hombres, con un estimado de 1.1 millones de hombres viviendo con el VIH en el 2014. Cerca de 100 000 personas que viven con el VIH en Latinoamérica tienen entre 15-24 años, incluyendo a 40 mil niñas adolescentes y mujeres jóvenes. En América Latina, pese a que en el 2014 el 47% de las personas que viven con el VIH recibieron terapia antiretroviral, 50 mil personas fallecieron por causas relacionadas con el sida en 2015. Por su patología clínica, el SIDA se ha convertido en una enfermedad temible, estimulando la aparición de discriminación para quienes lo padecen. (3)

El Centro General de Epidemiología, Prevención y control de enfermedades del MINSA informa que en el Perú desde el año 1983 al 2016 se han presentado 35379 casos de SIDA y 66776 casos de VIH, siendo el género masculino el de mayor prevalencia, a razón de 4 hombres por cada mujer infectada. La principal vía de transmisión es la sexual (97%) seguida de la vertical (2%) y la parenteral (1%). (4)

Nuestra Región Tumbes ha presentado un total de 446 casos desde el año 1983 al año 2015, la incidencia acumulada en este periodo fue de 7.49 por 100 000 habitantes, siendo la más alta a nivel nacional después de Lima (8.37), Callao (8.4) y Madre de Dios (15.35). La Región Tumbes en el año 2016 reportó 14 casos para acumular una incidencia de 5.82 casos nuevos por 100 000 habitantes.(4)

Según García-Sánchez y col., existe omisión y discriminación en la atención odontológica a personas con VIH/SIDA por el temor de los odontólogos al contagio por conceptos erróneos o falta de información acerca de los verdaderos medios de transmisión de la enfermedad y la probabilidad de contagio durante la consulta odontológica aun reconociendo la presencia y uso de las medidas de bioseguridad. (5)

En la literatura internacional se han publicado diversos estudios concernientes a las actitudes del dentista, mostradas hacia el paciente con VIH y sus factores relacionados con la prestación del servicio odontológico. Dentro de las múltiples razones para la negación de la atención odontológica hacia el sujeto infectado por el VIH, predominan aquellas relacionadas principalmente con deficiencias en el conocimiento y aplicación de las medidas de control de infecciones en el consultorio dental. (6)

A pesar de que los odontólogos forman un pilar muy importante en materia de detección temprana, prevención, monitoreo y mejora en la calidad de vida de los pacientes con VIH /SIDA, se ha documentado que los comportamientos y actitudes de ellos están más cercanos a mitos, creencias, emociones, pautas culturales y sociales, que al conocimiento científico y ética profesional. (7)

Estudios internacionales sobre la actitud de los odontólogos y estudiantes de odontología para atender pacientes con SIDA o portadores, reportan que la actitud mejora a medida que el estudiante de odontología avanza en sus estudios. (8)

En nuestra ciudad no existen estudios que hayan determinado la asociación de las variables que pretendemos estudiar, por ello es importante investigar la relación entre el nivel de conocimientos y actitud de los alumnos de la escuela de estomatología de la Universidad Alas Peruanas filial Tumbes hacia el paciente con VIH, 2017.

## **1.2 Formulación del Problema**

### **1.2.1 Problema principal**

¿Cuál es la relación entre el Nivel de Conocimientos y Actitud de los alumnos de la Escuela de Estomatología de la Universidad Alas Peruanas Tumbes hacia el Paciente con VIH, en el año 2017?

### **1.2.2 Problemas secundarios**

1.2.2.1 ¿Cuál es el nivel de conocimientos sobre VIH/SIDA de los alumnos de la Escuela de Estomatología de la Universidad Alas Peruanas Tumbes en el año 2017, según edad?

1.2.2.2 ¿Cuál es el nivel de conocimientos sobre VIH/SIDA de los alumnos de la Escuela de Estomatología de la Universidad Alas Peruanas Tumbes en el año 2017, según sexo?

1.2.2.3 ¿Cuál es el nivel de conocimientos sobre VIH/SIDA de los alumnos de la Escuela de Estomatología de la Universidad Alas Peruanas Tumbes en el año 2017, según año académico?

1.2.2.4 ¿Cuál es la actitud de los alumnos de Estomatología de la Universidad Alas Peruanas Tumbes frente a un paciente con VIH/SIDA, según edad?

1.2.2.5 ¿Cuál es la actitud de los alumnos de Estomatología de la Universidad Alas Peruanas Tumbes frente a un paciente con VIH/SIDA, según sexo?

1.2.2.6 ¿Cuál es la actitud de los alumnos de Estomatología de la Universidad Alas Peruanas Tumbes frente a un paciente con VIH/SIDA, según año académico?

### **1.3.- Objetivos de la investigación**

#### **1.3.1 Objetivo general**

Determinar la relación entre el Nivel de Conocimientos y Actitud de los alumnos de la Escuela de Estomatología de la Universidad Alas Peruanas Tumbes hacia el Paciente con VIH, en el año 2017.

#### **1.3.2 Objetivos específicos**

1.3.2.1 Determinar el nivel de conocimientos sobre VIH/SIDA de los alumnos de la Escuela de Estomatología de la Universidad Alas Peruanas Tumbes en el año 2017, según edad.

1.3.2.2 Determinar el nivel de conocimientos sobre VIH/SIDA de los alumnos de la Escuela de Estomatología de la Universidad Alas Peruanas Tumbes en el año 2017, según sexo.

1.3.2.3 Determinar nivel de conocimientos sobre VIH/SIDA de los alumnos de la Escuela de Estomatología de la Universidad Alas Peruanas Tumbes en el año 2017, según año académico

1.3.2.4 Determinar la actitud de los alumnos de Estomatología de la Universidad Alas Peruanas Tumbes frente a un paciente con VIH/SIDA, según edad.

1.3.2.5 Determinar la actitud de los alumnos de Estomatología de la Universidad Alas Peruanas Tumbes frente a un paciente con VIH/SIDA, según sexo.

1.3.2.6 Determinar la actitud de los alumnos de Estomatología de la Universidad Alas Peruanas Tumbes frente a los pacientes con VIH/SIDA, según año académico.

#### **1.4.- Justificación e importancia de la investigación**

El VIH/SIDA es una enfermedad que se está expandiendo desde su aparición y en nuestra región hemos observado que la incidencia acumulada de esta enfermedad es una de las más altas en el país (2). A pesar de los esfuerzos por detectar a los pacientes con VIH, se reporta que existe un porcentaje que se rehúsa aceptar la enfermedad y someterse al tratamiento de TARGA (terapia antiretroviral de gran actividad), y esto en parte porque siente la discriminación de la población en general, y los más grave aún, de profesionales de la salud. (5)

El rol del estomatólogo como detector temprano de enfermedades sistémicas con manifestaciones bucales está ampliamente documentado (9), sin embargo esto requiere de

una real comprensión del estomatólogo de éstas enfermedades sistémicas, lo cual se cree devendrá en una actitud adecuada frente a los pacientes que las padecen (se teme lo que no se conoce). El cambio de actitud propiciará que muchos más pacientes se sientan con la confianza de participar de los programas que ofrece tanto el MINSA como EsSalud para la detección, prevención y tratamiento que existe en la actualidad.

Por tanto surge la necesidad de realizar el presente proyecto tomando en cuenta el aporte valioso que brindará el estudio ya que en la actualidad es necesario que existan datos que demuestren la relación de las variables de estudio en la población de futuros estomatólogos de Tumbes. Al no existir en nuestra región estudios de este tipo, la presente investigación tiene el propósito de determinar la relación entre el nivel de conocimientos y actitud de los alumnos de la escuela de Estomatología de la Universidad Alas Peruanas Tumbes hacia el paciente con VIH, en el año 2017.

Los hallazgos del estudio sirven para que las universidades adecuen en sus planes de estudio el componente humanista, logrando generar un nivel de concientización que promueva el interés en los docentes y estudiantes hacia la adquisición de estos conocimientos, lo que contribuirá con la formación ética e integral de los futuros estomatólogos.

### **1.5. Limitaciones del estudio**

La actitud posee muchos factores determinantes, en nuestro estudio solamente abordamos el relacionado con el nivel de conocimiento sobre VIH-SIDA, sin abordar otros factores tales como, hábitos, nivel socioeconómico, etc. El presente estudio al ser de diseño analítico no determina relación causa efecto, sin embargo brinda bases para permitir la asociación de las variables estudiadas.

# CAPÍTULO II

## MARCO TEÓRICO

### 2.1 Antecedentes de la investigación

La asociación entre el nivel de conocimiento y la actitud frente a pacientes con VIH ha sido estudiada en algunos estudios internacionales y nacionales, aun no existen investigaciones en la región Tumbes.

#### A nivel internacional

**Rodríguez R. (Venezuela, 2013).** Determinó el nivel de conocimiento sobre la atención de personas con el VIH/SIDA (PVVs) en estudiantes del quinto año de Odontología. Trabajo de campo de nivel descriptivo escogiendo como población a docentes y estudiantes. Existe un 31% de los estudiantes no tiene dominio cognoscitivo sobre los conceptos básicos del VIH/SIDA, lo que pudiera tener relación con los docentes de áreas clínicas encuestados en quienes solo un 68,15% de ellos poseen los conocimientos básicos sobre la conceptualización del VIH/SIDA. (10)

**Acosta B., Pérez E., Mueses H., Pinzón E., y Shor G. (Colombia, 2011).** Realizan una investigación con el objetivo de conocer la actitud de estudiantes de odontología de Cali respecto del manejo de personas con diagnóstico de VIH/SIDA. El estudio fue observacional descriptivo mediante aplicación de una encuesta aplicada en 1.173 estudiantes de tres facultades de odontología de Cali, clasificados en tres grupos (preclínica, clínica inicial y clínica final). Se encontró actitud positiva entre 86% y 92%, la disposición de atender pacientes fue más favorable en preclínica ( $p=0.03$ ). Aunque 88,7% mostró disposición de atender pacientes VIH+; entre los que pensaban que sería difícil hacerlo para su personal auxiliar, se encontró 33% de estudiantes con probabilidad de hacerlo, ( $p= 0.03$ ). (11)

**Rodríguez A., Martínez M. (Venezuela, 2011).** Evaluaron el **nivel de conocimientos, actitudes y percepciones de** una muestra de estudiantes de pregrado de primer año de medicina y estomatología de una universidad venezolana. La muestra estuvo conformada por 120 estudiantes, respondiendo correctamente el 82.6 % de las respuestas; siendo significativamente mayor en estudiantes de medicina (84.92%) que en estudiantes de odontología (80.29%) ( $p < 0.05$ ). El estudio concluye que el conocimiento, las actitudes y la percepción de este grupo de estudiantes frente a pacientes VIH fueron adecuados. (12)

**Dávila M., Gil M. (Venezuela, 2008).** Evaluó “La actitud de los odontólogos hacia las personas que viven con VIH/SIDA (PVVS)”, donde se logró determinar la actitud de los odontólogos hacia las PVVS en el municipio Iribarren del estado Lara. El grupo estudiado estaba conformado por 81 profesionales que ejercen la profesión en el sector privado, quienes respondieron un instrumento de 20 ítems. Se encontró que 25,9% tienen una actitud de rechazo hacia las PVVS. Al analizar la actitud por aspecto investigado, 77,8 % de los participantes están a favor de que “existan consultas especiales”; 18,5% reportaron una actitud negativa para tratar portadores VIH/SIDA. Se encontró una actitud de rechazo entre los profesionales con mayores años de graduados. (13)

**Gómez R., Grimaldi A., Lara R. (México, 2001).** Investigan para conocer el grado de conocimiento de los odontólogos sobre sus obligaciones profesionales para prevenir y controlar la infección por el VIH durante su ejercicio profesional, así como su eventual actitud para la atención de pacientes VIH+. El estudio fue descriptivo con aplicación de 250 encuestas a odontólogos, estudiantes y académicos de la Universidad Nacional Autónoma de México. El conocimiento para el control de esta infección es adecuado en el 49.6% de los casos. El 12.8% de los entrevistados indicó con precisión los mecanismos de transmisión, 35.8% las indicaciones para esterilización de instrumental, 2.8% las

acciones que deben realizarse ante un accidente en su ejercicio profesional y 35.6% conocía la NOM para la prevención y control de la infección por VIH / SIDA. (14)

### **A nivel nacional**

**Carrasco Y. (Chiclayo, 2016).** Tuvo como propósito determinar la relación entre el nivel de conocimiento y actitud de los internos de la Escuela de Estomatología de la Universidad Señor de Sipán, hacia el paciente con VIH, 2016. Fue un estudio cuantitativo – correlacional, la población estudiada estuvo conformada por un total de 70 internos de estomatología. Existe relación significativa directa de grado fuerte (0.774) entre el nivel de conocimiento y la actitud de los internos de la escuela de estomatología. En cuanto al nivel de conocimiento la edad más frecuente se encontró entre los 26 a 30 años con un nivel de conocimiento regular en un 100%, y en el género masculino el 62.5%, predominaron con el nivel de conocimiento regular; en cuanto a actitud las edades más habituales fueron las de 26 a 30 años con el 100% y entre los 20 a 25 años con el 88.2% destacando en ellos una actitud favorable; la actitud demostrada según el género, se encontró que el femenino fue el 89.1% y el masculino con el 87.5%; ambos predominaron con una actitud favorable. (15)

**Herrera M., Vela J., Zúñiga F. (Lambayeque, 2015).** Realizaron un estudio con el objetivo de determinar el nivel de conocimientos y actitudes de los estudiantes de odontología frente a la atención de pacientes con VIH/SIDA. El estudio fue de tipo descriptivo, participaron 106 estudiantes que cursan el V, VII, IX y XI ciclo. Se encontró que el 50.0% tiene un regular conocimiento, el 47.1% posee una actitud indiferente. Se concluye que la mayoría de los estudiantes de odontología (24.5%) presentan un conocimiento regular con una actitud indiferente. (16)

**Carhuayo R., Figueroa M. (Ica, 2013).** Realizaron un estudio titulado “Relación entre el Nivel de Conocimiento y Actitud Sobre VIH-Sida de los estudiantes de la Facultad De Enfermería - UNICA 2013”. La muestra estuvo conformada por 271 estudiantes matriculados en la Facultad de enfermería en los diferentes ciclos. La técnica de recolección de datos fue la encuesta teniendo como instrumento un cuestionario. En los resultados obtenidos el nivel de conocimiento sobre VIH-SIDA fue alto alcanzando 99% (267) en tanto que la actitud fue favorable alcanzando 85%(230). Se demostró que las variables están relacionadas a través del estadístico  $\chi^2$  (5,99). Concluyen que existe relación entre el nivel de conocimientos y la actitud sobre VIH-SIDA de los estudiantes de enfermería de la UNICA 2013. El nivel de conocimientos sobre el VIH-SIDA es alto. La actitud frente al VIH-SIDA fue favorable. (17)

**Zuñiga O. (Trujillo, 2010).** En su estudio “Relación entre el nivel de conocimiento y actitud de los estudiantes del tercer, cuarto y quinto año de la escuela de Estomatología de la Universidad Nacional de Trujillo – 2010”, determinó que el nivel de conocimientos de los alumnos fue bueno en 10.71%, regular 35.71% e inaceptable en 49.28%, teniendo relación directa con el año de estudios. El 57.97% presentó actitud favorable, no se encontró relación significativa entre genero ni entre año de estudios con la actitud hacia el paciente con VIH/SIDA; en general no se encontró relación estadísticamente significativa entre el nivel de conocimientos y la actitud hacia el paciente con VIH/SIDA. Concluyendo que existe relación entre el nivel de conocimientos y año de estudios en curso, y que no existe relación entre nivel de conocimiento y actitud hacia el paciente con VIH/SIDA. (18)

## 2.2 Bases teóricas

En 1981 se informó sobre un grupo de hombres homosexuales -previamente sanos- con neumonía por *Pneumocystis carinii* y sarcoma de Kaposi. Dos años después se identificó el agente causal: un retrovirus a la postre denominado virus de la inmunodeficiencia humana o VIH y tres años después se describió el VIH-2 en Estados Unidos. En 1985 se desarrolló la primera prueba diagnóstica para el VIH-1 y en 1987 ya se contaba con el primer antiretroviral: zidovudina (AZT). El tratamiento evolucionó y nueve años después se dispuso del tratamiento combinado, conocido como tratamiento antirretroviral de gran actividad (TARGA), con el que cambió radicalmente la historia natural de la enfermedad, reduciendo significativamente la mortalidad, la progresión a SIDA y las hospitalizaciones. (19)

Estudios filogenéticos sugieren que el VIH evolucionó a partir de un lentivirus que de manera natural infecta a primates africanos: el virus de la inmunodeficiencia en simios (VIS). Contrario a la impresión de que el VIS no ocasiona inmunodepresión, estudios recientes sugieren que en simios ocasiona un síndrome parecido al de inmunodeficiencia adquirida humana, con sus respectivos efectos negativos en la salud, reproducción y sobrevivencia de los chimpancés. (20)

Los sujetos que parecen ser más susceptibles a desarrollar SIDA son aquellos con exposiciones repetidas al virus que también tienen un sistema inmunológico por la exposición repetida a varios antígenos (semen, hepatitis B o hemoderivados). Los principales mecanismos de transmisión son: (9, 21)

- Contacto sexual : Aproximadamente 80% de todos los casos son adquiridos por relaciones heterosexuales. Mediante el intercambio de líquidos corporales (especialmente semen infectado). También se ha aislado el VIH de lágrimas, leche materna, líquido cefalorraquídeo, líquido amniótico y orina; sin embargo, los únicos líquidos que se ha demostrado están asociados con la transmisión del virus son

sangre, semen, leche materna y secreciones vaginales.

