

Actitudes hacia la prevención y promoción en salud en estudiantes de medicina de una universidad peruana.

Attitudes toward prevention and health promotion in medical students.

LLANOS ZAVALAGA Luis Fernando¹, VELASQUEZ HURTADO Jose Enrique², VENTOSILLA VILLANUEVA Ronald ³, REYES LECCA Roberto Carlos⁴.

SUMMARY

Objective: To determine attitudes toward prevention and health promotion in medical students. *Material and Methods:* Cross-sectional study. We evaluated 608 medical students from January to March 2001, through a survey validated previously, that evaluated students' attitudes toward prevention and health promotion, and demographics, educational and personal characteristics. *Results:* 45.4% of medical students reached suitable attitudes toward prevention and health promotion. There was no statistically difference in students' attitudes of several years of study. Neither there was statistical association among the demographic variables nor educational toward prevention and health promotion. Significant correlation was shown between attitudes toward prevention and health promotion and personal attitudes toward social dimension of illness ($p < 0.001$), and attitudes toward caring for the poor ($p < 0.001$). Both attitudes acted as predictors so that joint and independently. *Conclusions:* Attitudes of medical students toward prevention and health promotion are adequate in less half of them. Factors associated more important are for attitudes toward the student toward social problems and the care of the poor person. (*Rev Med Hered* 2006;17:81-89).

KEY WORDS: Attitudes, health prevention, health promotion, medical students.

RESUMEN

Objetivo: Determinar las actitudes hacia la prevención y la promoción de salud en los estudiantes de medicina de una Universidad peruana. *Materiales y métodos:* Estudio transversal analítico. Se evaluaron 608 estudiantes de Medicina, de enero a marzo del 2001, mediante una encuesta que midió sus actitudes hacia prevención y promoción de salud y determinó sus características demográficas, educativas y personales. *Resultados:* El 45,4% de los

¹ Magister en Políticas, Planificación y Financiamiento en Salud. Profesor Asociado Facultad de Salud Pública y Administración Carlos Vidal Layseca de la Universidad Peruana Cayetano Heredia.

² Médico candidato a la maestría de Salud Pública. Facultad de Salud Pública y Administración Carlos Vidal Layseca. Profesor Auxiliar en la Facultad de Medicina Alberto Hurtado de la Universidad Peruana Cayetano Heredia.

³ Médico candidato a la maestría de Epidemiología. Facultad de Medicina Alberto Hurtado de la Universidad Peruana Cayetano Heredia.

⁴ Unidad de proyectos de investigación en Gestión. Facultad de Salud Pública y Administración Carlos Vidal Layseca de la Universidad Peruana Cayetano Heredia.

estudiantes de medicina alcanzaron actitudes adecuadas hacia prevención y promoción de salud. No hubo diferencia estadísticamente significativa en las actitudes de estudiantes de diversos años de estudio. Tampoco hubo asociación estadística entre las variables demográficas ni educativas hacia prevención y promoción de salud. Existió asociación significativa entre las actitudes personales hacia la dimensión social de enfermedad ($p < 0,001$), y el cuidado del pobre ($p < 0,001$) con actitudes hacia prevención y promoción de salud, actuando como predictores de dichas actitudes en forma conjunta e independiente. **Conclusiones:** Las actitudes de los estudiantes de medicina, en prevención y promoción de salud son adecuadas en menos de la mitad de ellos. Los factores más importantes, asociados a estas actitudes son las actitudes hacia los problemas sociales del paciente y el cuidado del pobre. (*Rev Med Hered 2006;17:81-89*).

PALABRAS CLAVE: Actitudes, prevención en salud, promoción de salud, estudiantes de medicina.

INTRODUCCIÓN

Desde 1946, cuando Sigerist usó por primera vez el término promoción de la salud, los campos de la promoción y la prevención de salud han ocupado un papel preponderante en el logro de mejores condiciones de salud (1). Los impulsos que se dieron en las décadas siguientes permitieron que en la mayoría de facultades de Medicina de América Latina se programen cursos relacionados con medicina preventiva y social. Hacia 1970, el 63% de estas facultades tenían un promedio de 150 horas de enseñanza de estas disciplinas a lo largo de la carrera médica. Si bien, la mayoría de los estudiantes ven en la medicina preventiva una herramienta útil para el ejercicio profesional, ello no necesariamente expresa una adecuada actitud, o satisfacción al realizar dichas actividades (2), sobre todo en sistemas de salud en donde se prioriza la medicina curativa antes que la medicina preventiva.

