

UNIVERSIDAD NACIONAL HERMILIO VALDIZÁN

ESCUELA DE POSGRADO



=====

**NIVEL DE CONOCIMIENTOS DE LOS CUIDADORES
DE NIÑOS Y SU RELACIÓN CON LA PREVENCIÓN DE
INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS EN EDAD
INFANTIL, LIMA-2018**

=====

Línea de investigación: Gerencia en salud

**TESIS PARA OPTAR EL GRADO DE MAESTRO EN
ADMINISTRACIÓN Y GERENCIA EN SALUD**

TESISTA: MARÍA LUISA FLORES TASAYCO

ASESOR: DRA. DAGMARA M. CORDERO RUIZ

HUÁNUCO – PERÚ

2019

DEDICATORIA

A mi familia hermosa que me ha brindado durante toda mi vida apoyo, confianza absoluta en mi misma, en mi valer y en mis capacidades de llegar a alcanzar todas las metas por muy inalcanzables que estas parezcan, gracias infinitas.

María Luisa

AGRADECIMIENTO

A todos aquellos que de una forma u otra han contribuido con sus aportes y esfuerzos a la culminación de este trabajo.

María Luisa

RESUMEN

Esta investigación aborda la temática referida a la prevención de las IRA para evitar la morbimortalidad que suele presentarse en edad pediátrica. El objetivo general: Determinar la relación que existe entre el nivel de conocimientos en cuidadores de niños y la prevención de infecciones respiratorias agudas en edad infantil, Lima-2018. Se realizó una investigación correlacional de corte transversal, cuyo universo estuvo constituido por los 41 cuidadores de los niños ingresados en los Servicios de Urgencias y Misceláneas del Hospital del Niño. La muestra fue 15 cuidadores de pacientes ingresados a partir de un muestreo intencional. Se realizó un diseño no experimental. Se aplicó como instrumentos una guía de observación para el cuidador que contempló aspectos relacionados con su desenvolvimiento al prestar los cuidados necesarios a su paciente infectado y una encuesta para conocer el nivel de conocimientos. La prueba de hipótesis general, mediante la prueba estadística Chi cuadrado, arroja que el nivel de conocimientos en cuidadores de niños se relaciona con la prevención de infecciones respiratorias agudas en edad infantil, Lima-2018, con un p valor de 0.001 de significancia. El nivel de conocimientos en cuidadores de niños con respecto a los hábitos alimentarios se relaciona con la prevención de infecciones respiratorias agudas en edad infantil, Lima-2018, al arrojar un p valor de 0.005 de significancia. El nivel de conocimientos en cuidadores de niños con respecto a las vías de adquisición de enfermedades se relaciona con la prevención de infecciones respiratorias agudas en edad infantil, Lima-2018, al arrojar un p valor de 0.005 de significancia. El nivel de conocimientos en cuidadores de niños con respecto a los hábitos higiénicos se relaciona con la prevención de infecciones respiratorias agudas en edad infantil, Lima-2018, al arrojar un p valor de 0.005 de significancia. **Palabras claves:** Calidad; enfermería; pediatría; promoción y prevención; audiencia sanitaria.

ABSTRACT

This research addresses the issue related to the prevention of ARF to avoid the morbidity and mortality that usually occurs in pediatric age. The general objective: To determine the relationship that exists between the level of knowledge in caregivers of children and the prevention of acute respiratory infections in children, Lima-2018. A cross-sectional correlational investigation was carried out, the universe of which was made up of 41 caregivers of children admitted to the Emergency and Miscellaneous Services of the Children's Hospital. The sample was 15 caregivers of patients admitted from an intentional sampling. A non-experimental design was carried out. An observation guide for the caregiver was applied as instruments that contemplated aspects related to their development when providing the necessary care to their infected patient and a survey to know the level of knowledge. The general hypothesis test, using the Chi-square statistical test, shows that the level of knowledge in caregivers of children is related to the prevention of acute respiratory infections in childhood, Lima-2018, with a p value of 0.001 of significance. The level of knowledge in caregivers of children regarding eating habits is related to the prevention of acute respiratory infections in children, Lima-2018, by yielding a p value of 0.005 of significance. The level of knowledge in caregivers of children regarding the pathways of disease acquisition is related to the prevention of acute respiratory infections in childhood, Lima-2018, by yielding a p value of 0.005 of significance. The level of knowledge in caregivers of children regarding hygiene habits is related to the prevention of acute respiratory infections in childhood, Lima-2018, by yielding a p value of 0.005 of significance. **Keywords:** Quality; Nursing; pediatrics; promotion and prevention; health hearing.