- Parenteral : Se transmite por sangre infectada. La adicción a drogas intravenosas es una de las principales causas de infección por VIH en Europa central y oriental, y en algunos países de Asia. La prevalencia de infección por VIH entre adictos a drogas intravenosas se ha estimado entre 20% y 40%.
- Perinatal : Debido a la elevada prevalencia de infección por VIH en mujeres, el riesgo de transmisión perinatal es alto. El producto puede infectarse in útero, al nacimiento o durante la lactancia. La transmisión de madre a hijo origina 90% de los casos de infección infantil.

En la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana se distinguen diversas etapas:

- Transmisión del virus : La infección por el VIH se adquiere por vía sexual, exposición a sangre contaminada o transmisión perinatal. La frecuencia de estos modos de transmisión varía entre países y su contribución relativa ha cambiado con el tiempo. Los factores de riesgo para transmisión del VIH son la carga viral, ausencia de circuncisión, presencia de enfermedades de transmisión sexual ulceradas, número de parejas sexuales, relación sexual sin protección y factores genéticos. La eficiencia de transmisión es aproximadamente la misma de hombres a mujeres que de mujeres a hombres; sin embargo, la transmisión es cuatro veces mayor en pacientes con úlceras genitales. (9)
- Infección primaria : También llamada infección aguda por VIH o síndrome de seroconversión aguda. La presencia de síntomas durante la infección primaria ocurre en muchos pacientes y cuando estos duran más de 14 días parece correlacionar con una progresión más rápida a SIDA. Igualmente una viremia persistentemente detectable o niveles plasmáticos elevados ( $>1 \times 10^5$  Eq/mL)

después de la infección primaria son predictores importantes para el desarrollo de SIDA. (9, 21)

- Seroconversión : Esta ocurre entre las cuatro y 10 semanas después de la exposición y 95% ha seroconvertido a los seis meses (21). La mayoría (más del 50%) de los sujetos expuestos al virus desarrollan al comienzo una viremia aguda y breve (enfermedad de la seroconversión) 2 – 6 semanas después de la exposición al VIH. Existe una reducción asociada temporal de las células C (linfopenia con títulos plasmáticos altos de VIH), aunque los pacientes no desarrollan evidencia de inmunosupresión. Se producen síntomas similares a los de la gripe en esta enfermedad aguda de seroconversión que normalmente sólo durará 2-4 semanas. Se calcula que sólo el 20% de estos individuos solicitará atención médica. Estos sujetos responden mediante la producción de anticuerpos frente al VIH y aumentan los niveles de linfocitos T citotóxicos.

- Etapa de latencia clínica con o sin linfadenopatía generalizada persistente: El periodo de enfermedad temprana comprende los seis meses posteriores a la seroconversión. Durante este periodo asintomático, la exploración física es generalmente negativa, excepto por la posible “linfadenopatía generalizada persistente”, definida como adenomegalias en por lo menos dos sitios no contiguos, en las cuales se pueden identificar altas concentraciones de VIH. El virus es linfotrópico, de ahí que las células que selecciona para replicarse se destruyan rápidamente. Una vez que el virus ha tomado el control, se produce enseguida una reducción del número total de células T colaboradoras y una marcada desviación del cociente de linfocitos T4/T8. El cociente normal de linfocitos T colaboradores/T supresores es aproximadamente 2:1 (60% T colaboradores, 30% T supresores) en el SIDA el cociente T4/T8 se invierte. La marcada reducción de los linfocitos T colaboradores explica en gran medida la ausencia de respuesta inmunológica

observada en pacientes con SIDA y es más probable que se asocie al aumento de neoplasias malignas que se observa en esta enfermedad: sarcoma de Kaposi, linfoma, carcinoma de cérvix y carcinoma de recto. El tejido linfoide es el mayor reservorio de VIH debido a que filtran y “atrapan” virus libres y linfocitos CD4 infectados. Con la progresión de la enfermedad, la arquitectura del ganglio se pierde y más VIH es liberado al torrente sanguíneo. En esta etapa asintomática existe una levada replicación viral con destrucción de un promedio de  $10^9$  linfocitos CD4 diario. Después del primer año, la pérdida de linfocitos CD4 varía de 30 a  $90/\text{mm}^3$  cada año. La vida media del VIH en suero es 1.2 días, cerca de 24 horas intracelularmente, y aproximadamente seis horas extracelularmente. (9, 21, 22)

- Infección sintomática temprana: Tiene signos y síntomas típicos de la infección por VIH; tales como: fiebre, malestar, debilidad, linfadenopatía, diarrea y algunas infecciones oportunistas pero no el SIDA completamente desarrollado. El recuento de linfocitos T CD4 estará comprendido entre  $200$  y  $400/\text{mm}^3$ . La aparición de estos síntomas señala la transición desde la infección por VIH asintomática a la enfermedad por VIH.

- SIDA (linfocitos CD4 menor de  $200/\text{mm}^3$  con o sin síntomas): Las condiciones definitorias de *SIDA* incluyen angiomatosis basilar, candidiasis orofaríngea, candidiasis vulvovaginal (persistente, frecuente o que responde pobremente al tratamiento), displasia cervical (moderada o severa) / carcinoma cervical in situ, síntomas constitucionales como fiebre ( $38.5^\circ \text{C}$ ) o diarrea por más de un mes, leucoplasia pilosa oral, herpes zoster (por lo menos dos episodios distintos o más de un dermatoma), púrpura trombocitopénica idiopática, listeriosis, enfermedad inflamatoria pélvica, neuropatía periférica. También se presenta candidiasis de bronquios, tráquea o pulmones, candidiasis esofágica, cáncer cervical invasivo, coccidioidomicosis diseminada o extrapulmonar, criptosporidiosis

crónica intestinal (por más de un mes de duración), enfermedad por citomegalovirus (diferente a enfermedad hepática, esplénica o ganglionar), encefalopatía relacionada al VIH, Herpes simple por más de un mes de duración: úlcera (s) crónica (s), o bronquitis, pneumonitis o esofagitis, histoplasmosis diseminada o extrapulmonar, ssporiasis intestinal crónica (por más de un mes de duración), sarcoma de Kaposi, linfoma de Burkitt, linfoma inmunoblástico, linfoma primario cerebral, complejo *Mycobacterium avium* o *M kansasii*, diseminado o extrapulmonar, *Mycobacterium tuberculosis* (pulmonar o extrapulmonar), otras especies de micobacterias diseminadas o extrapulmonares, neumonía por *Pneumocystis carinii*, neumonía recurrente, leucoencefalopatía multifocal progresiva, salmonelosis recurrente y toxoplasmosis cerebral. El tiempo promedio desde el inicio de la inmunodepresión severa (<200 linfocitos CD4/mm<sup>3</sup>) a la aparición de una condición clínica definitiva de SIDA es de 12 a 18 meses en personas sin tratamiento antirretroviral. (9, 21, 22)

- Infección avanzada por el VIH: caracterizada por linfocitos CD4 menor de 50/mm<sup>3</sup>. Sin tratamiento antirretroviral el promedio de supervivencia es de 12 a 18 meses.

Si bien es cierto que no existe una cura definitiva para el VIH/SIDA, muchos de los síntomas de la infección por VIH sintomática y temprana se pueden tratar con éxito con el uso de medicamentos. La terapia antirretroviral retarda la proliferación del VIH en el cuerpo. Una combinación de varios medicamentos antirretrovirales (TARGA) funciona muy bien para reducir el número de partículas de VIH en el torrente sanguíneo y, como resultado, incrementar el conteo de CD4. Aunque las personas que toman terapia antirretroviral altamente activa tienen niveles inhibidos de VIH, aún pueden transmitirles el virus a otros a través del sexo o al compartir agujas. La terapia antirretroviral retarda el progreso de la enfermedad y generalmente fortalece el sistema inmunitario.

Un aspecto que ha recibido mucha atención es cuándo iniciar el tratamiento antirretroviral en pacientes asintomáticos. Hay fuerte evidencia de que el tratamiento debe iniciarse antes de que el conteo de linfocitos CD4 baje de  $350/\text{mm}^3$  y quizá antes que baje de 500; con lo anterior se ha evitado la progresión a SIDA y muerte más efectivamente. Una ventaja adicional del tratamiento temprano es la reducción del riesgo de transmisión del VIH a otros. En un estudio prospectivo observacional en África, las parejas VIH negativas de individuos con tratamiento antirretroviral tuvieron cinco veces menos probabilidades de adquirir la infección comparados con aquellos cuyas parejas sexuales no lo estaban recibiendo. Las guías de tratamiento de la OMS de 2010 recomiendan que todos los pacientes asintomáticos con un conteo de linfocitos CD4 de  $<350 \text{ cel}/\text{mm}^3$  inicien tratamiento antirretroviral. (21, 23)

Actualmente las opciones de tratamiento recomendadas en pacientes vírgenes a tratamiento y asintomáticos, están basados en: (24)

- Un inhibidor no nucleósido de la transcriptasa reversa: tenofovir/emtricitabina más efavirenz; o
- Inhibidores de proteasa: atazanavir más tenofovir/emtricitabina o darunavir más tenofovir/emtricitabina. (Estos dos esquemas requieren de un “booster” con ritonavir); o
- Inhibidor de integrasa: raltegravir más tenofovir/emtricitabina.

Para las pacientes embarazadas: zidovudina/lamivudina más lopinavir más ritonavir o abacavir más lamivudina más efavirenz o atazanavir.

Con el uso de los nuevos antirretrovirales se han logrado tasas de supresión viral sin precedentes. Por ejemplo, en el estudio TRIO, 86% de los pacientes tratados con raltegravir, etravirine y darunavir (más otro si estaba indicado) lograron cargas virales no

detectables. Después de 24 años de haberse desarrollado el primer antirretroviral, el número y efectividad de los actuales antirretrovirales es francamente asombroso. (21)

El tratamiento antirretroviral de gran actividad es altamente efectivo aún en países en desarrollo: reduce la morbilidad y mortalidad significativamente. En casi 20 000 pacientes de un grupo de cohortes en África, América Latina y Asia, incrementó el promedio basal de linfocitos CD4 de 114 a 395 células/mm<sup>3</sup> después de cinco años de seguimiento, y en una cohorte del Programa Nacional de tratamiento Antirretroviral Gratis, la mortalidad disminuyó de 22.6 muertes a cuatro muertes por cada 100 personas/año después de seis meses de tratamiento (25). La resistencia a antirretrovirales es una causa importante de falla a tratamiento, la cual es causada por el desarrollo de mutaciones que se acumulan cuando la supresión viral es incompleta.

Los factores de mal pronóstico que incrementan la posibilidad de muerte en pacientes que inician TARGA son: conteo bajo de linfocitos totales, edad avanzada, anemia, bajo peso corporal, bajo conteo de linfocitos CD4 previos al tratamiento, e infección avanzada.

La cavidad bucal es uno de los sitios donde primero se manifiestan las enfermedades causadas por el VIH. Más del 40% de las personas con VIH y más de 90% de las personas con SIDA tienen algún dato clínico en la cavidad bucal, por lo que es imperativo revisar la boca siempre que se haga una consulta clínica en un paciente con VIH/SIDA. Existen multitud de lesiones bucales; su diagnóstico específico, se puede hacer frecuentemente por la presentación clínica y las características macroscópicas, pero en ocasiones se requiere, cultivos y hasta biopsias. Con frecuencia la respuesta al tratamiento empírico también contribuye a confirmar el diagnóstico. (26)

Entre las manifestaciones bucales más frecuentes tenemos a la candidiasis bucal, la leucoplasia pilosa bucal, la gingivitis, periodontitis y el sarcoma de Kaposi.

La candidiasis bucal es la manifestación bucal más común en enfermos con el VIH/SIDA y con frecuencia representa la primera manifestación clínica. En general la

candidiasis ocurre cuando la cuenta de CD4 < 400 células/mm<sup>3</sup> y a mayor inmunodeficiencia la candidiasis es más frecuente y recurrente; es producida por *Candida albicans*. La presentación clínica incluye formas: eritematosa, hiperplásica, pseudomembranosa, atrófica y queilitis angular.(27)

La leucoplasia pilosa bucal es una lesión característica de pacientes con infección por VIH con inmunosupresión avanzada (CD4 < 200/mm<sup>3</sup>) causada por el virus Epstein Barr a nivel del borde de la lengua. El diagnóstico es clínico al observar en el borde lateral de la lengua lesiones verticales blanquecinas que dan la apariencia de arrugas del epitelio. La leucoplasia pilosa es asintomática. (27)

La gingivitis en el paciente con el VIH/SIDA se caracteriza por lesiones eritematosas que abarcan el margen gingival, las encías y en ocasiones la mucosa alveolar. Con frecuencia hay sangrado, ulceración y necrosis. La gingivitis no responde bien al tratamiento y puede progresar a periodontitis, la cual se presenta con eritema gingival, ulceración y necrosis asociada a dolor grave, sangrado y exposición del hueso subyacente. Las piezas dentales se aflojan y pueden perderse los dientes. (27)

La prevalencia del Sarcoma de Kaposi (SK) intraoral en los pacientes de SIDA es de alrededor de un 10 %; de todos los pacientes con SK cutáneo aproximadamente un 50% también presenta un SK intraoral. De vez en cuando, el SK se presenta sin compromiso de la piel y en raras oportunidades el SK intraoral puede ser incluso la lesión que conduce a la detención de la infección subyacente por el VIH. A pesar de que el SK en la cavidad oral es casi siempre del tipo epidérmico relacionado con el SIDA, cualquiera de los otros tipos de SK también puede presentarse en raras ocasiones en forma intraoral. La lesión se ubica de preferencia en el paladar, en la encía y en la lengua, y su tamaño puede alcanzar desde unos pocos milímetros hasta varios centímetros. Varía desde una lesión inicial plana de color rojo o violáceo hasta una lesión de aspecto nodular, con o sin la presencia de ulceración. (27)