En 1974 con el informe Lalonde y posteriormente, en 1986, con la I Conferencia Internacional sobre promoción de la salud en Ottawa, el área de la promoción de la salud aparece como un nuevo campo organizado, con áreas de acción y políticas públicas orientadas al mantenimiento de la salud (3) y la propuesta de una nueva definición de promoción de la salud como: el “proceso que consiste en proporcionar a los pueblos, los medios necesarios para mejorar su salud y ejercer un mayor control sobre la misma” (4).

Es así que la propia definición de salud ha pasado de focalizar la atención en el diagnóstico y tratamiento de las enfermedades, a la identificación de medidas de prevención y hábitos de vida que puedan favorecer, retrasar o aun eliminar los riesgos de enfermedad y en un cambio en el enfoque del control de las enfermedades y problemas de salud de la población, orientando los esfuerzos hacia la promoción de hábitos de vida saludables, destinados a fortalecer los estilos de vida compatibles con menor riesgo de enfermedad (5).

Todos estos cambios también influyeron en la necesidad de desarrollar conceptos de promoción y prevención en salud en el currículo de pregrado de las Facultades de Medicina (6). Sin embargo, la actualización de los planes de estudio lejos de mantener la valorización del aspecto preventivo en la salud, ha sufrido cambios secundarios a reformas que condujeron a eliminar del currículo cursos destinados a brindar un enfoque social a la salud (7).

Los estudiantes de Medicina ingresan a la Universidad con creencias, concepciones y valores propios que influirán en sus prácticas posteriores en el campo médico y personal. Generalmente estas percepciones se correlacionan con el comportamiento individual. De ahí la importancia de fortalecer las actitudes médicas positivas y tratar de aminorar o eliminar aquellas negativas mediante un mejor y mayor conocimiento de los aspectos preventivos y de la promoción de la salud impartidos en la educación de pre y posgrado (8).

Las actitudes son predisposiciones de las personas en reaccionar positiva o negativamente hacia algún concepto determinado. Éstas poseen tres componentes: cognitivo, afectivo y conductual. El primero comprende lo que cree la persona, sea esto verdadero o no. El componente afectivo abarca los sentimientos suscitados respecto del objeto; el componente conductual refleja el comportamiento actual de la persona, este de acuerdo o no con los otros componentes (9).

Estudios previos en estudiantes norteamericanos y europeos, han encontrado variables que se relacionan con una actitud positiva hacia la prevención y promoción de salud, como: la atención desde el punto de vista del paciente, el sexo femenino, tener actitudes adecuadas hacia los pobres y la elección de una especialidad de cuidado primario o medicina general (6,10-14). Se desconocen estudios nacionales acerca de las actitudes en estudiantes de medicina hacia promoción de salud y prevención de enfermedades, así como factores

asociados. La mejor comprensión de los mismos permitirá intervenir en la formación de los futuros médicos, y por ende, mejorar las condiciones de salud de la población.

El objetivo del estudio fue determinar las actitudes hacia prevención y promoción de la salud, en estudiantes de Medicina de una universidad peruana matriculados en marzo del 2001, así como los factores demográficos, educativos y personales asociados.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se realizó un estudio transversal analítico entre enero y marzo del 2001. La población estuvo formada por los estudiantes de medicina de una universidad peruana, matriculados en el año académico 2001. Previo consentimiento informado verbal, se administró un cuestionario destinado a evaluar actitudes hacia prevención y promoción de salud, que incluía además preguntas relacionadas a factores demográficos, educacionales, actitudes personales hacia la responsabilidad social y grado de compromiso con el pobre. El instrumento fue aplicado a la totalidad de estudiantes, excepto aquellos que se negaron a resolverla y aquellos que no estuvieron presentes durante su aplicación.

El instrumento aplicado, desarrollado originalmente en inglés (12), fue previamente validado. El proceso de validación comprendió la entrega del instrumento (que incluía preguntas relacionadas a actitudes en prevención y promoción de salud, dimensión social de la enfermedad y cuidado del pobre) a dos personas expertas en el tema y con conocimiento integral del idioma inglés, para la traducción o revisión del mismo. La versión en castellano fue revisada y traducida nuevamente al inglés por otro traductor, con la finalidad de asegurar que reflejara realmente el instrumento inicial, haciendo luego la comparación de ambas versiones, y realizando las modificaciones necesarias para su plena comprensión.

Posteriormente se realizaron 2 grupos focales, constituido cada uno por 10 alumnos universitarios escogidos al azar, relacionados al campo médico, y a los cuáles se les aplicó el instrumento con el fin de evaluar la claridad y el contenido de las preguntas, realizándose las correcciones que surgieron de dicho procedimiento.