ÍNDICE

DEDICATORIA.....	ii
RESUMEN.....	iv
ABSTRACT	v
ÍNDICE	vi
INTRODUCCIÓN.....	1
CAPÍTULO I: DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN	4
1.1. Fundamentación del problema de investigación	4
1.2. Justificación	5
1.3. Importancia o propósito	6
1.4. Limitaciones.....	6
1.5. Formulación del problema de investigación	6
1.5.1. Problema general.....	6
1.5.2. Problemas específicos	7
1.6. Formulación de los objetivos.....	7
1.6.1. Objetivo General.....	7
1.6.2. Objetivos específicos	7
1.7. Formulación de la hipótesis	8
1.7.1. Hipótesis general	8
1.7.2 Hipótesis específicas	8
1.8. Operacionalización de variables	9
1.9. Definición de Términos Operacionales	9
CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO	11
2.1. Antecedentes.....	11
2.2. Bases teóricas	15
2.3. Bases conceptuales.....	26
1.- Clasificación según el tamaño	31

2.- Clasificación según el grado de conocimiento	31
3.- Clasificación según el grado de homogeneidad	31
4.- Clasificación según criterios sociodemográficos.....	32
5.- Clasificación según la ubicación	32
7.- Clasificación según el nivel de predisposición.....	32
CAPÍTULO III: METODOLOGÍA	34
3.1 Ámbito	34
3.2 Población.....	34
3.3 Muestra	34
3.5 Diseño de Investigación.....	35
3.6 Técnicas e Instrumentos.....	35
3.7 Validación y confiabilidad del instrumento.....	36
3.8 Procedimiento.....	37
3.9 Tabulación	37
CAPÍTULO IV: RESULTADOS Y DISCUSIÓN	39
4.1 Análisis descriptivo	39
4.2 Análisis inferencial y contrastación de hipótesis	43
4.4 Aporte de la investigación.....	53
CONCLUSIONES	55
RECOMENDACIONES O SUGERENCIAS	56
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	57
ANEXOS	63
Anexo 01: Matriz de consistencia.....	64
Anexo 02: Consentimiento informado.....	65
Anexo 03: Instrumentos	66

INTRODUCCIÓN

Las enfermedades transmisibles siguen siendo una gran amenaza para la salud pública en el mundo. Existen enfermedades endémicas en distintas regiones del mundo como la malaria y otras emergentes como el VIH/SIDA que resultan devastadoras y azotan muy fuerte a la población de los países pobres. La resistencia microbiana considerada la “Epidemia de Siglo XX” avanza a pasos agigantados y pone en franco peligro el tratamiento y evolución de las enfermedades contagiosas. Otro hecho de connotación importante que preocupa a las organizaciones de salud internacionales, regionales y nacionales, es la existencia de cepas de Mycobacterium Tuberculosis multirresistente causa por la cual todavía fallecen millones de personas de TB cada año. Entidades infectocontagiosas como el Síndrome Respiratorio Agudo Grave en 2002 reconocido como una amenaza global, constituyo un proceso emergente relevante por sus singulares características clínicas y epidemiológicas dejó claro que con los intensivos viajes intercontinentales viajan las infecciones peligrosas y las pandemias pueden expandirse por el mundo en sólo unos pocos días, cuando antes tomaba meses para que se propagara una pandemia ahora es posible que ocurra ese fenómeno en tan corto periodo de tiempo que las medidas para contenerla deben ser preparadas con antelación. Incluso el cambio climático tiene un impacto en la incidencia de las enfermedades transmisibles. Frente a esta dura realidad, las medidas de prevención y contención de las enfermedades transmisibles deben ser una prioridad.