La consideración principal para que los odontólogos atiendan a los pacientes con SIDA es reducir al mínimo la posibilidad de transmisión del VIH por parte de un paciente infectado a los propios odontólogos, al personal de la consulta o a otros pacientes. Los procedimientos dentales que producen lesiones en el tejido blando facilitan que una cantidad de sangre se mezcle con la saliva. Los guantes de látex protegen las manos de la mezcla de sangre y saliva en la boca de un paciente infectado, pero las partículas de sangre y saliva pueden salpicar a los ojos durante algunos procedimientos, por ello es importante el uso de las gafas protectoras. Además, también existe la posibilidad de infectar a un paciente si un odontólogo infectado por el VIH se corta en un dedo a través del guante. La sangre del odontólogo infectado podría infectar al paciente a través de heridas quirúrgicas, úlceras o enfermedad periodontal. En los estudios de supervivencia después de un pinchazo con una aguja realizados por los Centers for Disease Control, se destaca que entre 1948 trabajadores de salud (TS) con 2042 exposiciones percutáneas a sangre procedente de pacientes infectados por el VIH se registró una tasa de seroconversión de 0.29%, y entre 668 TS con 1051 exposiciones a membranas mucosas no se produjo ninguna seroconversión (9). El riesgo (cociente de probabilidad) de adquirir el VIH se relacionaba directamente con tres factores:

- Penetración tisular profunda en una arteria o vena (cociente de probabilidad = 16.1)
- Contaminación sanguínea visible del instrumento que provocó la exposición percutánea (cociente de probabilidad = 5.2)
- El paciente transmisor se encontraba en las fases finales de SIDA (cociente de probabilidad = 5.1)

Aunque el problema de lesión accidental por un instrumento sigue siendo motivo de preocupación en términos de transmisión potencial del VIH en la consulta dental, el riesgo laboral actual es muy bajo. Además el odontólogo poco puede hacer para evitar la exposición percutánea accidental, salvo ser muy cuidadoso. (9)

Hay que destacar que la probabilidad de desarrollar hepatitis B a partir de un solo pinchazo con una jeringa contaminada es del 6 – 30%, mientras que la probabilidad de desarrollar infección por el VIH es del 0.29%. (9)

El riesgo de exposición al VIH y seroconversión en la consulta dental existe, aunque la probabilidad de transmisión a los TS es extremadamente baja. Este hecho es cierto incluso cuando se produce una exposición percutánea con material biológico de un paciente seropositivo para el VIH. (9)

Los datos disponibles muestran claramente que existe muy poco riesgo de que los pacientes contraigan VIH a partir de los TS. Los pacientes con inmunodepresión grave asociada con el SIDA están en situación de riesgo de desarrollar infecciones postoperatorias locales o distantes tras la realización de procedimientos dentales invasivos que lesionan los tejidos y producen bacteriemias transitorias. Estos pacientes también pueden sufrir hemorragias por la trombocitopenia grave.(9)

Los pacientes portadores de VIH pueden tratarse en la consulta dental utilizando las medidas de bioseguridad que rigen para todos los pacientes, la American Dental Association ha recomendado que todos los pacientes de las consultas dentales sean considerados como potencialmente infecciosos y que adopten las precauciones universales.

Los pacientes que se consideren de alto riesgo, tomando como base la historia y/o los hallazgos clínicos, deben ser remitidos a un establecimiento de salud (MINSA, EsSalud) para la realización de la prueba de VIH, evaluación médica, otros procedimientos diagnósticos e intervención psicosocial. (28)

A los pacientes de alto riesgo para el SIDA que por cualquier razón no se les realicen las pruebas diagnósticas y evaluaciones adicionales, se les debe considerar como expuestos al virus del SIDA y potencialmente infecciosos. Los pacientes con riesgo elevado de SIDA, así como los diagnosticados de infección por el VIH o SIDA, deben ser

tratados de la misma forma que cualquier otro paciente, es decir, adoptando las precauciones universales.

En nuestro país el derecho a la igualdad ante la ley (no discriminación) está contemplado en el artículo 2 de nuestra carta magna, asimismo el derecho a la salud está contemplado en los artículos sétimo y noveno (29). También existe la Norma Técnica N° 097 - MINSA/DGSP -V.02 "Norma técnica de salud de atención integral del adulto con infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH), cuyo objetivo general es estandarizar los procedimientos para la atención integral del adulto con infección por VIH en los servicios de salud a nivel nacional; cabe manifestar que la norma es de aplicación tanto en centros asistenciales públicos como privados (28). De los documentos mencionados se han identificado varios aspectos con respecto a los derechos de los profesionales de la salud y los pacientes con SIDA, de las cuáles podemos rescatar algunas directrices:

- No puede negarse el tratamiento dental porque el paciente se niegue a pasar la prueba para exposición al VIH. Se sugiere el odontólogo asuma que este paciente es portador potencial.
- No se puede negar la atención al paciente con SIDA que necesita tratamiento dental urgente porque el odontólogo no quiera tratar a pacientes con SIDA.
- O existe razón médica o científica por la que los pacientes con SIDA que acudan a la consulta para el cuidado dental rutinario no sean atendidos por el odontólogo, sin embargo si el odontólogo y el paciente están de acuerdo, puede ser remitido a otro odontólogo que esté más dispuesto a tratarlo.

El conocimiento se entiende como hechos, datos o información adquiridos por una persona a través de la experiencia o la educación; la comprensión teórica o práctica de un tema u objeto de la realidad. Esto quiere decir que el conocimiento es propio del ser humano, gracias a la facultad del entendimiento, que lo hace un ser racional y pensante

por conceptos que hacen posible el lenguaje y la conciencia de la verdad. El conocimiento en el ser humano se relaciona con el grado de perfección superior, en el que aparece la memoria, el aprendizaje y la experiencia.

Muñoz Seca y Riverola sostiene que el "... conocimiento es la capacidad de resolver un determinado conjunto de problemas con una efectividad determinada".(30)

El conocimiento es un conjunto integrado por información, reglas, interpretaciones y conexiones puestas dentro de un contexto y de una experiencia, que ha sucedido dentro de una organización, bien de una forma general o de una manera personal.

Según Andreu y Sieber (2000), hay tres características fundamentales en el conocimiento, muy importantes para el ser humano: (30)

- El conocimiento es personal, en el sentido de que se origina y reside en las personas, que lo asimilan como resultado de su propia experiencia (es decir, de su propio "hacer", ya sea físico o intelectual) y lo incorporan a su acervo personal estando "convencidas" de su significado e implicaciones, articulándolo como un todo organizado que da estructura y significado a sus distintas "piezas".
- Su utilización, que puede repetirse sin que el conocimiento "se consuma", como ocurre con otros bienes físicos, permite "entender" los fenómenos que las personas perciben (cada una "a su manera", de acuerdo, precisamente, con lo que su conocimiento implica en un momento determinado), y también "evaluarlos", en el sentido de juzgar la bondad o conveniencia de los mismos para cada una en cada momento.
- Sirve de guía para la acción de las personas, en el sentido de decidir qué hacer en cada momento, porque esa acción tiene por objetivo mejorar las consecuencias, para cada individuo, de los fenómenos percibidos (incluso cambiándolos, si es posible).

Según Bunge (1980), el conocimiento es un conjunto de ideas y conceptos, enunciados comunicables que pueden ser claros, precisos, ordenados, vagos o inexactos, clasificables en conocimiento científico y vulgar. El científico es el racional analítico, sistemático, verificable a través de la experiencia; el conocimiento vulgar es vago, inexacto, limitado a la observación. (31)

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. (32)

Eiser define la actitud de la siguiente manera: 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, que el ser humano adopta para realizar alguna acción, por lo cual 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. Las actitudes están en la base de los procesos cognitivo-emotivos propuestos al conocimiento y a la orientación en el ambiente. Las actitudes pueden tener funciones instrumentales, expresivas, de adaptación social. (32)

Según el libro de la Psicología de las Actitudes, estas se componen de 3 elementos, lo que piensa (componente cognitivo), lo que siente (componente emocional) y su tendencia a manifestar los pensamientos y emociones (componente conductual); esto se debe a que las emociones están relacionadas con las actitudes de una persona frente a determinada situación, cosa o persona. (32)

## 2.3 Definición de términos básicos

**Atención integral:** Es la atención a las personas con infección por VIH, de acuerdo a sus expectativas y necesidades de salud, para mejorar su calidad de vida.

**Carga viral (CV):** Recuento del número de copias replicadas del VIH circulando en plasma sanguíneo. Se mide en número de copias por mililitro de plasma (copias/mL).

**Ensayo por inmunoabsorción ligado a enzimas (ELISA) para VIH-** Es una prueba de tamizaje de laboratorio que identifica la presencia de anticuerpos contra el VIH.

**Esquema de primera línea:** Es un tratamiento indicado a todo paciente sin experiencia previa al tratamiento antirretroviral.

**Esquema de rescate:** Es un tratamiento destinado a pacientes que fracasaron al esquema de primera línea. Debe ser elaborado en base a la genotipificación y la opinión del Comité de Expertos en Atención Integral del Adulto con Infección por VIH.

**Establecimiento de salud que brinda TARGA:** Es aquel establecimiento de salud que cuenta con un equipo multidisciplinario capacitado para la atención integral de la persona con infección por VIH.

**Exposición ocupacional al VIH:** Acto en el cual un personal de salud, durante su jornada laboral, se expone a sangre, tejidos o fluidos potencialmente contaminados con VIH a través de una lesión percutánea (pinchazo o corte), o de mucosas o piel.

**Exposición no ocupacional al VIH:** Acto en el cual una persona se expone a fluidos potencialmente contaminados con VIH fuera de situaciones ocupacionales.

**Infección aguda por el VIH:** Es la etapa que ocurre inmediatamente luego de la infección por el VIH, y que se caracteriza por una alta carga viral y anticuerpos contra el VIH no detectables. En esta etapa se pueden presentar síntomas o no. **Infección confirmada**

**por VIH:** Es la persona que presenta dos pruebas de tamizaje reactivas (inmunoensayo enzimático rápido o de laboratorio) y una prueba confirmatoria positiva.

**Profilaxis post-exposición al VIH (PPE):** Es la administración de antirretrovirales para disminuir la transmisión del VIH luego de una exposición ocupacional o no ocupacional al VIH.

**Pruebas confirmatorias de VIH:** Son las pruebas que identifican la presencia de anticuerpos específicos contra el VIH, tal como inmunoelectrotransferencia o Western Blot (WB), inmunofluorescencia indirecta (IFI), radioinmunoprecipitación (RIPA) e Inmunoblot con antígenos recombinantes (LIA). Las pruebas para detección del ARN del VIH-1 serán consideradas como confirmatorias en escenarios como la infección aguda por el VIH.

**Prueba de tamizaje para VIH:** Son todas aquellas pruebas que permiten detectar anticuerpos contra el VIH. Son pruebas de tamizaje el ensayo por inmunoabsorción ligado a enzimas (ELISA) para VIH y las pruebas rápidas para VIH. También existen pruebas de tamizaje que detectan la presencia de anticuerpos y antígenos contra el VIH.

**Prueba rápida para VIH:** Es una prueba de tamizaje (inmunoensayo enzimático rápido) para la detección rápida de anticuerpos contra el VIH en muestras como sangre capilar, suero, entre otras. También existen pruebas rápidas que detectan la presencia de anticuerpos y antígenos contra el VIH.

**Recuento de linfocitos CD4:** Medición de linfocitos que tienen el marcador de superficie CD4 presentes en sangre total y que constituye la principal célula blanco del VIH. Se mide por número de células por microlitro (células/ $\mu$ L).

**Tratamiento Antirretroviral de Gran Actividad (TARGA):** Es la combinación de tres o más medicamentos antirretrovirales que permite la disminución de la carga viral en sangre hasta niveles indetectables, conduciendo a la recuperación de las personas con infección por VIH.

## 2.4 Hipótesis de la Investigación

### 2.4.1. Hipótesis General

A mayor nivel de conocimiento sobre VIH/SIDA de los alumnos de la escuela de Estomatología de la Universidad Alas Peruanas tendrán una actitud más favorable frente a estos pacientes.

## 2.5 Variables

Nivel de conocimiento sobre VIH/SIDA

Actitud frente al paciente con VIH/SIDA

### **Covariables:**

Edad

Género

Ciclo académico

### 2.5.1. Definición conceptual de la variable

**Nivel de conocimiento sobre VIH/SIDA:** Conjunto de información almacenada que poseen los internos de Estomatología sobre el VIH/SIDA, la cual fue obtenida mediante la experiencia o el aprendizaje, a través de la introspección

**Actitud frente al paciente con VIH/SIDA:** Organización aprendida y relativamente duradera de creencias acerca del paciente con VIH/SIDA que predisponen al estudiante de Estomatología de la Universidad Alas peruanas a favor de una respuesta referida. Toda actitud esta matizada emocionalmente, es decir tiene un cargo de afectividad.

### 2.5.2. Definición operacional de la variable

**Nivel de conocimiento sobre VIH/SIDA:** El nivel de conocimientos de los estudiantes de Estomatología sobre VIH/SIDA fue obtenido mediante el

instrumento de evaluación creado en el presente estudio (cuestionario) y cuyos valores fueron: Bueno, Malo y Regular.

**Actitud frente al paciente con VIH/SIDA:** La actitud de los alumnos de Estomatología frente a los pacientes con VIH/SIDA fue obtenido mediante el instrumento de evaluación creado en el presente estudio (escala) y fue valorado como: Favorable, medianamente favorable y desfavorable.

### 2.5.3. Operacionalización de variables

VARIABLE	TIPO	INSTRUMENTO	ESCALA DE MEDICIÓN	VALOR
Nivel de conocimiento	Asociada	Cuestionario	Ordinal	Bueno Malo Regular
Actitud	De Supervisión	Escala	Ordinal	Favorable Medianamente favorable Desfavorable
Edad	Atribuida	Ficha recolección	Ordinal	Menor 19 19 a 22 Mayor de 22
Género	Atribuida	Ficha recolección	Nominal	Masculino Femenino
Año académico	Atribuida	Ficha recolección	Ordinal	I - V

# CAPITULO III

## METODOLOGÍA

### 3.1. Tipo y nivel de Investigación

#### 3.1.1. Tipo de Investigación

De acuerdo a la clasificación de J. Supo (33) nuestro estudio es de tipo:

- Según la intervención del observador: **Observacional**, puesto que no existe intervención del investigador; los datos reflejan la evolución natural de los eventos, ajena a la voluntad del investigador.
- Según la planificación de la toma de datos: **Prospectivo**, la información obtenida fue primaria, el propio investigador se encargó de recopilar los datos para el estudio.
- Según el número de ocasiones en que se mide la variable de estudio: **Transversal**, las unidades muestrales del presente estudio fueron examinadas en una sola oportunidad.
- Según el número de variables de interés: **Analítico**, porque busca asociar dos variables sin determinar causa – efecto.

#### 3.1.2. Nivel de Investigación

Respecto a los niveles de investigación Supo J. (33) destaca que existen seis niveles de investigación: Exploratorio (cualitativo), descriptivo, relacional, explicativo, predictivo y aplicativo. El presente trabajo de investigación es **relacional**, ya que busca la asociación entre el nivel de conocimiento y la actitud de los estudiantes frente a los pacientes con VIH/SIDA.

### 3.2. Descripción del ámbito de la investigación.

El estudio se realizó en la Universidad Alas Peruanas filial Tumbes ubicada en la urbanización la Alborada.

### 3.3. Población y Muestra de la Investigación

#### 3.3.1. Población

Constituida por la totalidad de alumnos de la escuela académico profesional de Estomatología de la Universidad Alas Peruanas – Tumbes, en el año 2017, los cuáles se distribuyen por años académicos de la siguiente manera:

Año académico	Total alumnos
I	67
II	73
III	21
IV	10
V	20

#### 3.3.2. Muestra

Para el cálculo del tamaño muestral utilizamos la fórmula para la estimación de una proporción en una población finita, cuando la variable principal es de tipo cualitativo.

$$n = \frac{N * Z_{1-\alpha/2}^2 * p * q}{d^2 * (N-1) + Z_{1-\alpha/2}^2 * p * q}$$

Donde:

$N$  = Total de la población

$Z_{1-\alpha/2}$  = 1.96 (ya que la seguridad es del 95%)

$p$  = 50% proporción esperada ( $p = 0.5$ )

$$q = 1 - p \text{ (en este caso es } 1 - 0.5 = 0.5)$$

$$d = \text{error absoluto (en este caso asumimos un error de 5\%)}$$

Reemplazando los datos en la fórmula:

$$n = \frac{191 * (1.96)^2 * 0.5 * 0.5}{(191-1) (0.05)^2 + (1.96)^2 * 0.5 * 0.5}$$

$$n = \frac{183.44}{1.4354}$$

$$n = 127.79$$

Redondeando:  $n = 128$

Ahora calculamos la sub muestra para cada uno de los estratos:

Calculamos el valor  $K = 191/128 = 1.5$

Año académico	Total alumnos	MUESTRA
I	67/1.5	45
II	73/1.5	49
III	21/1.5	14
IV	10/1.5	7
V	20/1.5	13

De esta forma queda constituida para cada estrato.