Instrumento

Las escalas de actitudes evaluaron los siguientes temas:

Actitudes hacia prevención y promoción de salud: Costo efectividad de medidas en prevención de salud, efectividad de la consejería en promoción de salud, importancia de la consejería en promoción de salud y comparación de medidas de prevención frente a la medicina curativa, el rol del médico en proporcionar servicios de medicina preventiva, el rol del médico en la formación de comportamientos en salud, importancia de la equidad en el acceso a los servicios de medicina preventiva.

Actitudes hacia dimensión social de la enfermedad: Importancia de la problemática social en el paciente hospitalizado, papel de las ciencias sociales y su relación con la enfermedad física, enseñanza de factores sociales de la enfermedad en la educación médica, importancia de la asociación entre problemas sociales del paciente y enfermedad.

Actitudes hacia el cuidado del pobre: Importancia de la atención del paciente pobre, interés de ayudar en comunidades indigentes, trabajo voluntario médico con personas pobres, responsabilidad con los más necesitados.

Para la medición de actitudes se utilizó la escala de Likert, la cual acepta expresamente que las actitudes pueden medirse a través de manifestaciones verbales y asume la posibilidad de estudiar dimensiones de actitud a partir de un conjunto de enunciados que operan como reactivos para los sujetos. Estos pueden situarse en la variable de actitud desde el polo más favorable al más desfavorable, de manera que la variación de las respuestas será debida a diferencias individuales de los sujetos (14), recibiendo las respuestas valores desde 1 hasta n (siendo "n" el número de alternativas de respuesta), en donde 1 corresponderá al polo más desfavorable y n al más favorable.

De acuerdo a la naturaleza de la pregunta contó con cinco (Totalmente de acuerdo, de acuerdo, indiferente, en desacuerdo, en completo desacuerdo) o cuatro alternativas de respuesta (Muy importante, algo importante, no muy importante, del todo no importante). En el primer caso (preguntas con cinco alternativas de respuesta) se consideró pregunta respondida adecuadamente si el estudiante estuvo por lo menos "de acuerdo" con la idea correcta (4 puntos) y en el segundo caso (preguntas con cuatro alternativas de respuesta) si consideró por lo menos "algo importante" la idea correcta (3 puntos).

La escala de Actitudes hacia Prevención y Promoción de Salud tuvo nueve preguntas, ocho con cinco

alternativas y una con cuatro alternativas de respuesta, por lo que el punto de corte para considerar actitudes adecuadas fue 35 puntos. La escala de Actitudes hacia *Dimensión social de enfermedad* tuvo cuatro preguntas, todas con cinco alternativas, siendo el punto de corte 16 puntos. La escala de *Actitudes hacia cuidado del pobre* contenía cinco preguntas, dos de ellas con cuatro alternativas y las demás con cinco, siendo el punto de corte 18 puntos.

Se consideró como variable dependiente el porcentaje de alumnos con puntaje adecuado en la escala de actitudes de promoción y prevención de salud, y como variables independientes las variables demográficas, educativas y personales. El test de Chi cuadrado y test exacto de Fisher permitieron evaluar el grado de asociación entre la variable dependiente y las independientes. Además se realizó un análisis multivariado de las variables independientes con las actitudes de prevención y promoción de salud por medio de regresión logística.

RESULTADOS

Entre enero y marzo del 2001 se matricularon en la Facultad de Medicina de la universidad estudiada, 881 estudiantes. Se entregó el cuestionario a 648 de ellos (73,6%), los restantes no estuvieron presentes al momento de aplicación del mismo. De los que participaron, 15 se negaron voluntariamente a resolverla (tasa de respuesta: 97,7%). Las 633 encuestas llenadas fueron revisadas encontrando 25 incompletas, quedando un total de 608 encuestas adecuadamente llenadas (69% del total de alumnos), las cuales se incluyeron en el análisis. Se comparó el porcentaje de varones incluidos en el estudio y de la población estudiantil matriculada, no encontrando diferencia significativa entre estas proporciones.

Del total considerado, 374 (61,51%) estudiantes fueron varones, la edad mínima 15 años y la máxima 30, con una media de $21,3 \pm 2,98$ años. La edad más frecuente fue 20 años (12,6%) (Tabla N°1).

El colegio de procedencia fue particular en el 90,1% de los estudiantes y la mayor parte de ellos (95,5%) manifestaron haber pertenecido al tercio superior en el colegio. El 25,8% tenía un progenitor relacionado a salud y el 58,4% manifestaron una carrera no afín a salud como alternativa en la etapa previa al ingreso.