Las enfermedades transmisibles ocasionan una gran carga de morbilidad y mortalidad en los países de la Región de las Américas. En el Perú son una de las principales causas de mortalidad (1)

Las enfermedades transmisibles en Perú incluyen: infección por el VIH/SIDA, infecciones de transmisión sexual (ITS) las hepatitis virales, enfermedades diarreicas de etiología principalmente parasitaria y viral, la tuberculosis, la malaria y otras enfermedades transmitidas por vectores tropicales y zoonóticas, así como las enfermedades prevenibles mediante vacunación. (1)

En el Perú, hasta la semana epidemiológica (SE) 10- 2018, se han notificado 360422 episodios de IRA en menores de 5 años, 19650 episodios de Síndrome de Obstrucción Bronquial y Asma Bronquial (SOB/Asma), 3070 episodios de neumonía en menores de 5 años y 3451 en mayores de 60 años. También, se han reportado 28 defunciones por neumonía en menores de 5 años y 221 en mayores de 60 años; se observa un incremento en la notificación de neumonías en mayores de 60 años. En comparación con el 2017, hasta la SE 10 las IRA han disminuido en un 7,7 %, siendo el departamento de Huánuco el que presenta un incremento del 14,9 %; asimismo, los departamentos de Ucayali, Pasco y Amazonas presentan las incidencias más altas (2)

La promoción de la salud y la prevención de la enfermedad son todas aquellas acciones, procedimientos e intervenciones integrales, orientadas a que la población, los individuos, las familias disfruten de una vida saludable.

El propósito de los programas de Promoción y Prevención es ofrecer servicios de salud que promuevan en las comunidades una vida sana, feliz, placentera y productiva. Por su naturaleza, estos programas son una responsabilidad compartida entre las personas, las familias, las organizaciones y los estados.

CAPÍTULO I: DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1. Fundamentación del problema de investigación

Las enfermedades transmisibles que suelen presentarse en edad pediátrica constituyen un importante problema de salud por la morbilidad que pueden presentar, algunas de ellas dando al traste con la vida del infante por las características de su gravedad producto del propio agente causal y su manejo clínico terapéutico, otras dejando serias secuelas que lo limitan en su socialización así como en el desarrollo normal de su vida, otras diseminándose de forma rápida y originando importantes brotes epidémicos que trastornan la organización escolar del niño, la familiar y la social, etc.

En la atención sanitaria que día a día se desarrolla en las instituciones de salud de nuestro país, se observa con mayor o menor incidencia, problemas de salud que involucran principalmente Infecciones Respiratorias Agudas (IRA) y Enfermedades Diarreicas Agudas (EDA), producidas por diversos microorganismos principalmente bacterias, virus y parásitos, adquiridos en el entorno familiar y a través de varias vías de contaminación, muchas de ellas prevenibles y donde el nivel de información y educación sanitaria de cuidadores es insuficiente.

La Organización Panamericana de la Salud (OPS) en su Reporte Estadístico del 2016 sobre Perú, hace referencia a una morbilidad en niños menores de 5 años de 18,0 X 1000 nacidos vivos (nv) y

señala como indicador de salud más relevante la Tuberculosis Pulmonar con 95,1, que de hecho es una enfermedad reemergente a que se aspira sino erradicar al menos disminuir el número de casos afectos en el mundo entero (1)

Por otro lado, el Anuario Estadístico de Perú del 2015, reporta casos de enfermedades transmisibles como Meningoencefalitis Bacteriana, Tosferina y dentro de los patógenos de EDA, Entoamebas, Virus de la Hepatitis A, Enterovirus y Rotavirus. Están presentes también en este cuadro epidemiológico otras patologías infecciosas como Enfermedad de Chagas, Leishmaniosis, Malaria Dengue y Chikungunya según área geográfica del país. (3).