#### **CRITERIOS DE INCLUSIÓN:**

Alumnos matriculados en la escuela de estomatología de la Universidad Alas Peruanas – Tumbes en el año 2017 que firmaron el consentimiento informado.

#### **CRITERIOS DE EXCLUSIÓN:**

Alumnos de la escuela de Estomatología que no estén presentes en la fecha designada para la aplicación de la encuesta.

### **3.4 Técnicas e Instrumentos de recolección de Datos**

#### **3.4.1. Técnicas**

La técnica empleada será la encuesta. Previa coordinación con el docente de aula se informó a los alumnos de la naturaleza de la investigación y se solicitó a quienes deseaban participar la firma del consentimiento informado (Anexo 02). Luego se procedió a aplicar el cuestionario de nivel de conocimiento (Anexo 03) y la escala de actitud frente al paciente con VIH/SIDA (Anexo 04). Los datos obtenidos se vaciaron en la hoja de recolección de datos elaborada para el presente estudio (Anexo 05).

#### **3.4.2. Instrumento**

Nuestra investigación consta de dos variables a ser medidas. Para el nivel de conocimiento se creó el instrumento denominado “Cuestionario Nivel de Conocimiento HIV/SIDA”, este cuestionario consta de 20 preguntas con tres alternativas y de respuesta única, dicho cuestionario comprende indicadores tales como: Modo de transmisión (preguntas: 1, 3, 4, 17, 19 y 20), epidemiología (preguntas: 2 y 8), fisiopatología (preguntas: 5, 7, 13 y 15), tratamiento (preguntas: 6, 12, 14 y 16), bioseguridad (preguntas: 9 y 18) y exámenes de laboratorio (preguntas: 10 y 11). Se otorgará 1 punto por pregunta acertada y 0 puntos por pregunta errada de acuerdo al marco teórico existente y la bibliografía consultada. Se establecieron los valores de la variable de la siguiente manera:

Malo: De 0 a 7 puntos

Regular: De 8 a 14 puntos

Bueno: De 15 a 20 puntos

Nuestro segundo instrumento se denomina “Escala de actitud frente a pacientes VIH/SIDA”, consta de 15 ítems, tomando como base la escala de Likert busca medir la actitud; el puntaje de los ítems para las preguntas: 1, 2, 4, 6, 8, 10, 12,

13, 14 y 15 es de 3 puntos para aquella respuesta de acuerdo, 2 puntos para la respuesta de indecisión, y de 1 punto para la respuesta en desacuerdo. Para los ítems 3, 5, 7, 9 y 11 la calificación fue de 3 puntos para aquella respuesta en desacuerdo, 2 puntos para la respuesta de indecisión, y de 1 punto para la respuesta de acuerdo. Se establecieron los valores de la variable de la siguiente manera:

Desfavorable: De 15 a 24 puntos

Medianamente favorable: De 25 a 34 puntos

Favorable: De 35 a 45 puntos

### 3.5 Validez y confiabilidad del instrumento.

Para obtener la validez de contenido, el cuestionario fue sometido al juicio de 8 expertos (Anexo N° 06): Médico infectólogo del Hospital I Essalud Tumbes, Jefe de enfermeros del Hospital I Essalud Tumbes, Coordinadora del servicio de Consejería HIV/SIDA Hospital Essalud Tumbes, Coordinadora Estrategia HIV/SIDA DIRESA Tumbes, Directora de Participación comunitaria DIRESA, Odontólogo asistencial MINSA Tumbes, Coordinadora Regional de la Estrategia Salud Bucal DIRESA Tumbes, 01 Directora de servicios de salud DIRESA Tumbes.

Luego de recoger las sugerencias y realizar las mejoras en el cuestionario se sometió el cuestionario a la prueba V de Aiken (Anexo N° 08) para estimar la validez ítem por ítem y la validez del instrumento en general, el algoritmo de dicha prueba manifiesta que:

$$V = \frac{S}{(N(C-1))}$$

Donde:  
S= Media del ítem.  
N= Número de jueces  
C= Dominios o posibilidades del instrumento (DA, Neutro, D)

La pregunta para los jueces es si estaban de acuerdo con el instrumento final presentado, con tres posibilidades de respuesta (Inaceptable, medianamente aceptable, aceptable), por ende C = 3, fueron 8 jueces (N=8) y los acuerdos fueron 7, reemplazando:

$$V = 0.875$$

El valor mínimo de aceptación del instrumento es de 0.8, por ende certificamos la validez de contenido de nuestro instrumento.

Para determinar la confiabilidad de nuestro instrumento, se sometió a una prueba piloto con una población de similares características a nuestra población estudio, compuesta por 15 individuos. La prueba Kuder – Richardson 20 (Anexo N° 09) arrojó un valor de KR= 0.82, siendo el instrumento altamente confiable.

Para nuestro segundo instrumento (Escala de actitud frente a pacientes VIH/SIDA), la validez de contenido de la escala fue obtenida por juicio de expertos con el estadístico V de Aiken (Anexo N° 07), siendo el valor obtenido de 1.0. Luego de elaborar una prueba piloto la confiabilidad del instrumento fue obtenida por el alfa de Crombach (Anexo N° 10), siendo el valor de  $\alpha = 0,71$ .

Del análisis anterior podemos aseverar que ambos instrumentos de evaluación cuentan con la validez y confiabilidad necesaria para la medición de nuestras variables.

### **3.6. Plan de recolección y procesamiento de datos**

Finalizado el trabajo de campo, los datos fueron procesados en el paquete estadístico SPSS/PC versión 20, con el que se realizaron los siguientes análisis:

- Obtención de frecuencias y porcentajes en variables cualitativas.
- Obtención de medias y desviación estándar en variables cuantitativas.
- Representación gráfica a través de diagrama de barras para variables cualitativas y diagrama de caja y bigotes para variables cuantitativas.
- Evaluación de los supuestos de normalidad y homogeneidad de varianzas
- Prueba chi-cuadrado para establecer diferencias en cuanto a nivel de conocimiento por género, ciclo académico y edad.

- Prueba Gamma para estimar asociación entre nivel de conocimiento y actitud de los alumnos.

## CAPITULO IV

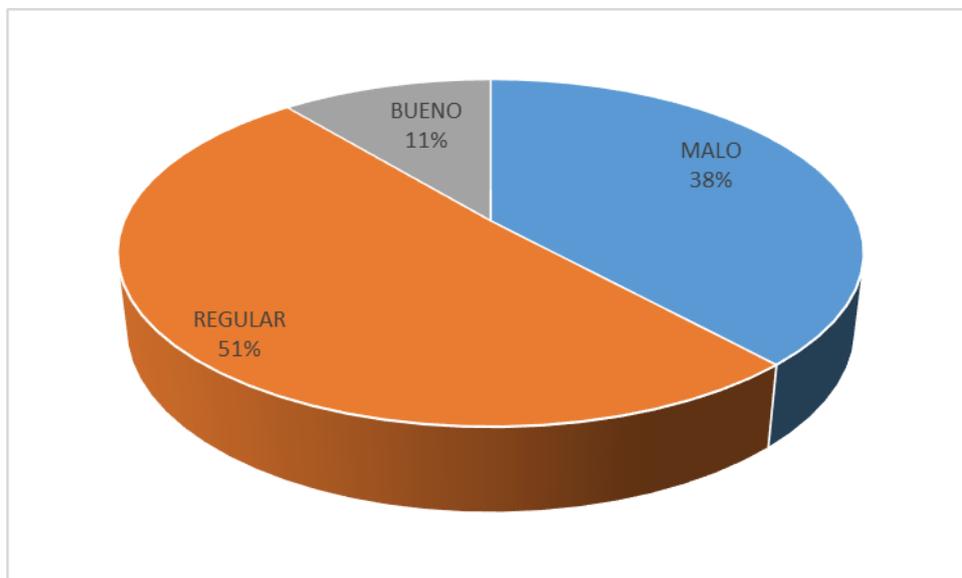
### RESULTADOS

Luego de aplicar los instrumentos se obtuvieron los siguientes resultados:

La edad promedio de las personas que participaron en el estudio fue de 18.72 años, y el rango de edad estuvo comprendido entre los 16 y los 24 años. El 73.4% de los evaluados fueron mujeres y el 26.6% pertenecieron al sexo masculino.

El nivel de conocimiento sobre VIH/SIDA de los alumnos de la Escuela de Estomatología de la Universidad Alas peruanas Tumbes fue malo en el 38.3% y bueno en el 10.9%, la mayoría de los alumnos obtuvo un nivel de conocimiento regular (50.8%). (Gráfico 1)

**Gráfico 1: Nivel de conocimientos sobre VIH/SIDA de los alumnos de la Escuela de Estomatología de la Universidad Alas Peruanas Tumbes en el año 2017.**



**Fuente: Cuestionario de nivel de conocimiento VIH/SIDA.**

Al comparar el nivel de conocimiento sobre VIH/SIDA según la edad de los participantes se obtuvo que conforme avanza la edad de los alumnos el conocimiento también aumenta. En los menores de 19 años el conocimiento fue malo en el 44.6% y regular en el 54.1%. Por su parte los alumnos de entre 19 y 22 años presentaron nivel de conocimiento bueno en el 25% y regular en el 46.2%. Los alumnos mayores a 22 años obtuvieron nivel de conocimiento malo y regular. Las diferencias entre los grupos fueron estadísticamente significativas ( $p < 0.05$ ) (Cuadro 1)

**Cuadro 1: Comparación del nivel de conocimiento sobre VIH/SIDA según la edad de los alumnos de la Escuela de Estomatología de la Universidad Alas Peruanas Tumbes en el año 2017.**

EDAD ORDINAL		NIVEL DE CONOCIMIENTO			Total	p-valor $\chi^2$
		MALO	REGULAR	BUENO		
MENOR A 19 AÑOS		33	40	1	74	0.001
		44.6%	54.1%	1.4%	100%	
DE 19 A 22 AÑOS		15	24	13	52	
		28.8%	46.2%	25%	100%	
MAYOR DE 22 AÑOS		1	1	0	2	
		50%	50%	0.0%	100%	
<b>Total</b>		49	65	14	128	
		38.3%	50.8%	10.9%	100.0%	

**Fuente: Cuestionario de nivel de conocimiento VIH/SIDA.**

Al comparar el nivel de conocimiento sobre VIH/SIDA según el sexo de los participantes se obtuvo que no existe diferencia entre ambos grupos ( $p > 0.05$ ). En el sexo

femenino el 40.4% obtuvo un conocimiento malo, el 50% conocimiento regular y el 9.6% un nivel de conocimiento bueno; en los alumnos del sexo masculino el 32.4% obtuvo un nivel de conocimiento malo, el 52.9% regular y el 14.7% bueno. (Cuadro 2)

**Cuadro 2: Comparación del nivel de conocimiento sobre VIH/SIDA según el sexo de los alumnos de la Escuela de Estomatología de la Universidad Alas Peruanas Tumbes en el año 2017.**

		NIVEL DE CONOCIMIENTO			Total	p-valor $\chi^2$
		MALO	REGULAR	BUENO		
<b>SEXO</b>	FEMENINO	38	47	9	94	0.586
		40.4%	50.0%	9.6%	100.0%	
	MASCULINO	11	18	5	34	
		32.4%	52.9%	14.7%	100.0%	
<b>Total</b>		49	65	14	128	
		38.3%	50.8%	10.9%	100.0%	

**Fuente: Cuestionario de nivel de conocimiento VIH/SIDA.**

Al comparar el nivel de conocimiento sobre VIH/SIDA según el año de estudios encontramos que no existe diferencia respecto del año de estudios, en todos los años académicos prevalece el nivel de conocimiento sobre VIH/SIDA regular. (Cuadro 3)

**Cuadro 3: Comparación del nivel de conocimiento sobre VIH/SIDA según el año académico de los alumnos de la Escuela de Estomatología de la Universidad Alas Peruanas Tumbes en el año 2017.**

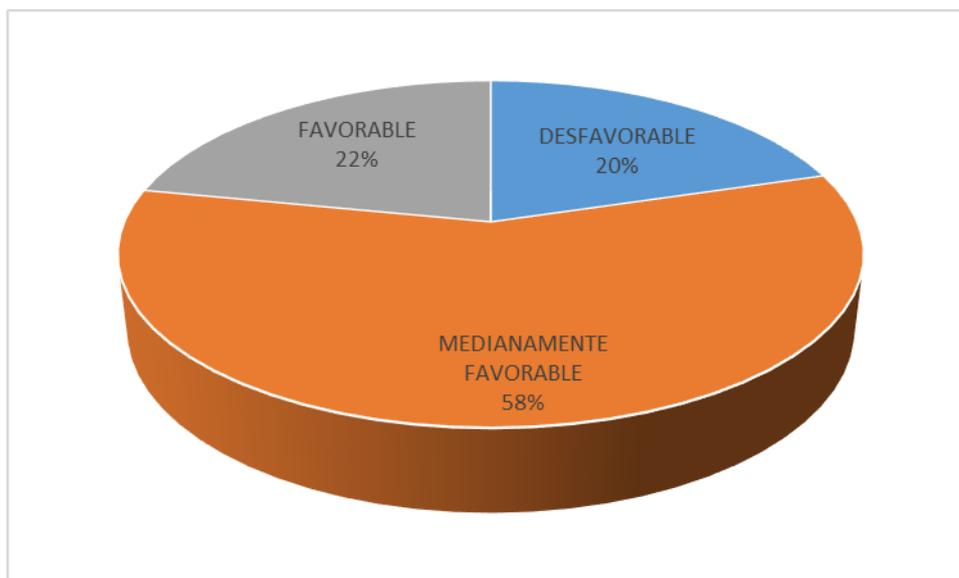
		NIVEL DE CONOCIMIENTO			Total	p-valor $\chi^2$
		MALO	REGULAR	BUENO		
AÑO ACADÉMICO	1	20	25	0	45	0.158
		44.4%	55.6%	0.0%	100.0%	
	2	17	25	7	49	
		34.7%	51.0%	14.3%	100.0%	
	3	5	7	2	14	
		35.7%	50.0%	14.3%	100.0%	
	4	3	3	1	7	
		42.9%	42.9%	14.3%	100.0%	
	5	4	5	4	13	
		30.8%	38.5%	30.8%	100.0%	
<b>Total</b>		49	65	14	128	
		38.3%	50.8%	10.9%	100.0%	

**Fuente: Cuestionario de nivel de conocimiento VIH/SIDA.**

La actitud de los alumnos de la Escuela de Estomatología de la Universidad Alas peruanas Tumbes frente a los pacientes con VIH/SIDA es favorable en el 20.3% de ellos, medianamente favorable en el 57.8% y desfavorable en el 21.9%. (Gráfico 2)

Al comparar la actitud de los alumnos frente a los pacientes con VIH/SIDA según la edad de los participantes se obtuvo que conforme avanza la edad de los alumnos la actitud mejora. En los menores de 19 años la actitud fue desfavorable en el 24.3% y medianamente favorable en el 66.2%. Por su parte los alumnos de entre 19 y 22 años presentaron una actitud medianamente favorable en el 46.2% y favorable en el 40.4%. Los alumnos mayores a 22 años obtuvieron una actitud desfavorable y medianamente favorable. Las diferencias entre los grupos fueron estadísticamente significativas ( $p < 0.05$ ) (Cuadro 4)

**Gráfico 2: Actitud de los alumnos de la Escuela de Estomatología de la Universidad Alas Peruanas Tumbes frente a los pacientes con VIH/SIDA en el año 2017.**



Fuente: Cuestionario de actitud.