Actitudes hacia prevención y promoción de salud

Doscientos setenta y seis (45,4%) estudiantes reunieron actitudes adecuadas. Los alumnos de sexto

Tabla N° 1. Características demográficas y educativas de los estudiantes de medicina.

DEMOGRÁFICAS	
Edad	21,3 ± 2,98
Sexo	
Masculino	374 (61,51%)
Femenino	234 (38,49%)
Lugar de nacimiento	591
Extranjero	10 (1,7%)
Lima	461 (78,0%)
Provincia	120 (20,3%)
EDUCATIVAS	
Colegio de procedencia	607
Particular	547 (90,1%)
Nacional	60 (9,9%)
Orden de mérito en el colegio	468
Tercio superior	447 (95,5%)
No tercio superior	21 (4,5%)
Orden de mérito al ingreso a la universidad	539
Quinto superior	262 (48,6%)
No quinto superior	277 (51,4%)
Padre o madre profesional de salud	596
Relacionado a salud	154 (25,8%)
No relacionado a salud	442 (74,2%)
Elección de otra carrera	242
Afín a salud en primer a cuarto año	199 (82,2%)
Afín a salud en quinto a octavo año	43 (17,8%)
	p <0,001

año tuvieron menor proporción de estudiantes con actitudes adecuadas que el resto de años de estudio, diferencia estadísticamente significativa ($p < 0,05$). No se encontró diferencia significativa entre estudiantes que finalizaron los años de preclínica (de primero hasta cuarto) y aquellos que hicieron lo propio con los años de clínica (de quinto a octavo). Hubo una mayor proporción de estudiantes con actitudes adecuadas en séptimo y primer año, aunque esta diferencia no fue significativa.

Actitudes hacia dimensión social de enfermedad y cuidado del pobre

Ciento sesenta y cinco (27,1%) estudiantes mostraron actitudes adecuadas hacia dimensión social de enfermedad. Los estudiantes de sexto año alcanzaron la menor proporción de estudiantes con actitudes adecuadas. No se encontró diferencia estadísticamente significativa entre los estudiantes que terminaron años de preclínica y clínica. Aquellos estudiantes que manifestaron tener como alternativa una carrera no afín a salud en la etapa previa al ingreso tuvieron mejores actitudes en esta escala que aquellos que manifestaron una carrera afín a salud ($p < 0,001$) (Tabla N°2).

Cuatrocientos ochenta (78,9%) estudiantes presentaron actitudes adecuadas hacia el cuidado del pobre, los alumnos de tercer año alcanzaron la mayor

Tabla N° 2. Actitudes hacia prevención y promoción de salud por año académico.

Año académico	Actitudes hacia prevención y promoción de salud	
	Adecuado	Inadecuado
Primer año	50 (53,8%)	43 (46,2%)
Segundo año	40 (40,8%)	58 (59,2%)
Tercer año	42 (44,2%)	53 (55,8%)
Cuarto año	38 (43,7%)	49 (56,3%)
Quinto año	30 (52,6%)	27 (47,4%)
Sexto año *	14 (22,6%)	48 (77,4%)
Sétimo año	16 (59,3%)	11 (40,7%)
Octavo año	46 (51,7%)	43 (48,3%)
Total	276 (45,4%)	332 (54,6%)

*p<0.05

proporción de estudiantes con actitudes adecuadas (90,5%), seguido de los de primer y segundo año. Los estudiantes de sexto año alcanzaron la proporción más baja con 51,6%. Los estudiantes que terminaron años de preclínica (primero a cuarto) alcanzaron mayor proporción de actitudes adecuadas que aquellos que culminaron años de clínica (quinto a octavo), diferencia estadísticamente significativa (p<0,001) (Tabla N°3).

No se encontró asociación estadística entre la escala de actitudes hacia prevención y promoción de salud con las siguientes variables: edad, sexo, lugar de nacimiento, colegio de procedencia, orden de mérito en el colegio, orden de mérito de ingreso a la Universidad, contar con progenitores médicos y la elección de una carrera afín a salud como segunda alternativa en la etapa previa al ingreso.

Se evidenció asociación significativa entre la escala de actitudes hacia prevención y promoción en salud y las escalas de actitudes hacia la dimensión social de enfermedad y actitudes hacia el cuidado del pobre

Tabla N°4. Tabla de Regresión logística entre la escala de “Actitudes de prevención y promoción de salud” y las escalas de “Dimensión social de enfermedad y cuidado de Pobre”.