De igual forma en la Cobertura de Inmunización de enfermedades infecciosas en niños se reportan cifras en lo que respecta a Sarampión, Rubeola y Parotiditis (SRP), Tuberculosis (BCG), Tétanos, Rotavirus y Poliomiелitis (2).

1.2. Justificación

Resulta de mucho interés reconocer y señalar, que es importante que los países mediante investigaciones realizadas en los diferentes niveles de atención sanitaria lleguen a conocer la realidad de sus problemas de salud, ya sea comportamiento de las enfermedades transmisibles o crónicas no transmisibles, accidentalidad, suicidios e Infecciones Asociadas a la Atención Sanitaria (IASS) así como que se planifiquen de la misma forma acciones que permitan capacitar, socializar el conocimiento sobre todos estos aspectos vinculados

con la salud humana en lo que respecta a promoción y prevención de las mismas en los ciudadanos.

1.3. Importancia o propósito

Esta investigación proporciona una herramienta a utilizar por el personal de enfermería para brindar capacitación precisa a cuidadores de pacientes en la edad pediátrica relacionada con aspectos epidemiológicos esenciales sobre infecciones respiratorias y digestivas tributarios también de tener en cuenta en su protección personal y para el resto de la comunidad donde viven.

1.4. Limitaciones

En la presente investigación las limitaciones estuvieron determinadas por las características del propio tema objeto de investigación, en esta proyección la mayor limitación que encontramos, estuvo relacionada con el hecho que son muy escasos los autores nacionales que abordan la temática en Perú por ser algo novedosa, por lo tanto, recurrimos principalmente a la experiencia internacional reportada.

1.5. Formulación del problema de investigación

1.5.1. Problema general

¿De qué manera el nivel de conocimientos en cuidadores de niños se relaciona con la prevención de infecciones respiratorias agudas en edad infantil, Lima-2018?

1.5.2. Problemas específicos

- ¿En qué medida el nivel de conocimientos en cuidadores de niños con respecto a los hábitos alimentarios se relaciona la prevención de infecciones respiratorias agudas en edad infantil, Lima-2018?
- ¿En qué medida el nivel de conocimientos en cuidadores de niños con respecto a las vías de adquisición de enfermedades se relaciona con para la prevención de infecciones respiratorias agudas en edad infantil, Lima-2018?
- ¿En qué medida el nivel de conocimientos en cuidadores de niños con respecto a los hábitos higiénicos se relaciona con la prevención de infecciones respiratorias agudas en edad infantil, Lima-2018?

1.6. Formulación de los objetivos

1.6.1. Objetivo General

- Determinar la relación que existe entre el nivel de conocimientos en cuidadores de niños y la prevención de infecciones respiratorias agudas en edad infantil, Lima-2018.

1.6.2. Objetivos específicos

- Determinar la relación que existe entre el nivel de conocimientos en cuidadores de niños con respecto a los hábitos alimentarios y la prevención de infecciones respiratorias agudas en edad infantil, Lima-2018.
- Determinar la relación que existe entre el nivel de conocimientos en cuidadores de niños con respecto a las vías de adquisición de enfermedades y la prevención de infecciones respiratorias agudas en edad infantil, Lima-2018

- Determinar la relación que existe entre el nivel de conocimientos en cuidadores de niños con respecto a los hábitos higiénicos y la prevención de infecciones respiratorias agudas en edad infantil, Lima-2018.

1.7. Formulación de la hipótesis

1.7.1. Hipótesis general

- El nivel de conocimientos en cuidadores de niños se relaciona con la prevención de infecciones respiratorias agudas en edad infantil, Lima-2018.