**Cuadro 4: Comparación de la actitud de los alumnos de la escuela de Estomatología de la Universidad Alas Peruanas Tumbes en el año 2017, según la edad.**

EDAD ORDINAL	EDAD	ACTITUD VIH			Total	p-valor $\chi^2$
		DESFAVORABLE	MEDIANAMENTE FAVORABLE	FAVORABLE		
	MENOR A 19 AÑOS	18	49	7	74	0.001
		24.3%	66.2%	9.5%	100.0%	
	DE 19 A 22 AÑOS	7	24	21	52	
		13.5%	46.2%	40.4%	100.0%	
	MAYOR DE 22 AÑOS	1	1	0	2	
		50.0%	50.0%	0.0%	100.0%	
<b>Total</b>		26	74	28	128	
		20.3%	57.8%	21.9%	100.0%	

Fuente: Cuestionario de actitud.

Al comparar la actitud de los alumnos frente a los pacientes con VIH/SIDA según el sexo de los participantes se obtuvo no existen diferencias en cuanto a hombres de mujeres ( $p>0.05$ ). En el grupo de mujeres la actitud fue medianamente favorable en el 57.4% de los participantes, asimismo desfavorable y favorable en el 21.3% de los casos. En el sexo masculino el 58.8 % de los participantes obtuvo una actitud medianamente favorable y favorable en el 23.5% de los casos; los hombres con actitud desfavorable fueron el 17.6%. (Cuadro 5)

**Cuadro 5: Comparación de la actitud de los alumnos de la escuela de Estomatología de la Universidad Alas Peruanas Tumbes en el año 2017, según sexo.**

		ACTITUD VIH			Total	p- valor $\chi^2$
		DESFAVORABLE	MEDIANAMENTE FAVORABLE	FAVORABLE		
<b>SEXO</b>	FEMENINO	20	54	20	94	0.892
		21.3%	57.4%	21.3%	100.0%	
	MASCULINO	6	20	8	34	
		17.6%	58.8%	23.5%	100.0%	
<b>Total</b>		26	74	28	128	
		20.3%	57.8%	21.9%	100.0%	

**Fuente: Cuestionario de actitud.**

Al comparar la actitud de los alumnos frente a los pacientes con VIH/SIDA según el año académico de los participantes se obtuvo que no existen diferencias en cuanto al año académico que se encuentran cursando ( $p>0.05$ ). En todos los años la actitud medianamente favorable prevalece, excepto en el quinto año de estudios donde la actitud favorable es la de mayor prevalencia (46.2%). (Cuadro 6)

**Cuadro 6: Comparación de la actitud de los alumnos de la escuela de Estomatología de la Universidad Alas Peruanas Tumbes en el año 2017, según año académico.**

		ACTITUD VIH			Total	p-valor $\chi^2$
		DESFAVORABLE	MEDIANAMENTE FAVORABLE	FAVORABLE		
<b>CICLO</b>	1	9	29	7	45	0.181
		20.0%	64.4%	15.6%	100.0%	
	2	9	32	8	49	
		18.4%	65.3%	16.3%	100.0%	
	3	3	6	5	14	
		21.4%	42.9%	35.7%	100.0%	
	4	1	4	2	7	
		14.3%	57.1%	28.6%	100.0%	
	5	4	3	6	13	
		30.8%	23.1%	46.2%	100.0%	
<b>Total</b>		26	74	28	128	
		20.3%	57.8%	21.9%	100.0%	

**Fuente: Cuestionario de actitud.**

Finalmente Se realizó el análisis de asociación entre el nivel de conocimiento sobre VIH/SIDA y la actitud de los alumnos de la Universidad Alas peruanas frente a los pacientes con VIH/SIDA, se obtuvo una asociación alta entre dichas variables (Gamma = 0.604). ( $p < 0.05$ ). Mientras mayor el conocimiento de los alumnos a su vez mejor la actitud de los mismos. El 71.4% de los participantes que obtuvo un nivel de conocimiento bueno a su vez presentó una actitud favorable. (Cuadro 7)

**Cuadro 7: Asociación entre el nivel de conocimiento sobre VIH/SIDA y la actitud de los alumnos de la Universidad Alas peruanas frente a los pacientes con VIH/SIDA.**

		ACTITUD VIH			Total	Prueba Gamma
		DESFAVORABLE	MEDIANAMENTE FAVORABLE	FAVORABLE		
<b>NIVEL DE CONOCIMIENTO</b>	MALO	18	25	6	49	G= 0.604
		36.7%	51.0%	12.2%	100.0%	
	REGULAR	8	45	12	65	
		12.3%	69.2%	18.5%	100.0%	p-valor: 3.03E-6
BUENO	0	4	10	14		
	0.0%	28.6%	71.4%	100.0%		
<b>Total</b>		26	74	28	128	
		20.3%	57.8%	21.9%	100.0%	

**Fuente: Cuestionario de actitud.**

## CAPITULO V

### DISCUSIÓN

El presente trabajo postuló como hipótesis de investigación que la actitud de los alumnos de la escuela de Estomatología frente a los pacientes que padecen VIH o SIDA estaría asociada al nivel de conocimiento que poseen los alumnos sobre estas enfermedades, incluso se postuló que dicha asociación sería directamente profesional, es decir, a mayor conocimiento mejor actitud. A la luz de los resultados podemos afirmar que dicha hipótesis se pudo contrastar a cabalidad. El estadístico de prueba para establecer la asociación fue la prueba Gamma que se utiliza cuando ambas variables son ordinales, el valor G fue de 0.604, que indica un agrado de asociación fuerte.

Revisando los antecedentes podemos apreciar que la mayoría de investigaciones tienen por objetivo determinar el nivel de conocimiento sobre VIH/SIDA en distintas poblaciones y otros pretenden estimar la actitud de alumnos y/o profesionales, sin embargo son pocos los autores que pretenden asociar el conocimiento a la actitud. Nuestros resultados son acordes a lo encontrado por Carrasco (15) en Lambayeque y Carhuayo (17) en Ica; ambos autores, al igual que nosotros, encontraron asociación entre las variables nivel de conocimiento y la actitud, mientras que Carrasco utilizó la prueba Gamma (0.774), Carhuayo utilizó el estadístico chi – cuadrado (5.99). Cabe mencionar que pese a que los resultados fueron similares a los nuestros, la población que trabajaron fue diferente a la nuestra, mientras que carrasco trabajo con internos de estomatología, Carhuayo realizó la investigación con estudiantes de enfermería.

Por otro lado, es oportuno mencionar el trabajo de Zuñiga (18) en Trujillo, quien pese a encontrar niveles de conocimiento inaceptables en los alumnos, la actitud en los mismos frente a los pacientes con VIH / SIDA fue favorable en el 57.97% de los casos,

concluyendo de esta manera el autor que ambas variables no están asociadas. Al respecto podemos afirmar que Zuñiga refiere que los instrumentos utilizados son válidos, puesto que aplicó una prueba piloto en la que estimó el alfa de Crombach, sin embargo es oportuno recordar que el alfa de Crombach no es una prueba de validez sino de confiabilidad, por ende sus instrumentos fueron confiables, pero nos queda la incertidumbre si fueron válidos.

Respecto de nuestros objetivos específicos, el nivel de conocimiento sobre VIH/SIDA fue regular en el 51% de los encuestados, dichos resultados son congruentes con lo encontrado por Herrera, Nole y Zuñiga (16) en Lambayeque, sin embargo contrasta con lo encontrado por Rodríguez y Martínez (12) en Venezuela, cuyo nivel de conocimiento en alumnos de Estomatología fue bueno en el 84.92%, también son diferentes a lo encontrado por Carhuayo (17) en Ica, cuyo nivel de conocimiento encontrado fue alto en el 99% y Gómez en México, cuyo nivel de conocimiento fue adecuado en el 49.6% de la muestra. Se podría decir a raíz de los resultados que en otros lugares el nivel de conocimiento es superior al reportado en Tumbes, sin embargo también hay que resaltar que los instrumentos y las poblaciones incluidas en los estudios tienen ciertas diferencias, por ejemplo la población de Gómez estuvo compuesta por profesionales y no alumnos; la población de Carhuayo estuvo integrada por alumnos de enfermería, desconocemos si en la currícula de esta profesión poseen asignaturas que traten con mayor detalle el VIH /SIDA; y por último la población de Rodríguez incluyó alumnos de Medicina y Estomatología. Sólo un estudio reporta niveles de conocimiento inferiores al nuestro, nos referimos al estudio de Zuñiga (18) en Trujillo, quien refiere que el nivel de conocimiento regular sólo se presentó en el 35.71% de la muestra, la mayoría de alumnos (49.28%) presentó niveles de conocimiento sobre VIH/SIDA inaceptables; como se mencionó anteriormente no poseemos valores sobre la validez de su cuestionario.

Nuestro estudio también pudo determinar que en nuestros estudiantes los de mayor edad tienden a presentar un mayor conocimiento respecto del VIH / SIDA ( $p < 0.05$ ), este hallazgo no ha sido reportado en otro estudio, sin embargo creemos que a mayor edad la oportunidad de informarse es mayor, por lo que este resultado estaría justificado en ese sentido. Al igual que en los demás estudios no existen diferencias en cuanto al nivel de conocimiento sobre VIH/SIDA respecto del sexo de los estudiantes y al año de estudios en los mismos, pese a que el nivel de conocimiento fue ligeramente mayor en los últimos años de estudio, estas diferencias no fueron significativas a nivel estadístico ( $p > 0.05$ ).

No hay que olvidar nuestra segunda variable, la actitud de los alumnos frente a los pacientes que padecen VIH/SIDA, principalmente la actitud mostrada por los alumnos en nuestro estudio fue medianamente favorable (58%), los estudios en otras realidades manifiestan que la actitud es mejor que la mostrada en nuestra muestra; Acosta (11) en Colombia reporta 89% de alumnos con una actitud positiva, Carhuayo (17) en Ica 85% de actitud favorable y Zúñiga (18) en la Libertad reporta 57.97% de los alumnos con actitud favorable. Al respecto podemos manifestar que el trabajo en nuestra región para educar a la población respecto de la enfermedad del SIDA es muy pobre; de tal forma que, como se ha evidenciado, en algunos sectores aún conservan comportamientos y reacciones frente a éstos pacientes que nos son las adecuadas.

Al comparar la actitud de los evaluados por la edad, también pudo observarse que los alumnos mayores son quienes poseen mejor actitud frente a estos pacientes ( $p < 0.05$ ), al respecto es oportuno mencionar a Dávila (13) en Venezuela quien en su estudio revela todo lo contrario y concluye que “a mayor cantidad de años, existe mayor rechazo”, frente a esta situación debemos aclarar que Dávila no trabajó con alumnos, sino que lo hizo con profesionales odontólogos cuya media de edad fue de 41.3 años, la cual difiere del

promedio de edad de nuestra muestra, en tal sentido creemos que efectivamente existen profesionales odontólogos que no han recibido mayores actualizaciones respecto del VIH/SIDA y aún conservan los vestigios de una educación que en su momento carecía de muchos datos objetivos que se han descubierto recientemente, en tal sentido es natural el recelo frente a ella.

Al igual que en los demás estudios no existen diferencias en cuanto a la actitud de los alumnos según sexo o año de estudios.

## CAPITULO VI

### CONCLUSIONES

1. El nivel de conocimiento sobre VIH/SIDA fue regular en el 51% de los alumnos de Estomatología de la Universidad Alas peruanas de Tumbes y la actitud fue medianamente favorable en el 58% de los mismos. El nivel de conocimiento sobre VIH/SIDA que poseen los alumnos de la Universidad Alas peruanas Tumbes se encuentra asociado ( $G = 0.604$ ) a la actitud de los mismos frente a un paciente que padece de esta enfermedad; la asociación de las variables fue directamente proporcional, a mayor nivel de conocimiento, mejor actitud.
2. La edad se encuentra asociada al nivel de conocimiento sobre VIH/SIDA de los alumnos de Estomatología de la Universidad Alas peruanas de Tumbes, dicha relación es directamente proporcional, es decir que los alumnos de mayor edad son los que presentan mayor nivel de conocimiento ( $p < 0.05$ ). El 25% de los alumnos con edades comprendidas entre 19 a 22 años obtuvieron un nivel de conocimiento bueno, mientras que sólo el 1.4% de los menores a 19 años alcanzaron ese nivel.
3. El sexo de los estudiantes de Estomatología de la Universidad Alas peruanas de Tumbes no está asociado al nivel de conocimiento que estos poseen sobre VIH/SIDA ( $p > 0.05$ ). El 50% de las mujeres y el 52.9% de los varones poseen un nivel de conocimiento sobre VIH/SIDA regular.
4. El año académico de los estudiantes de Estomatología de la Universidad Alas peruanas de Tumbes no está asociado al nivel de conocimiento que estos poseen sobre VIH/SIDA ( $p > 0.05$ ). En los 5 años académicos evaluados prevalece el nivel de conocimiento regular.

5. La edad se encuentra asociada a la actitud de los alumnos de la Universidad Alas peruanas de Tumbes frente a los pacientes con VIH/SIDA, dicha relación es directamente proporcional, es decir que los alumnos de mayor edad son los que presentan mejor actitud frente a los pacientes ( $p < 0.05$ ). El 40.4% de los alumnos con edades comprendidas entre 19 a 22 años presentaron una actitud favorable, mientras que sólo el 9.5 % de los menores a 19 años presentaron actitud similar.
  
6. El sexo de los estudiantes de Estomatología de la Universidad Alas peruanas de Tumbes no está asociado a la actitud de los mismos frente a los pacientes con VIH/SIDA ( $p > 0.05$ ). El 57.4% de las mujeres y el 58.8% de los varones presentaron una actitud medianamente favorable frente a dichos pacientes.
  
7. El año académico de los estudiantes de Estomatología de la Universidad Alas peruanas de Tumbes no está asociado a la actitud de los mismos frente a los pacientes con VIH/SIDA ( $p > 0.05$ ). En todos los años la actitud medianamente favorable prevalece, excepto en el quinto año de estudios donde la actitud favorable es la de mayor prevalencia (46.2%).

## **CAPITULO VII**

### **RECOMENDACIONES**

1. Se recomienda reforzar y apoyar al programa preventivo-promocional que opera en estos momentos en el Ministerio de Salud, donde se considera al paciente VIH/SIDA como grupo prioritario en riesgo, poniendo en práctica métodos de prevención a través de nuestra Universidad en el internado hospitalario, donde el interno de odontología debe apoyar esta gestión.
2. Se sugiere realizar estudios de intervención que incluyan sesiones educativas sobre VIH/SIDA, donde sea posible evaluar el impacto de dichas sesiones en la actitud del estudiante frente a estos pacientes.
3. Se sugiere reforzar el componente humanista en nuestros estudiantes además de incidir en las asignaturas de medicina estomatológica sobre la fisiopatología del VIH/SIDA y la eficacia de las medidas de bioseguridad universales para evitar el contagio de la misma.
4. Se sugiere implementar en los grupos de extensión universitaria, talleres humanísticos que permitan el cambio de las actitudes discriminatorias hacia el paciente con VIH/SIDA.
5. La realización de nuevos estudios sobre el tema permitirá a nuestros profesionales y estudiantes de estomatología encontrar referencias bibliográficas actualizadas a fin de poder sustentar investigaciones y contribuir a su continua capacitación.