Variables	B	Significancia	Exp(B)	Intervalo de confianza	
				Límite inferior	Límite superior
Dimensión social de enfermedad.	0,8188	0,0002	2,2677	1,4656	3,5089
Cuidado del pobre	0,9181	0,0004	2,5046	1,5005	4,1806

Tabla N°3. Actitudes hacia “Dimensión social de enfermedad y cuidado del pobre” según año académico.

Año de estudio	Actitudes hacia dimensión social de enfermedad	Actitudes hacia cuidado del pobre
	Actitudes adecuadas	Actitudes adecuadas *
Primer año	19 (20,4 %)	84 (90,3 %)
Segundo año	23 (23,5 %)	83 (84,7 %)
Tercer año	28 (29,5 %)	86 (90,5 %)
Cuarto año	22 (25,3 %)	69 (79,3 %)
Quinto año	22 (38,6 %)	44 (77,2 %)
Sexto año	8 (12,9 %)	32 (51,6 %)
Sétimo año	7 (25,9 %)	22 (81,5 %)
Octavo año	34 (40,4 %)	60 (67,4 %)
Total	165 (27,1 %)	480 (78,9 %)

*P<0.001 entre estudiantes que finalizaron años de preclínica y clínica.

(p<0,05). El análisis desagregado mostró asociación entre la escala de actitudes hacia prevención y promoción de salud y la escala de actitudes hacia dimensión social para los años tercero, cuarto, sexto y octavo; y asociación entre la escala de actitudes hacia prevención y promoción de salud y la escala de actitudes hacia el cuidado del pobre para cuarto y sexto (p<0,05) (Tabla N°4).

De las variables consideradas para el análisis multivariado solo las escalas de dimensión social de enfermedad y cuidado del pobre explicarían este modelo.

DISCUSIÓN

Durante las últimas décadas la prevención y promoción de la salud se han desarrollado como armas fundamentales, tanto como medidas correctivas orientadas a restablecer los lazos existentes entre salud y bienestar social como también en el desarrollo de calidad de vida colectiva e individual (16). En este contexto las actitudes del personal de salud hacia estos conceptos resulta fundamental (8) y se forman en diversos ámbitos, en especial durante la formación universitaria. Cada uno de ellas comparte una serie de factores en los cuales se interrelacionan creencias, rasgos de personalidad, motivación educación recibida, etc.

Este estudio busca reconocer mediante un cuestionario las actitudes hacia prevención y promoción de salud de estudiantes de los diferentes años de la carrera medica. La alta tasa de respuesta y la falta de diferencia estadística en la proporción de varones entre el número de estudiantes captados y la totalidad de

estudiantes fueron indicadores de la representatividad de la muestra.

El 45,4% de la población de estudiantes alcanzó actitudes adecuadas hacia prevención y promoción de la salud. Bellas y col. en su estudio con estudiantes norteamericanos que cursaban el primer año de la carrera encuentra una proporción de 69% con actitudes adecuadas en comparación con los estudiantes que terminaron el primer año de nuestra universidad donde sólo 40,8% alcanzaron actitudes adecuadas. Los resultados pueden ser reflejo de diferencias en la enseñanza de estos temas entre universidades norteamericanas con universidades como las nuestras en el primer año de carrera, aunque se espera que esta diferencia sea similar en años posteriores. Las universidades norteamericanas desarrollan un mayor número de cursos relacionados a prevención y promoción de la salud, pues la tendencia seguida a la transición epidemiológica del patrón de enfermedades, ha ido logrando que la medicina curativa deje de ser la preocupación principal, para ser suplido por la medicina preventiva (acciones necesarias para evitar el desarrollo de la enfermedad) (17). Pese a que aun hay aspectos que cambiar, existe evidencia que la enseñanza de prevención y promoción de salud está atravesando por una serie de cambios, sobre todo en países como el nuestro en donde los esfuerzos por darle un mayor apoyo a la prevención y promoción de la salud, se está reflejando en cambios curriculares (8,18,19,20) en carreras profesionales relacionadas al campo médico, y en intervenciones apoyadas por el Sector Salud, como los municipios saludables, entornos saludables, escuelas saludables, entre otras, orientadas a la población.

Nuestros estudiantes no mostraron un predominio de actitudes adecuadas hacia prevención y promoción de salud en los diferentes estudios de la carrera médica y estas actitudes se mantuvieron homogéneas a lo largo de los años de estudio. Los estudios al respecto muestran resultados controversiales que obedece a realidades distintas aunque el patrón general se mantenga. Para algunos investigadores los estudiantes de primeros años tendrían mejores actitudes (6,17,21), mientras que otros reportan asociación entre mayor nivel de estudio y una actitud más apropiada hacia promoción de salud (22,23).