1.7.2 Hipótesis específicas

- El nivel de conocimientos en cuidadores de niños con respecto a los hábitos alimentarios se relaciona la prevención de infecciones respiratorias agudas en edad infantil, Lima-2018?
- El nivel de conocimientos en cuidadores de niños con respecto a las vías de adquisición de enfermedades se relaciona con para la prevención de infecciones respiratorias agudas en edad infantil, Lima-2018.
- El nivel de conocimientos en cuidadores de niños con respecto a los hábitos higiénicos se relaciona con la prevención de infecciones respiratorias agudas en edad infantil, Lima-2018.

1.8. Operacionalización de variables

Variables	Tipo de variable	Definición Operacional	Indicador
-Nivel de conocimientos de cuidadores	Cualitativa	<ul style="list-style-type: none"> • Suficiente. Cuando cumple los tres ítems en su totalidad • Medianamente Suficiente. Cuando cumple al menos, 1a y 1b 2b y 2c y 3a,3b,3c 3d • Insuficiente Cuando cumple 1 aspecto o menos de los ítems 	Por ciento

1.9 Definición de Términos Operacionales

La autora asevera que al referirse al nivel de conocimientos del cuidador el mismo debe conocer los siguientes aspectos sobre la prevención de enfermedades transmisibles como las IRA:

1-Vias de adquisición de la enfermedad:

1a-Aérea.

1b-Digestiva

1c-Contacto Directo en las Enfermedades Diarreicas Agudas.

2-Vias de contaminación:

2a- Inhalación de partículas infecciosas contenidas en gotas de saliva presentes en el ambiente.

2b-Alimentos o agua de consumo contaminados.

2c-Inadecuada disposición de las excretas

2d-Manos contaminadas.

3-Medidas de prevención:

3a-Lavado de las manos con jabón.

3b-Practica adecuada de higiene personal y social.

3c-Conservación y protección adecuada de los alimentos.

3d-Garantía del consumo de agua potable.

3e-Utilización de la lactancia materna

3f-Existencia de vacunas para la protección de determinados agentes infecciosos.

CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes

La Promoción y Prevención de Salud como eslabón esencial en la cadena de determinantes de la salud, es un tópico que ha sido abordado por muchos estudiosos sumamente interesados en ello en todos los confines del mundo por la importancia y repercusión positiva que implican en la verdadera salud de los seres humanos.

Para abordar este tema se hace necesario conocer la evolución cronológica del surgimiento y mantenimiento a través de los años de los términos de “Promoción y Prevención”. Tras realizar una exhaustiva revisión del tema la autora decidió referirse al mismo a través de la panorámica brindada por Céspedes, I, La Habana Cuba 2013, (4) en su investigación donde reseña lo siguiente:

“Tras la Segunda Guerra Mundial y habiéndose constituido la Organización de Naciones Unidas (ONU), se imponía la creación de una organización a nivel mundial encargada de atender los problemas de salud en el planeta. En julio de 1946 se celebró la Conferencia Internacional de Salud, organizada por una de las dependencias de las Naciones Unidas, el Consejo Económico y social de la ONU y en dicha esa conferencia se gestaron los primeros acuerdos que llevarían a la creación de la Organización Mundial de la Salud (OMS) dos años más tarde. Es necesario señalar que ya desde la primera reunión oficial de los miembros de la ONU en 1945 se había abordado la atención a la salud. El 7 de abril de 1948 quedó constituida la OMS como órgano encargado de gestionar las políticas de prevención, promoción e intervención de salud a nivel mundial. Entre sus principales objetivos además está que todos los pueblos,

sin distinciones de raza, religión o ideologías, puedan gozar del máximo de salud que sea posible lograr. En 1945 el historiador Henry E. Sigerist relacionó Promoción con el restablecimiento del enfermo y su rehabilitación.

Una contribución importante a la Promoción de la Salud, lo constituye la descripción de la estrecha relación entre pobreza y enfermedad que hizo William P. Allison, profesor de la Universidad de Edimburgo en 1820 el cual consideraba que para modificar las devastadoras epidemias de tifo y cólera que se produjeron en su época, era necesario cambiar las condiciones de vida y los hábitos de los más pobres. También dijo que la salud se promueve cuando se facilita un nivel de vida decente, buenas condiciones de trabajo, educación, cultura física y medios de descanso y recreación.