## FUENTES DE INFORMACIÓN

1. Secretaria de Salud. Manual de Procedimientos estandarizados para la vigilancia epidemiológica del VIH/SIDA. México: Dirección General de Epidemiología; 2012.
2. MINSA. Análisis de la Situación Epidemiológica del VIH/SIDA en el Perú, 2013 [24 de Enero 2016]. Available from: <http://bvs.minsa.gob.pe/local/minsa/2740.pdf>.
3. ONUSIDA. Estadísticas América y el Caribe 2015 / Hoja Informativa 2016 2016 [cited 24 de Enero 2016]. Available from: [http://onusalac.org/1/images/2015/pdf/ONUSIDA\\_FactSheet\\_es.pdf](http://onusalac.org/1/images/2015/pdf/ONUSIDA_FactSheet_es.pdf).
4. MINSA. Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades. Situación del VIH/SIDA en el Perú. Boletín Epidemiológico Mensual Diciembre 2016.
5. García-Sánchez C, Sierra-Gallego J, Vidal-Quintero Y, Contreras-González D, Martínez-Herrera E, Agudelo-Sánchez A. Percepción de personas VIH SIDA sobre la atención odontológica 2008 24 de Enero 2016. Available from: [http://www.bvs.sld.cu/revistas/est/vol45\\_1\\_08/est05108.htm](http://www.bvs.sld.cu/revistas/est/vol45_1_08/est05108.htm).
6. Esquivel-Pedraza L, Fernández-Cuevas L, Magis-Rodríguez C. Actitudes de rechazo hacia el paciente infectado por el VIH, en la práctica odontológica. Revista ADM. 2000;57(6):214-7.
7. Esquivel-Chirino C, González-Esquerro M, Valero-Princet Y. Discriminación hacia los pacientes VIH positivo en el consultorio dental. México: Universidad Intercontinental; 2011.
8. Borsum K, Gjerme P. Relationship between knowledge and attitudes regarding HIV/AIDS among dental school employees and students. Eur J Dental Educ. 2004;8(3):105-10.

9. Little J, Falace D, Miller C, Rhodus N. Tratamiento odontológico del paciente bajo tratamiento médico. 5 ed. España: Harcourt Brace; 1998.
10. Rodríguez R. Nivel de conocimiento sobre la atención de personas con el VIH/SIDA en estudiantes del quinto año de la facultad de odontología de la Universidad de Carabobo. Venezuela: Universidad de Carabobo; 2013.
11. Acosta B, Pérez-Then E, Mueses H, Pinzón E, Shor-Posner G. Actitud de los estudiantes en tres facultades de odontología en Santiago de Cali, Colombia, frente a pacientes con VIH. *Acta Bioethica*. 2011;17(2):265-71.
12. Martínez M, Rodríguez-Morales A, Mascolo P, Michelena A, Monestiroli D, Montero J, et al. Conocimiento, actitudes y percepciones sobre VIH/SIDA e infecciones de transmisión sexual en estudiantes ingresados a odontología y medicina de una universidad venezolana. *Revista Médica de Risaralda*. 2012;17(2):70-6.
13. Dávila M, Gil M. Actitud de los odontólogos hacia las personas que viven con VIH/SIDA. *Odontología Preventiva*. 2008;1(2):90-6.
14. Gómez R, Grimaldi A. Conocimiento y actitudes de los odontólogos frente al SIDA. *ADM*. 2001;58(3):85-9.
15. Carrasco Y. Relación entre el nivel de conocimiento y actitud de los internos de estomatología de la Universidad Señor de Sipán hacia el paciente con VIH. Chiclayo-Perú: Universidad Señor de Sipán; 2016.
16. Herrera M, Vela J, Zúñiga F. Nivel de conocimientos y actitudes de los estudiantes de odontología frente a la atención de pacientes con VIH/SIDA en la provincia de Chiclayo, Lambayeque. Lambayeque-Perú: Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo; 2015.
17. Carhuayo R, Figueroa M. Relación entre el nivel de conocimiento y actitud sobre VIH-SIDA de los estudiantes de la Facultad de Enfermería - UNICA. Ica - Perú: Universidad San Luis Gonzaga 2013.

18. Zúñiga O. Relación entre nivel de conocimiento y actitud de los estudiantes de tercer, cuarto y quinto año de la escuela de Estomatología de la Universidad Nacional de Trujillo hacia el paciente con VIH/SIDA. Trujillo - Perú: Universidad Nacional de Trujillo; 2010.
19. Stern J, Hernán M, Ledergerber B. Long-term effectiveness of potent antiretroviral therapy in preventing AIDS and death: a prospective cohort study. *Lancet*. 2005;366-78.
20. Keele B, Jones J, Terio K. Increased mortality and AIDS-like immunopathology in wild chimpanzees infected with SIVcpz. *Nature*. 2009;460-515.
21. Terrazas-Estrada J. A 30 años de la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana. *Alergia-México*. 2011;58(4):205-12.
22. Lynch M, Brightman V, Greenberg M. *Medicina Bucal de Burket*. 5 ed. México: McGraw-Hill interamericana; 1996.
23. OMS. Antiretroviral therapy for HIV infection in adults and adolescents Austria 2010 [04 Febrero 2016]. Available from: [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44379/1/9789241599764\\_eng.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44379/1/9789241599764_eng.pdf).
24. DHHS. Guidelines for the Use of Antiretroviral agents in HIV-1 - infected adults and adolescents: Panel on antiretroviral guidelines for adults and adolescents; 2016 [04 febrero 2017]. Available from: <https://aidsinfo.nih.gov/contentfiles/lvguidelines/adultandadolescentgl.pdf>.
25. Zhang F, Dou Z, Ma Y. Five-year outcomes of the China National free Antiretroviral Treatment Program. *Ann Intern Med*. 2009;151-241.
26. Blanch J. *Guía para el tratamiento de los pacientes con VIH/SIDA*. 3 ed. España: Ars Médica; 2002.
27. Uribe P, Ponce S. *Guía para la atención médica de pacientes con infección por VIH/SIDA en consulta externa y hospitales*. 4 ed. México 2000.

28. MINSA. NTS N° 097 - MINSA/DGSP-V.02. Norma Técnica de Salud de atención integral del adulto con infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH). Lima: Dirección General de Salud de las Personas; 2014.
29. Gutierrez J. Informe sobre la situación del VIH/SIDA y derechos humanos en Perú para el seguimiento al cumplimiento de las obligaciones emanadas de la declaración de compromisos en la lucha contra el VIH/SIDA 2003 [05 Febrero 2016]. Available from: <http://hrlibrary.umn.edu/research/Peru-Informe%20sobre%20la%20situacion%20VIHSida%20DDHH%20Gutierrez.pdf>.
30. Peralta G. De la filosofía de la calidad al sistema de mejora continua. México: Panorama editorial; 2002.
31. Bunge M. La ciencia. Su método y su filosofía. Argentina. Available from: [https://users.dcc.uchile.cl/~cguetierr/cursos/INV/bunge\\_ciencia.pdf](https://users.dcc.uchile.cl/~cguetierr/cursos/INV/bunge_ciencia.pdf).
32. Castilla C. Conductas y actitudes: Tusquets Editores; 2009.
33. Supo J. Tipos de investigación Arequipa2012 [19 febrero 2017]. Available from: <http://bioestadistico.com/tipos-de-investigación>.

# ANEXOS

## ANEXO N° 1

### MATRIZ DE CONSISTENCIA PARA ASEGURAR LA COHERENCIA DEL PROYECTO DE TESIS

Título: RELACIÓN ENTRE EL NIVEL DE CONOCIMIENTOS Y ACTITUD DE LOS ALUMNOS DE ESTOMATOLOGIA DE LA UNIVERSIDAD ALAS PERUANAS - TUMBES HACIA EL PACIENTE CON VIH/SIDA, 2017.

. **Autor:** Guliana Jannet Clavijo León

Problema	Hipótesis	Objetivo	Variables
¿Cuál es la relación entre el Nivel de Conocimientos y Actitud de los alumnos de la Escuela de Estomatología de la Universidad Alas Peruanas Tumbes hacia el Paciente con VIH, en el año 2017?	A mayor nivel de conocimiento sobre VIH/SIDA de los alumnos de la escuela de Estomatología de la Universidad Alas Peruanas tendrán una actitud más favorable frente a estos pacientes.	<p><b>Objetivo general</b> Determinar la relación entre el Nivel de Conocimientos y Actitud de los alumnos de la Escuela de Estomatología de la Universidad Alas Peruanas Tumbes hacia el Paciente con VIH, en el año 2017.</p> <p><b>Objetivos específicos</b> Determinar el nivel de conocimientos sobre VIH/SIDA de los alumnos de la Escuela de Estomatología de la Universidad Alas Peruanas Tumbes en el año 2017, según edad. Determinar el nivel de conocimientos sobre VIH/SIDA de los alumnos de la Escuela de Estomatología de la Universidad Alas Peruanas Tumbes en el año 2017, según género. Determinar la actitud de los alumnos de Estomatología de la Universidad Alas Peruanas Tumbes frente a un paciente con VIH/SIDA, según edad. Determinar la actitud de los alumnos de Estomatología de la Universidad Alas Peruanas Tumbes frente a un paciente con VIH/SIDA, según género. Determinar la actitud de los alumnos de Estomatología de la Universidad Alas Peruanas Tumbes frente a un paciente con VIH/SIDA, según género. Determinar la actitud de los alumnos de Estomatología de la Universidad Alas Peruanas Tumbes frente a los pacientes con VIH/SIDA, según ciclo académico.</p>	<p>Nivel de conocimiento sobre VIH/SIDA</p> <p>Actitud frente al paciente con VIH/SIDA</p> <p><b>Covariables:</b> Edad Género Ciclo académico</p>

#### PARA LA OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES (RELACIONADO CON EL MARCO TEÓRICO)

Variable	Definición	Definición	Escala	Esquema del
----------	------------	------------	--------	-------------

	<b>Conceptual</b>	<b>Operacional</b>		<b>Marco Teórico</b>
<b>Nivel de conocimiento sobre VIH/SIDA</b>	Conjunto de información almacenada que poseen los internos de Estomatología sobre el VIH/SIDA, la cual fue obtenida mediante la experiencia o el aprendizaje, a través de la introspección.	El nivel de conocimientos de los estudiantes de Estomatología sobre VIH/SIDA será obtenido mediante el instrumento de evaluación creado en el presente estudio (cuestionario) y será valorado como: Bueno, Malo y Regular.	Ordinal	Historia del VIH Modos de transmisión Etapas de la enfermedad Tratamiento Diagnóstico Manifestaciones Norma Técnica MINSA Conocimiento Tipos de conocimiento
<b>Actitud frente al paciente con VIH/SIDA</b>	Organización aprendida y relativamente duradera de creencias acerca del paciente con VIH/SIDA que predisponen al estudiante de Estomatología de la Universidad Alas peruanas a favor de una respuesta referida. Toda actitud esta matizada emocionalmente, es decir tiene un cargo de afectividad.	La actitud de los alumnos de Estomatología frente a los pacientes con VIH/SIDA será obtenido mediante el instrumento de evaluación creado en el presente estudio (escala) y será valorado como: Favorable, medianamente favorable y desfavorable.	Ordinal	Actitud Tipos de actitud

<b>DISEÑO METODOLÓGICO</b>				
<b>Metodología de la Investigación</b>	<b>Diseño de la Investigación</b>	<b>Ámbito de la Investigación</b>	<b>Técnicas</b>	<b>Criterios de rigurosidad en la Investigación</b>
<b>TIPO:</b> Observacional Prospectivo Transversal Analítico. <b>Nivel:</b> Relacional.	<b>Diseño de Investigación:</b> Descriptivo Transversal correlacional	<b>4.2.1 Población</b>  Constituida por la totalidad de alumnos de la escuela académico profesional de Estomatología de la Universidad Alas Peruanas – Tumbes, en el año 2017, los cuáles se distribuyen por años académicos de la siguiente manera:  <b>Muestra</b> Para el cálculo del tamaño muestral utilizaremos la fórmula para la estimación de una proporción en una población finita, cuando la variable principal es de tipo cualitativo.	Previa coordinación con el docente de aula se procederá a informar a los alumnos de la naturaleza de la investigación y se solicitará a los que deseen participar la firma del consentimiento informado (Anexo 02). Luego se procederá a aplicar el cuestionario de nivel de conocimiento /Anexo 03) y la escala de actitud frente al paciente con VIH/SIDA (Anexo 04). Los datos obtenidos se vaciarán en la hoja de recolección de datos elaborada para el presente estudio (Anexo 05).	Nuestra investigación consta de dos variables a ser medidas. Para el nivel de conocimiento se creó el instrumento denominado “Cuestionario Nivel de Conocimiento HIV/SIDA”. Para obtener la validez de contenido, el cuestionario fue sometido al juicio de 8 expertos.  Nuestro segundo

		$n = \frac{N * Z_{1-\alpha}^2 * p * q}{d^2 * (N-1) + Z_{1-\alpha}^2 * p * q}$ <p style="text-align: center;"><math>n = 128</math></p> <p><b>CRITERIOS DE INCLUSIÓN:</b> Alumnos matriculados en la escuela de estomatología de la Universidad Alas Peruanas – Tumbes en el año 2017 que firmaron el consentimiento informado.</p> <p><b>CRITERIOS DE EXCLUSIÓN:</b> Alumnos de la escuela de Estomatología que no estén presentes en la fecha designada para la aplicación de la encuesta.</p>	<p>Finalizado el trabajo de laboratorio, los datos serán procesados en el paquete estadístico SPSS/PC versión 20, con el que se realizarán los siguientes análisis:</p> <p>Obtención de frecuencias y porcentajes en variables cualitativas.</p> <p>Obtención de medias y desviación estándar en variables cuantitativas.</p> <p>Representación gráfica a través de diagrama de barras para variables cualitativas y diagrama de caja y bigotes para variables cuantitativas.</p> <p>Evaluación de los supuestos de normalidad y homogeneidad de varianzas</p> <p>Prueba chi-cuadrado para establecer diferencias en cuanto a nivel de conocimiento por género, ciclo académico y edad.</p> <p>Prueba de correlación de Spearman entre nivel de conocimiento y actitud de los alumnos.</p> <p>Análisis de regresión lineal para predicción de variables.</p>	<p>instrumento se denomina “Escala de actitud frente a pacientes VIH/SIDA”, consta de 15 ítems, tomando como base la escala de Likert busca medir la actitud. La validez de contenido de la escala fue obtenida por juicio de expertos con el estadístico V de Cramer, siendo el valor obtenido de 1.0. Luego de elaborar una prueba piloto la confiabilidad del instrumento fue obtenida por el alfa de Crombach, siendo el valor de <math>\alpha = 0,84</math>.</p>
--	--	--	--	---

**ANEXO 2**

**CONSENTIMIENTO INFORMADO**

Yo, .....identificado (a)  
con DNI .....y domiciliado(a) en  
....., en pleno uso de mis facultades físicas y  
mentales declaro haberme informado del proyecto “Relación entre el nivel de  
conocimientos y actitud de los alumnos de Estomatología de la Universidad Alas  
Peruanas - Tumbes hacia el paciente con VIH/SIDA, 2017.” y después de evaluar los  
beneficios y los riesgos, que se me han explicado detalladamente; expreso mi deseo de  
participar voluntariamente del estudio.

**Por lo cual firmo y estampo mi huella digital en señal de conformidad.**



\_\_\_\_\_

**ANEXO 3**  
**CUESTIONARIO DE NIVEL DE CONOCIMIENTO VIH/SIDA**

**INSTRUCCIONES: Encierre en un círculo la alternativa que considere correcta.**

1. La tasa de seroconversión (contagio de VIH) en odontólogos que accidentalmente se pinchan con una aguja que posee sangre infectada con VIH es:

- a) menor a 1 %                      c) 50%                                  e) 100%

2. La tasa de seroconversión (contagio de VIH) en odontólogos que accidentalmente tienen contacto directo (piel intacta, sin guantes) con sangre infectada con VIH es:

- a) 0 %                                  c) 50%                                  e) 100%

3. La capacidad de transmisión de un sujeto con el virus del VIH/SIDA es mayor:

- a) Al inicio de la enfermedad    b) al final de la enfermedad    c) Igual en ambas etapas

4. La mayor cantidad de casos de transmisión del VIH se produce por:

- a) Contacto sexual heterosexual    b) contacto sexual homosexual    c) Parenteral

5. Hablamos de etapa SIDA cuando el recuento de linfocitos CD4 se encuentra por debajo de:

- a) 700/mm<sup>3</sup>                              b) 500/mm<sup>3</sup>                              a) 200/mm<sup>3</sup>

6. La Zidovudina, efavirenz, emtricitabina son antirretrovirales que pertenecen al TARGA (Tratamiento antirretroviral de gran actividad) y en nuestro país estos medicamentos son:

- a) De distribución gratuita    b) De difícil acceso y alto costo    c) Fácil acceso, pero alto costo.