Durante los primeros años, cursos como estilos de vida y salud y; sociedad y cultura, permitirían mayor aproximación y conocimiento en prevención y promoción de salud. Pero en años de clínica ocurre un proceso diferente, se carece de cursos de medicina preventiva como tal y se intensifica la enseñanza de medicina ambulatoria y hospitalaria que por lo general

es curativa. Por tanto la enseñanza en la universidad interviene estimulando la adquisición de actitudes adecuadas en prevención y promoción de salud en los primeros años de estudio a diferencia de los años siguientes; sin embargo, en la etapa clínica se suma un efecto no considerado que puede favorecer las actitudes pese a que no proviene de la educación impartida por la Universidad en sí. En estudiantes de últimos años, las actitudes adecuadas en promoción y prevención de salud se ven reforzadas por el contacto directo con los pacientes, la relación con ellos generan a su vez interés y enseñanza de aspectos preventivos. Estas relaciones se desarrollan en un contexto de problemas no médicos del paciente que obliga de alguna manera al estudiante a aprender conductas necesarias para la resolución de dichos problemas, sirviendo a su vez de estímulo al conocimiento de temas de prevención y promoción de salud (que se desarrollan durante las actividades cotidianas como en la realización de la historia clínica, trabajo de piso, evoluciones, necesidad de conseguir medicinas para pacientes sin dinero o con escaso dinero). Si bien las actitudes frente a promoción y prevención de salud se van manteniendo con los años de estudio, existiría una tendencia a mejorarlas al entrar en un vínculo más cercano con los pacientes en años de práctica hospitalaria. La falta de cursos impartidos acerca de prevención y promoción de salud en años de clínica se vería compensando por este fenómeno de acercamiento e interacción con el paciente, que sería la razón por la que no se ha encontrado un corte o intervalo de edad asociado a mejores actitudes hacia prevención y promoción de salud.

La relación de ciertos aspectos para la adquisición o receptividad de actitudes adecuadas como: lugar de nacimiento, colegio de procedencia (Lima o provincia), tipo de colegio de procedencia (particular o nacional), tipo de carrera opcional a la carrera medica previa al ingreso universitario (relacionada o no a salud), presencia de padres médicos, orden de mérito (de egreso escolar y de ingreso universitario) podría reflejar diferencias reales entre sus actitudes de prevención y promoción de salud. Sin embargo, nuestros resultados muestran que estas variables intervienen de manera no significativa en la formación de actitudes hacia prevención y promoción de salud.

Estudios como el de la Universidad de Montreal, encontraron que contar con familiares médicos se relaciona a una mayor orientación a la prevención en médicos graduados (16). La Universidad de Oregon en 1993, encontró que los temas de interés y preocupación en los estudiantes de primer año giran en torno a su realidad personal y familiar, más que para su comunidad y sociedad (24), ambos apoyan la idea que existen

factores familiares importantes pero cuyo resultado final depende de la interacción de otros factores.

Aquellos estudiantes que ingresaron dentro del quinto superior no alcanzaron mejores actitudes que quienes ingresaron en otro orden de mérito, un ambiente exigente y competitivo no sería suficiente para la adquisición de actitudes adecuadas en prevención y promoción de salud, sino que se necesitaría otros componentes que involucren comportamientos y habilidades donde el estudiante se involucre, participe y aplique en la práctica lo que aprende. Este aspecto se aprecia mejor en la participación de estudiantes en actividades hacia su comunidad, en los que sí se ha encontrado mejores actitudes (25,26,27). Se podría afirmar entonces que el desarrollo de habilidades y prácticas que estimulan estas actitudes se dan en forma similar tanto en aquellos que se encuentran en un orden de mérito alto como en aquellos que no lo están.

Respecto a la dimensión social de enfermedad se encontró que sólo 30% presentaron actitudes adecuada en esta escala. Si bien existieron diferencias en algunos años de estudio por factores específicos en esos años, en forma global estadísticamente no hubo diferencias reflejando que la actitud del estudiante frente a la realidad social del paciente tiende a conservarse con los años. Cabe mencionar que existieron mejores actitudes por parte de aquellos que tuvieron como alternativa una carrera no afín a salud en la etapa previa al ingreso.

Los estudiantes de preclínica tuvieron mejores actitudes hacia el cuidado del pobre que aquellos de años de clínica. Esto podría apoyar la idea que los estudiantes de primeros años tienen una mejor aproximación a los pacientes indigentes, y muestran mayor solidaridad con ellos. Estos estudiantes probablemente respondan inicialmente a la vocación de servicio de la carrera desarrollando un sentido mayor de solidaridad. Estas actitudes tienden a disminuir con los años de estudio, lo cual es reportado por algunos autores al mencionar que a lo largo de la carrera, las actitudes y el grado de compromiso con ellos disminuyen (10).

Se encontró una estrecha asociación entre las actitudes hacia prevención y promoción de salud y las actitudes hacia dimensión social de enfermedad y cuidado del pobre, que implica que los factores más importantes para estas actitudes se encuentran en las creencias personales y percepciones del estudiante acerca del entorno y específicamente por la actitud que tenga acerca de los problemas sociales del paciente y su aproximación a los pobres. Algunos estudios

comparan actitudes de los estudiantes en su grado de responsabilidad con la sociedad, por ejemplo, el tener una visión más cercana a los problemas del paciente, entendido como persona, incluyendo problemas sociales, son buenos predictores de actitudes hacia prevención y promoción de salud (6,10). Sin embargo son pocos los estudios que muestran una relación entre actitudes positivas hacia realidades sociales del paciente y promoción de salud. (12). Otros estudios muestran que la experiencia previa en servicios de personas abandonadas favorece tanto, la posterior ayuda en estos servicios, así como una mejor actitud hacia los pobres (28). Las actitudes, preocupación y responsabilidad de los estudiantes y médicos con los pobres, muestran una relación estrecha con el desarrollo integral y humano de los profesionales (10,12,29). Por tanto el desarrollo de capacidades en este sentido va de la mano con el buen desempeño de actitudes hacia prevención y promoción de salud y actuarían como importantes predictores para estas actitudes. El grado de influencia de estos dos predictores se vio expresado en algunos años de estudio, encontrando en tercero, cuarto sexto y octavo una correlación significativa entre las actitudes hacia dimensión social de enfermedad y las actitudes hacia prevención y promoción de salud ($p < 0,05$).

El análisis multifactorial demostró que de todas las variables estudiadas, sólo las actitudes hacia dimensión social de enfermedad y cuidado del pobre resultaron ser los factores de mayor importancia en las actitudes hacia prevención y promoción de salud, y que explican su resultado actual. Influyen de manera conjunta como independiente y sin ser alteradas por la influencia de otras variables. Este resultado también fue reportado por Bellas y col. en estudiantes de medicina norteamericanos (12), al encontrar que estas dos actitudes explicaban de manera importante las actitudes hacia prevención y promoción de salud.

Es complicado definir la totalidad de factores que pueden influir en las actitudes hacia prevención y promoción de salud, aunque se ha tratado de considerar todos aquellos que tuvieron alguna relación. Existió 31 % de estudiantes que no fueron evaluados, aunque se espera que la distribución de sus actitudes no varíe, debido a que no hubo un criterio de selección, sino por el contrario fue aleatorio. Por último es difícil medir la relación entre actitudes y comportamiento, aunque en algunos casos no haya una relación directamente proporcional, por lo general se espera que haya una relación directa o afín.

Consideramos que los hallazgos encontrados son importantes, pues pueden ser considerados para comprender mejor los factores del estudiante, como el

medio que lo rodea, que están estrechamente relacionados con las actitudes hacia prevención y promoción de salud. Se debe de impulsar la enseñanza en pregrado de temas en prevención y promoción de salud en busca de mejorar sus actitudes.

Este estudio constituye uno de los primeros en evaluar las actitudes y la necesidad de la enseñanza de temas en promoción de salud y medicina preventiva, deben realizarse otros estudios que permitan su actualización y mejoren la aplicación de estos temas en la práctica clínica de los estudiantes de medicina.

Correspondencia:

José Enrique Velásquez Hurtado
 Av. Honorio Delgado 430, San Martín de Porres,
 Lima-Perú
 Departamento de Ciencias Morfológicas
 Teléfono: 511- 3190000. Fax 511-3819072
 Correo electrónico: 03508@upch.edu.pe