7. Las células que ataca el virus del HIV son:

- a) Linfocitos T supresores              b) Linfocitos T colaboradores              c) Linfocitos B

8. La probabilidad de infección por HIV en el consultorio odontológico es:

- a) Muy baja              b) baja              c) Moderada              d) Alta              e) muy alta

9. ¿Qué acciones realizaría usted si, durante la práctica odontológica, sufre un pinchazo accidental o corte al momento de atender un paciente HIV positivo?

- a) Chupo y escupo el contenido de la herida                      b) Solicito de inmediato una prueba de ELISA  
c) Lavo profusamente con agua y jabón y me dirijo a cualquier EE.SS. con servicio de consejería VIH/SIDA.

10. Si me realizo una prueba de ELISA y el resultado es NO REACTIVO (negativo), ¿puedo afirmar que no estoy contagiado con el VIH?

- a) Correcto, siempre y cuando lo corrobore con Western blot  
b) NO necesariamente, hay que considerar el periodo de ventana (3 – 6 meses)  
c) Correcto, las pruebas actuales (ELISA 4) ya consideran el periodo de ventana.

11. Si me realizo una prueba de ELISA y el resultado es REACTIVO PARA VIH (positivo), ¿significa que tengo SIDA?

- a) Correcto, siempre y cuando lo corrobore el Western Blot
- b) No. Tener el VIH no significa que tenga SIDA, el VIH puede llevar al SIDA si no se trata.
- c) Correcto, el SIDA inicia con el primer contacto con el virus VIH.

12. Si una mujer recibe tratamiento contra el VIH (TARGA) desde principios del embarazo, el riesgo de que le transmita el VIH al bebé es:

- a) Muy baja
- b) baja
- c) Moderada
- d) Alta
- e) muy alta

13. Puedo sospechar que un paciente tiene SIDA si presenta:

- a) Candidiasis orofaríngea
- b) Estomatitis herpética simple por más de una semana
- c) Estomatitis aftosa recurrente.

14. Al sufrir heridas o punciones accidentales se debe recibir tratamiento profiláctico para el SIDA aun desconociendo el estado serológico del paciente.

- a) Verdadero
- b) Falso
- c) No sabe no opina

15. El virus del VIH es muy sensible al calor ya que no sobrevive por encima de los:

- a) 30 ° C
- b. 100 °C
- c) 56 °C

16. El portador de VIH tiene derecho a que se guarde el secreto médico de su diagnóstico.

- a) verdadero
- b. Falso
- c) NO sabe no opina

17. El *Aedes aegypti* al igual que transmite el dengue puede transmitir el virus del VIH si pica a una persona infectada.

- a) Verdadero
- b) Falso
- c) NO sabe no opina

18. Cualquier instrumento de uso odontológico que sea sumergido 2 minutos en Hipoclorito de sodio (lejía) se encontrará libre del virus del VIH.

- a) Verdadero
- b) Falso
- c) No sabe no opina

Los pacientes que reciben TARGA ya no poseen capacidad de transmitir (contagiar) el VIH

- a) Verdadero
- b) Falso
- c) NO sabe no opina

20. La afirmación "se puede contraer VIH por salpicadura de saliva en el ojo o en una herida expuesta" es:

- a) Verdadero
- b) Falso
- c) NO sabe no opina

**ANEXO 4**  
**ESCALA DE ACTITUD FRENTE A UN PACIENTE HIV/SIDA**

**PRESENTACIÓN**

En el documento previo se le ha informado acerca del trabajo de investigación que se está realizando y usted ha aceptado participar del mismo. A fin de obtener datos correctos deseamos que responda con la mayor sinceridad posible, NO RESPONDA LO QUE CREE QUE ESTÁ BIEN, SINO LO QUE REALMENTE CREE O SIENTE. La encuesta es anónima, así que usted no tiene nada que perder, y nosotros mucho que ganar; ya que la información proporcionada servirá para tener una perspectiva global que nos permitirá mejorar la atención de nuestros pacientes. Estamos agradecidos por su tiempo, por su sinceridad y por su colaboración.

**INSTRUCCIONES:** Marque con una equis en la casilla que Ud. crea conveniente. En Desacuerdo (D), Posición neutra, ni de acuerdo, ni en desacuerdo (NA/ND) o De Acuerdo (A).

N°	ÍTEM	D	NA/ ND	A
1	Atender pacientes con VIH/SIDA requiere de mayor preparación del odontólogo y cuidado en bioseguridad.			
2	Deberían existir centros especializados en atención odontológica de pacientes con VIH/SIDA a fin de poder referirlos.			
3	Ser portador del VIH NO debe ser obstáculo para acceder a la educación y al empleo.			
4	El odontólogo debe tratar a pacientes con cualquier condición sistémica, sin embargo al tratarse de pacientes con VIH/SIDA es recomendable atenderlos al final de la consulta para salvaguardar la salud de los demás pacientes.			
5	NO es necesario utilizar guantes al tocar a un paciente con VIH/SIDA.			
6	Es adecuado que el odontólogo sienta algo de temor al atender un paciente portador de VIH o con diagnóstico de SIDA.			
7	Si mi mejor amigo (a) me confiesa que es seropositivo, seguiría tomando del mismo vaso, no tendría problemas con abrazarlo(a). Nada cambiaría entre nosotros.			
8	En los hospitales, por seguridad, no debe permitirse que los pacientes con VIH/SIDA compartan habitaciones con pacientes no portadores.			
9	Me sentiría cómodo trabajando al lado de una persona que es seropositivo, al igual que con mis demás compañeros.			
10	Las gestantes portadoras de VIH deberían considerar abortar a ese feto que sólo vendrá a sufrir.			
11	La atención continuada a un enfermo de SIDA NO es sinónimo de contagio.			
12	El secreto médico no debe aplicarse a los pacientes portadores de VIH, puesto que la sociedad tiene derecho a identificarlos a fin de reducir los contagios.			
13	El estado no debería subvencionar el tratamiento del VIH, ellos solitos se contagiaron, ellos deben afrontar su problema y no todos los peruanos.			
14	Por el bienestar del menor, NO deberíamos permitir a personas con VIH/SIDA adoptar niños.			
15	Es poco probable que yo me contagie de SIDA, mayormente es problema de homosexuales, drogadictos y prostitutas.			

**LEYENDA PARA EL EXPERTO EVALUADOR:**

Preguntas 1, 2, 4, 6, 8, 10, 12, 13, 14, 15 se califican como: D = 3 , NA/ND = 2 y A = 1  
Preguntas 3, 5, 7, 9, 11 se califican como: D= 1, NA/ND = 2 y A = 3



## ANEXO N° 06

### JUICIO DE EXPERTO

#### JUICIO DE EXPERTO

Usted ha sido invitado a participar como experto con el fin de validar la escala de actitud y el cuestionario de nivel de conocimiento de la siguiente investigación: *Relación entre el nivel de conocimiento y actitud de los alumnos de Estomatología de la Universidad Alas Peruanas – Tumbes hacia el paciente con VIH/SIDA, 2017*. Agradecemos de antemano la participación en el mismo.

INDICACIONES: Coloque una equis "X" si está en desacuerdo o considera errónea la pregunta y sus alternativas, o un check "✓" si considera correcta la pregunta y sus alternativas. Si marcó con equis, por favor en las observaciones indique usted las sugerencias para mejorar dicha pregunta.

#### ESCALA DE ACTITUD

ITEM														
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
X	✓	X	X	X	X	✓	✓	✓	X	✓	✓	✓	✓	X

OBSERVACIONES:

1. Atender a pacientes con VIH/SIDA requiere de mayor preparación del odontólogo y cuidado en bioseguridad.
3. Ser portador del VIH no debe ser un obstáculo para acceder a la educación y al empleo.
4. El odontólogo debe tratar.
5. No es necesario utilizar guantes al tocar a un paciente con VIH/SIDA.
6. Es adecuado que el odontólogo sienta algo...
10. Las gestantes portadoras de VIH deberían considerar abortar...

En general usted califica la escala de actitud frente a HIV/SIDA como:

INACEPTABLE ( )      MEDIANAMENTE ACEPTABLE ( ✓ )      ACEPTABLE ( )

#### NIVEL DE CONOCIMIENTO

ITEM																			
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
✓	✓	✓	X	✓	✓	X	X	X	✓	✓	X	✓	X	✓	X	X	X	X	✓

OBSERVACIONES:

4. La mayor cantidad de casos de transmisión del VIH se produce por:
8. Alternativas: a) muy baja b) baja c) moderada d) alta e) muy alta
9. ¿Qué acciones realizaría usted, durante la práctica...
12. Alternativas: a) muy baja b) baja c) moderada d) alta e) muy alta.
14. Alternativas: a) verdadero
- 16, 17, 18, 19. Alternativas: a) verdadero

En general usted califica el cuestionario de nivel de conocimiento sobre VIH/SIDA como:

INACEPTABLE ( )      MEDIANAMENTE ACEPTABLE ( ✓ )      ACEPTABLE ( )

NOMBRE DEL EXPERTO: Gladys Rodayma Patiño Peña  
 TÍTULO Y GRADO MÁS ALTO ALCANZADO: Dra. En Ciencias de la Salud  
 CARGO E INSTITUCIÓN DONDE LABORA: DIRESA-TUMBES-Direct. Participación Comunitaria  
 DNI: 03654994      TELÉFONO: 972877679  
 FECHA: 03/03/17      FIRMA Y SELLO:



**JUICIO DE EXPERTO**

Usted ha sido invitado a participar como experto con el fin de validar la escala de actitud y el cuestionario de nivel de conocimiento de la siguiente investigación: **Relación entre el nivel de conocimiento y actitud de los alumnos de Estomatología de la Universidad Alas Peruanas – Tumbes hacia el paciente con VIH/SIDA, 2017.** Agradecemos de antemano la participación en el mismo.

INDICACIONES: Coloque una equis "X" si está en desacuerdo o considera errónea la pregunta y sus alternativas, o un check " " si considera correcta la pregunta y sus alternativas. Si marcó con equis, por favor en las observaciones indique usted las sugerencias para mejorar dicha pregunta.

**ESCALA DE ACTITUD**

ITEM														
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
OBSERVACIONES:														

En general usted califica la escala de actitud frente a HIV/SIDA como:

INACEPTABLE ( )      MEDIANAMENTE ACEPTABLE ( )      ACEPTABLE ( X )

**NIVEL DE CONOCIMIENTO**

ITEM																			
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
OBSERVACIONES:																			

En general usted califica el cuestionario de nivel de conocimiento sobre VIH/SIDA como:

INACEPTABLE ( )      MEDIANAMENTE ACEPTABLE ( )      ACEPTABLE ( X )

NOMBRE DEL EXPERTO: MARLON R. CUNYARACHE.  
 TÍTULO Y GRADO MÁS ALTO ALCANZADO: Médico. Interno - IN/geriología.  
 CARGO E INSTITUCIÓN DONDE LABORA: Es Salud.  
 DNI: 20085399      TELÉFONO: 9576 16120.  
 FECHA: 17.03.07.      FIRMA Y SELLO:


**JUICIO DE EXPERTO**

Usted ha sido invitado a participar como experto con el fin de validar la escala de actitud y el cuestionario de nivel de conocimiento de la siguiente investigación: **Relación entre el nivel de conocimiento y actitud de los alumnos de Estomatología de la Universidad Alas Peruanas – Tumbes hacia el paciente con VIH/SIDA, 2017.** Agradecemos de antemano la participación en el mismo.

INDICACIONES: Coloque una equis "X" si está en desacuerdo o considera errónea la pregunta y sus alternativas, o un check "✓" si considera correcta la pregunta y sus alternativas. Si marcó con equis, por favor en las observaciones indique usted las sugerencias para mejorar dicha pregunta.

**ESCALA DE ACTITUD**

ITEM														
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
OBSERVACIONES:														

En general usted califica la escala de actitud frente a HIV/SIDA como:

INACEPTABLE (     )     MEDIANAMENTE ACEPTABLE (     )     ACEPTABLE ( **X** )

**NIVEL DE CONOCIMIENTO**

ITEM																				
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	
✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	X
OBSERVACIONES: <i>Eliminar la afirmación . . . . Se afirma que se puede.</i>																				

En general usted califica el cuestionario de nivel de conocimiento sobre VIH/SIDA como:

INACEPTABLE (     )     MEDIANAMENTE ACEPTABLE (     )     ACEPTABLE ( **X** )

NOMBRE DEL EXPERTO: *Georgette Díaz Yong*  
 TÍTULO Y GRADO MÁS ALTO ALCANZADO: *MgS*  
 CARGO E INSTITUCIÓN DONDE LABORA: *Coord. Regional de Salud Bucal*  
 DNI: *00256883*     TELÉFONO: \_\_\_\_\_  
 FECHA: *27/02/17*     FIRMA Y SELLO: \_\_\_\_\_



**JUICIO DE EXPERTO**

Usted ha sido invitado a participar como experto con el fin de validar la escala de actitud y el cuestionario de nivel de conocimiento de la siguiente investigación: **Relación entre el nivel de conocimiento y actitud de los alumnos de Estomatología de la Universidad Alas Peruanas – Tumbes hacia el paciente con VIH/SIDA, 2017.** Agradecemos de antemano la participación en el mismo.

INDICACIONES: Coloque una equis "X" si está en desacuerdo o considera errónea la pregunta y sus alternativas, o un check "✓" si considera correcta la pregunta y sus alternativas. Si marcó con equis, por favor en las observaciones indique usted las sugerencias para mejorar dicha pregunta.

**ESCALA DE ACTITUD**

ITEM														
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15

OBSERVACIONES:  
*Ordenar de lo general a lo específico.*

En general usted califica la escala de actitud frente a HIV/SIDA como:

INACEPTABLE (    )      MEDIANAMENTE ACEPTABLE (    )      ACEPTABLE ( *X* )

**NIVEL DE CONOCIMIENTO**

ITEM																			
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
<i>✓</i>	<i>✓</i>		<i>X</i>	<i>X</i>	<i>X</i>														<i>X</i>

OBSERVACIONES:  
*Las siguientes preguntas deben ajustarse al nivel de conocimientos de tu población objetivo (1, 2, 5).*  
*Reformular las siguientes preguntas (4, 6, 20)*

En general usted califica el cuestionario de nivel de conocimiento sobre VIH/SIDA como:

INACEPTABLE (    )      MEDIANAMENTE ACEPTABLE (    )      ACEPTABLE ( *X* )

NOMBRE DEL EXPERTO: *Walter Hugo Novoa Cortez*  
 TÍTULO Y GRADO MÁS ALTO ALCANZADO: *Odontólogo*  
 CARGO E INSTITUCIÓN DONDE LABORA: *CS. San Juan de la Virgen*  
 DNI: *06289118*      TELÉFONO: *# 945-898043*  
 FECHA: *14-03-17*      FIRMA Y SELLO:

*Walter H. Novoa Cortez*  
 DR. WALTER H. NOVOA CORTES  
 ODONTÓLOGO  
 P.R. 14 20

**JUICIO DE EXPERTO**

Usted ha sido invitado a participar como experto con el fin de validar la escala de actitud y el cuestionario de nivel de conocimiento de la siguiente investigación: **Relación entre el nivel de conocimiento y actitud de los alumnos de Estomatología de la Universidad Alas Peruanas – Tumbes hacia el paciente con VIH/SIDA, 2017.** Agradecemos de antemano la participación en el mismo.

INDICACIONES: Coloque una equis "X" si está en desacuerdo o considera errónea la pregunta y sus alternativas, o un check "✓" si considera correcta la pregunta y sus alternativas. Si marcó con equis, por favor en las observaciones indique usted las sugerencias para mejorar dicha pregunta.