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- Gómez M. Conceptos básicos en promoción de la salud. En: Agencia Canadiense de desarrollo internacional. Teoría y guía práctica para la promoción de la salud. Montreal: Universidad de Montreal; 1995: 5-22.
- García JC. Enseñanza de la medicina preventiva y social. En: Organización Mundial de la Salud La educación Médica en la América Latina. Washington DC: Organización Mundial de la Salud. Publicación Científica No 255;1972. p. 86-167.
- López LA, Aranda JM. Una aproximación histórica. En: Escuela Andaluza de Salud Pública. Promoción de salud: Un enfoque en salud pública. Granada, España: Escuela Andaluza de Salud Pública. 1994. p. 9-16.
- Clark DW, Mac Mahon B. A vocabulary for preventive and community medicine. En: Harvard School of Medicine Preventive and Community. New York, USA: Harvard School of Medicine;1981. p. 3-15.
- Jáuregui R, Suarez CH, Coartua P. Promoción de la salud y prevención de las enfermedades esfuerzos en Salud Familiar. Bogota: Editorial Médica Int. Ltda; 1988. p. 9-11.
- Meakin RP, Lloyd MH. Disease prevention and health promotion: A study of medical students and teachers. Med Educ 1996; 30:97-104.
- Lip C. Los cambios en la profesión médica y sus implicaciones. El caso del Perú. Educ Med Salud 1994; 28(1): 94-123.
- Garr D. Prevention education and evaluation in U.S. Medical schools: A status report. Acad Med 2000;75(7):14-21.
- Burns RB, Dobson CB. Attitude measurement. En: Experimental psychology research methods and statistics. Baltimore Maryland: University Park Press; 1981. p. 369-77.
- Crandall SJ, Volk RJ, Loemker V. Medical students' attitudes toward providing care for the underserved. Are we training socially responsible physicians?. JAMA 1993;269(19): 2519-23.
- Laschinger HK, Tresolini CP. An exploratory of nursing and medical students health Promotion counseling self-efficacy. Nurse Educ Today 1999;19(5):408-18.
- Bellas PA, Asch SM, Wilkes M. What Students Bring to Medical School Attitudes Toward Health Promotion and Prevention. Am J Prev Med 2000;18(3):242-8.
- Batenburg V, Smal JA, Lodder A, de Melker RA. Are professional attitudes to gender and medical specialty?. Med Educ 1999;33(7):489-92.
- Grayson MS, Newton DA, Whitley TW. First-year medical students' knowledge toward primary care careers. Fam Med 1996;28(5):337-42.
- Hayas N. Actitudes, prejuicios y comportamientos de las masas. En: Psicología. Madrid:Ediciones Harcourt;1999. p. 416-9.
- Kickbusch I. Promoción de la salud: Una perspectiva mundial. En: Promoción de la salud: Una Antología. Washington DC: Organización Panamericana de la Salud Publicación Científica No 557;1992:15-24.
- Greenland P, Derby CA. Medical Students' attitudes toward prevention of cardiovascular diseases from entry graduation. Preventive Cardiology Academic Cooperative Research Group of the National Heart, Lung, and Blood Institute. Am J Prev Med 1992;8(1):53-7.
- Sachdeva A. Faculty development and Support Needed to integrate the learning of prevention in the curricula of Medical Schools. Acad Med 2000;75(7):35-42
- Bland C, Starnaman S, Wersal L, Moorhead-Rosenberg L, Zonia S, et al. Curricular change in medical schools: How to succeed. Acad Med 2000;75(6):575-94.
- Pomrehn PR, Davis MV, Chen W, Barker W. Preventive for the 21st Century: setting the context through undergraduate medical education. Acad Med 2000;75(7):S5-12.
- Delnevo CD, Abatemarco DJ, Gotsch AR. Health behaviors and health promotion /disease prevention perception of medical students. Am J Prev Med 1996;21(1):38-43.
- Dornbursh RL, Singer P, Bownstein EJ, Freedman AM. Maintenance of psychosocial attitudes in medical students. Soc Sci Med 1985;20(1):107- 9.
- Phillips B, Rubeck R, Hathaway M, Becker M, Boehlecke B. Preventive medicine: What do future practitioners really need? Are they getting it in medical school?. J Ky Med Assoc 1993;91(3):104-11.
- Fields SA, Toffler WL. Hopes and concern of a first-

- year medical school class. *Med Educ* 1993;27(2):124-9.
25. Rolfe IE, Pearson SA, Cleary EG, Gannon C. Attitudes towards community medicine: a comparison of students from traditional and community-oriented medical schools. *Med Educ* 1999;33(8):606-11.
26. Jones KV, Hsu-Hage BH. Health promotion projects: Skill and attitude learning for medical students. *Med Educ* 1999;33:585-91.
27. Field TS, Baldor RA, Casey LM, Chuman A, Lasser D, et al. Introducing managed care to the medical school curriculum: effect on student attitudes. *Am J Manag Care* 1998;4(7):1015-21.
28. O'Toole TP, Hanusa BH, Gibbon JL, Boyles SH. Experiences and attitudes of residents and students influence voluntary service with homeless populations. *J Gen Intern Med* 1999;14(4):211-6.
29. Miles S. What are we teaching about indigent patients?. *JAMA* 1992;268(18):2561-2.

Recibido: 17-01-05
Aceptado para publicación: 23-02-06