**ESCALA DE ACTITUD**

ITEM														
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
OBSERVACIONES:														

En general usted califica la escala de actitud frente a HIV/SIDA como:

INACEPTABLE (    )      MEDIANAMENTE ACEPTABLE (    )      ACEPTABLE ( ✓ )

**NIVEL DE CONOCIMIENTO**

ITEM																			
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
OBSERVACIONES:																			

En general usted califica el cuestionario de nivel de conocimiento sobre VIH/SIDA como:

INACEPTABLE (    )      MEDIANAMENTE ACEPTABLE (    )      ACEPTABLE ( ✓ )

NOMBRE DEL EXPERTO: ROSSANA QUEVEDO INFANTE

TÍTULO Y GRADO MÁS ALTO ALCANZADO: Mg.

CARGO E INSTITUCIÓN DONDE LABORA: DIRECTORA DE SERVICIOS DE SALUD

DNI: 00215897      TELÉFONO: 975703612

FECHA: 20/02/17      FIRMA Y SELLO:


**GOBIERNO REGIONAL TUMBES**  
 Dirección Regional de Salud Tumbes  
  
 Obsta. Rossana Quevedo Infante  
 DIRECCIÓN SERVICIOS SALUD

**JUICIO DE EXPERTO**

Usted ha sido invitado a participar como experto con el fin de validar la escala de actitud y el cuestionario de nivel de conocimiento de la siguiente investigación: Relación entre el nivel de conocimiento y actitud de los alumnos de Estomatología de la Universidad Alas Peruanas – Tumbes hacia el paciente con VIH/SIDA, 2017. Agradecemos de antemano la participación en el mismo.

INDICACIONES: Coloque una equis "X" si está en desacuerdo o considera errónea la pregunta y sus alternativas, o un check "✓" si considera correcta la pregunta y sus alternativas. Si marcó con equis, por favor en las observaciones indique usted las sugerencias para mejorar dicha pregunta.

**ESCALA DE ACTITUD**

ITEM														
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
OBSERVACIONES:														

En general usted califica la escala de actitud frente a HIV/SIDA como:

INACEPTABLE ( )      MEDIANAMENTE ACEPTABLE ( )      ACEPTABLE (  )

**NIVEL DE CONOCIMIENTO**

ITEM																			
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
OBSERVACIONES:																			

En general usted califica el cuestionario de nivel de conocimiento sobre VIH/SIDA como:

INACEPTABLE ( )      MEDIANAMENTE ACEPTABLE ( )      ACEPTABLE (  )

NOMBRE DEL EXPERTO: Martha Elena Gómez Navarro.  
 TÍTULO Y GRADO MÁS ALTO ALCANZADO: ESPECIALISTA Médico Quirúrgico  
 CARGO E INSTITUCIÓN DONDE LABORA: COORDINADORA (e) ENFERMERÍA  
 DNI: 00244324      TELÉFONO: # 942907052  
 FECHA: 06.03.2014      FIRMA Y SELLO:

  
 No. Martha Elena Gómez Navarro  
 (e) Coordinadora de Enfermería  
 CEP. 15000  
 Red Asistencial  
 Tumbes

**JUICIO DE EXPERTO**

Usted ha sido invitado a participar como experto con el fin de validar la escala de actitud y el cuestionario de nivel de conocimiento de la siguiente investigación: **Relación entre el nivel de conocimiento y actitud de los alumnos de Estomatología de la Universidad Alas Peruanas – Tumbes hacia el paciente con VIH/SIDA, 2017.** Agradecemos de antemano la participación en el mismo.

INDICACIONES: Coloque una equis "X" si está en desacuerdo o considera errónea la pregunta y sus alternativas, o un check "✓" si considera correcta la pregunta y sus alternativas. Si marcó con equis, por favor en las observaciones indique usted las sugerencias para mejorar dicha pregunta.

**ESCALA DE ACTITUD**

ITEM														
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
OBSERVACIONES:														

En general usted califica la escala de actitud frente a HIV/SIDA como:

INACEPTABLE ( )      MEDIANAMENTE ACEPTABLE ( )      ACEPTABLE ( X )

**NIVEL DE CONOCIMIENTO**

ITEM																			
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
✓	✓	X	✓	✓	✓	✓	X	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	X	✓
OBSERVACIONES: 3.- Cambiar término ENFERMEDAD Por INFECCIÓN 8.- Agregar a pregunta de paciente a tratar. 19.- Agregar opción con nivel optimo de CD4.																			

En general usted califica el cuestionario de nivel de conocimiento sobre VIH/SIDA como:

INACEPTABLE ( )      MEDIANAMENTE ACEPTABLE ( )      ACEPTABLE ( X )

NOMBRE DEL EXPERTO: Lizette Yarina Ferrada La Chira  
 TÍTULO Y GRADO MÁS ALTO ALCANZADO: Lic. Obstetricia  
 CARGO E INSTITUCIÓN DONDE LABORA: Coordinadora Regional Pol. estrategia de ITS/VIH  
 DNI: 80672978      TELÉFONO: 842652774  
 FECHA: 20/02/16      FIRMA Y SELLO:



**JUICIO DE EXPERTO**

Usted ha sido invitado a participar como experto con el fin de validar la escala de actitud y el cuestionario de nivel de conocimiento de la siguiente investigación: **Relación entre el nivel de conocimiento y actitud de los alumnos de Estomatología de la Universidad Alas Peruanas – Tumbes hacia el paciente con VIH/SIDA, 2017.** Agradecemos de antemano la participación en el mismo.

INDICACIONES: Coloque una equis "X" si está en desacuerdo o considera errónea la pregunta y sus alternativas, o un check " " si considera correcta la pregunta y sus alternativas. Si marcó con equis, por favor en las observaciones indique usted las sugerencias para mejorar dicha pregunta.

**ESCALA DE ACTITUD**

ITEM														
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
OBSERVACIONES:														

En general usted califica la escala de actitud frente a HIV/SIDA como:

INACEPTABLE ( )      MEDIANAMENTE ACEPTABLE ( )      ACEPTABLE ( X )

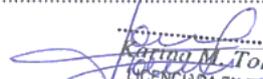
**NIVEL DE CONOCIMIENTO**

ITEM																			
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
OBSERVACIONES:																			

En general usted califica el cuestionario de nivel de conocimiento sobre VIH/SIDA como:

INACEPTABLE ( )      MEDIANAMENTE ACEPTABLE ( )      ACEPTABLE ( X )

NOMBRE DEL EXPERTO: MAG. Esp. Karina Marleny Torrel Páez  
 TÍTULO Y GRADO MÁS ALTO ALCANZADO: MAGISTER - ESPECIALISTA  
 CARGO E INSTITUCIÓN DONDE LABORA: CONSEJERÍA VIH-SIDA - EsSaude  
 DNI: 41611876      TELÉFONO: 0958673052  
 FECHA: 14.03.017      FIRMA Y SELLO:

  
 Karina M. Torrel Páez  
 LICENCIADA EN ENFERMERIA  
 CONSEJERÍA  
 Red Asistencial  
 Tumbes  


## ANEXO N° 07

### VALIDEZ ESCALA ACTITUD

TABLA DE CONCORDANCIA - PRUEBA BINOMIAL									
JUICIO DE EXPERTOS									
ITEMS	N° DE JUECES								TOTAL
	1	2	3	4	5	6	7	8	DIST. BINOM
1	0	1	1	1	1	1	1	1	0.031
2	1	1	1	1	1	1	1	1	0.004
3	0	1	1	1	1	1	1	1	0.031
4	0	1	1	1	1	1	1	1	0.031
5	0	1	1	1	1	1	1	1	0.031
6	0	1	1	1	1	1	1	1	0.031
7	1	1	1	1	1	1	1	1	0.004
8	1	1	1	1	1	1	1	1	0.004
9	1	1	1	1	1	1	1	1	0.004
10	0	1	1	1	1	1	1	1	0.031
11	1	1	1	1	1	1	1	1	0.004
12	1	1	1	1	1	1	1	1	0.004
13	1	1	1	1	1	1	1	1	0.004
14	1	1	1	1	1	1	1	1	0.004
15	0	1	1	1	1	1	1	1	0.031
								113	
								% CONCORDANCIA	94.1666667
$V = \frac{S}{(N(C-1))}$									
						s= (2*7)+1	15		
						N= 8 JUECES	8		
						C= 3 ALTERNAT	3		
						V=	<b>0.9375</b>		

Para la prueba de validez por ítem se utilizó la prueba binomial ( $p < 0.05$ ) y para el instrumento en general se utilizó la V de Aiken y el porcentaje de concordancia, cuyos valores mínimos aceptables se encuentran en el orden de 0.8. Todas las pruebas fueron ampliamente superadas por el instrumento.



## ANEXO N° 09

### CONFIABILIDAD CUESTIONARIO DE CONOCIMIENTOS

	IT1	IT2	IT3	IT4	IT5	IT6	IT7	IT8	IT9	IT10	IT11	IT12	IT13	IT14	IT15	IT16	IT17	IT18	IT19	IT20	SUMA P	(SUMA P - PROM)
ALUMNO 1	0	0	1	0	1	0	0	0	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0	6	12.96
ALUMNO 2	0	1	1	1	1	1	1	0	1	0	0	1	0	1	1	1	0	0	1	1	13	11.56
ALUMNO 3	1	1	1	0	1	0	0	0	1	0	1	0	1	0	0	1	1	0	1	0	10	0.16
ALUMNO 4	0	1	1	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	1	0	1	1	0	1	0	8	2.56
ALUMNO 5	0	1	0	0	1	0	0	0	1	1	1	0	1	0	1	1	0	1	0	0	9	0.36
ALUMNO 6	0	0	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	4	31.36
ALUMNO 7	0	0	1	0	0	0	0	0	1	1	0	0	1	0	1	0	1	0	0	1	7	6.76
ALUMNO 8	0	0	0	0	1	0	0	0	1	1	1	0	1	0	0	1	0	0	0	0	6	12.96
ALUMNO 9	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1	0	1	1	0	6	12.96
ALUMNO 10	0	0	1	0	1	0	1	0	1	1	0	1	1	1	1	0	1	0	0	0	10	0.16
ALUMNO 11	0	0	1	0	1	0	0	0	1	1	0	0	0	1	0	1	1	0	0	1	8	2.56
ALUMNO 12	1	0	1	0	1	1	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	0	0	1	0	7	6.76
ALUMNO 13	0	0	1	0	0	0	0	0	1	1	1	0	1	0	1	1	1	0	0	0	8	2.56
ALUMNO 14	0	1	1	0	0	1	0	1	1	1	0	0	0	1	1	1	1	1	1	0	12	5.76
ALUMNO 15	1	0	0	1	1	1	0	1	1	0	0	0	1	1	0	1	1	0	0	0	10	0.16
ALUMNO 16	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	0	18	70.56
ALUMNO 17	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	19	88.36
ALUMNO 18	1	1	0	1	1	1	0	0	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	16	40.96
ALUMNO 19	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	73.96
ALUMNO 20	0	0	0	0	0	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	14	19.36
	PROMEDIO DE LA SUMA P																				9.6	402.8
SUMA BUENAS	6	8	13	6	13	8	5	5	15	13	8	6	13	10	10	15	13	8	10	7	n	20
SUMA MALAS	14	12	7	14	7	12	15	15	5	7	12	14	7	10	10	5	7	12	10	13	vt	20.14
P	0.3	0.4	0.65	0.3	0.65	0.4	0.25	0.25	0.75	0.65	0.4	0.3	0.65	0.5	0.5	0.75	0.65	0.4	0.5	0.35		
Q	0.7	0.6	0.35	0.7	0.35	0.6	0.75	0.75	0.25	0.35	0.6	0.7	0.35	0.5	0.5	0.25	0.35	0.6	0.5	0.65	KR20	0.819787801
P*Q	0.21	0.24	0.23	0.21	0.23	0.24	0.19	0.19	0.19	0.23	0.24	0.21	0.23	0.25	0.25	0.19	0.23	0.24	0.25	0.23		
SUMA P*Q	4.455																					
vt =	$\frac{\sum (\text{items positivos} - \text{promedio suma})^2}{\text{N}^\circ \text{ encuestas}}$										$KR20 = \left( \frac{n}{n-1} \right) \frac{\sigma_t^2 - \sum p_i q_i}{\sigma_t^2}$											

Debido a que el instrumento para nivel de conocimiento se mide con 0 (pregunta mal contestada) y 1 (pregunta bien contestada) la confiabilidad se realizó mediante el estadístico Kuder Richarson (KR – 20), donde el resultado supera al valor requerido por la confiabilidad (0.82 > 0.70) por lo tanto el instrumento es confiable (el instrumento es consistente).

## ANEXO N° 10

### CONFIABILIDAD ESCALA DE ACTITUD

	IT 1	IT 2	IT 3	IT 4	IT 5	IT 6	IT 7	IT 8	IT 9	IT 10	IT 11	IT 12	IT 13	IT 14	IT 15	SUMA			
ALUMNO 1	2	2	1	2	2	2	2	2	2	2	3	2	2	2	2	30			
ALUMNO 2	1	3	3	3	3	3	3	3	2	3	3	2	3	3	3	41			
ALUMNO 3	1	1	1	1	1	3	1	3	3	3	1	3	1	3	1	27			
ALUMNO 4	1	1	2	2	2	2	2	3	3	3	1	3	3	2	1	31			
ALUMNO 5	1	2	3	1	1	1	1	1	3	3	1	3	3	1	3	28			
ALUMNO 6	3	2	3	3	3	1	3	2	1	2	3	3	1	3	3	36			
ALUMNO 7	2	3	2	3	3	2	3	3	2	2	2	2	2	3	3	37			
ALUMNO 8	1	1	1	1	1	2	1	1	1	1	2	1	3	1	3	21			
ALUMNO 9	1	1	3	3	2	3	3	1	2	2	2	2	2	2	2	31			
ALUMNO 10	2	3	3	3	3	1	3	3	2	3	2	2	2	2	2	36			
ALUMNO 11	1	3	2	3	1	3	3	2	2	3	3	3	3	3	3	38			
ALUMNO 12	1	2	3	1	1	1	1	3	3	2	3	1	3	1	1	27			
ALUMNO 13	2	1	3	1	1	2	1	1	1	1	2	3	1	2	3	25			
ALUMNO 14	1	3	2	1	1	3	1	1	2	3	2	1	1	2	3	27			
ALUMNO 15	1	3	3	3	1	3	3	3	3	1	1	1	2	1	1	30			
ALUMNO 16	2	2	1	2	2	2	2	2	2	2	3	2	1	2	3	30			
ALUMNO 17	1	3	3	3	3	3	3	2	3	3	2	3	1	2	3	38			
ALUMNO 18	1	1	1	1	1	3	1	3	3	3	1	3	1	2	3	28			
ALUMNO 19	1	1	1	1	1	2	1	1	1	1	2	1	3	1	3	21			
ALUMNO 20	1	1	3	3	2	3	3	1	2	2	2	2	2	2	2	31			
PROMEDIO	1.35	1.95	2.2	2.05	1.75	2.25	2.05	2	2.2	2.25	2	2.2	2	2	2.4	30.871			
DESV. STAND	0.59	0.89	0.89	0.94	0.85	0.79	0.94	0.86	0.77	0.79	0.73	0.83	0.86	0.73	0.82				
VARIANZA	0.34	0.79	0.8	0.89	0.72	0.62	0.89	0.74	0.59	0.62	0.53	0.69	0.74	0.53	0.67				
SUMA VAR																10.16			

$$\alpha = \frac{K}{K - 1} \left( 1 - \frac{\sum_{i=1}^K S_i^2}{St^2} \right)$$

Donde:  $\alpha$  = Coeficiente de Crombach  
 $K$  = N° de items utilizados para el c  
 $S_i^2$  = Varianza de cada item  
 $St^2$  = Varianza total de los items

K	20
SUMA $S_i^2$	10.16
SUMA $St^2$	30.8710526
ALFA	0.71

Debido a que el instrumento para escala de actitud se mide con 1 (mala actitud) 2 (regular actitud) y 3 (buena actitud) la confiabilidad se realizó mediante el estadístico alfa de crombach, donde el resultado supera al valor requerido por la confiabilidad (0.71 > 0.70) por lo tanto el instrumento es confiable (el instrumento es consistente).