Es importante hacer referencia al informe de Lalonde publicado en Canadá. En este documento aparece un novedoso y amplio concepto del campo de salud que contiene cuatro componentes: la biología humana, el medio ambiente, el estilo de vida y la organización de los servicios de salud. En él se hace una crítica a las políticas de la salud pública que hasta entonces se orientaban solo hacia el cuidado médico olvidando que las principales causas de muerte estaban relacionadas en orden de importancia con los estilos de vida, el ambiente y la biología humana. Basado en este planteamiento aparece por primera vez la promoción de salud como estrategia dirigida al cambio de los estilos de vida de la población.

Como parte de la demanda de una nueva concepción de la salud pública en el mundo se celebra la primera conferencia de Promoción de Salud en Ottawa, Canadá en 1986. Continúan hoy vigente sus aportes como la definición de los pre-requisitos para lograr la salud: paz, educación, vivienda, alimentación,

renta, un ecosistema estable, justicia social y equidad. Promoción de salud es más que asistencia sanitaria y la salud debe figurar en las proyecciones y niveles de Gobierno. En la carta de Ottawa se recomiendan varias áreas de acción prioritarias, a saber: políticas públicas, entorno saludables, la importancia de la acción comunitaria, el desarrollo de habilidades personales y reorientar lo servicios de salud.

En posteriores conferencias mundiales dedicadas al tema de la Promoción de Salud celebradas en Adelaida Australia, 1988, Sundsvall, Suecia 1991, Yakarta 1997, Tailandia 2006, Bangkok 2006 (estas dos últimas proyectadas a la salud en un mundo globalizado) se analizaron indicadores y orientaron medidas a tomar para abordar las determinantes de salud con miras a lograr la salud para todos.”

Una aseveración de gran relevancia se evidencia en:

“El siglo XXI será el siglo de la aplicación de las ciencias sociales a la solución de los problemas de salud dando fuerza al criterio de que la salud humana requiere que la organización de la sociedad dedique atención a prevenir la enfermedad y promover salud”

"Por otra parte en la Conferencia Mundial sobre determinantes sociales de la salud celebrada en Río de Janeiro, Brasil, del 19 al 21 de octubre del 2011 en su declaración se evidencia el análisis de 16 aspectos donde los jefes de estado, ministros y representantes de gobiernos se reunieron por invitación de la OMS, con el objetivo de expresar la determinación de lograr una equidad social y sanitaria mediante la actuación sobre los determinantes sociales de la salud y del bienestar, aplicando un enfoque intersectorial. En dicho evento en el inciso 3 se hizo énfasis en los principios y disposiciones

establecidos en la constitución de la OMS y en la declaración de Alma-Ata de 1978, así como en la Carta de Ottawa de 1986 y en la serie de conferencias internacionales sobre Promoción de Salud, en las que se reafirma el valor esencial de la equidad sanitaria y se reconoce que “el goce del grado máximo de salud que se pueda lograr es uno de los derechos fundamentales de todo ser humano sin distinción de raza, religión, ideología política o condición económica o social”.

En las últimas décadas la Promoción y Prevención de Salud han devenido en una estrategia de intervención que trasciende los marcos del sistema de salud y se sitúa al nivel de la organización económico social de la población de una comunidad, municipio, región y país aprovechando todos los espacios que ésta ofrece.

Conceptualmente la Promoción y Prevención de Salud proporcionan a los pueblos los medios necesarios para mejorar su salud y así ejercer mayor control sobre la misma por tanto presupone una actitud diferente de las personas, asumiendo estilos de vida que contribuyen a su bienestar, a tener percepción de riesgo sobre la posible adquisición de enfermedades crónicas no transmisibles o transmisibles e indiscutiblemente se impone que se proporcione de alguna forma la educación sanitaria pertinente para que paulatina y progresivamente se empoderen de ella y contribuyan con su protagonismo a tener una vida más saludable y contribuir tal vez sin saberlo en toda su magnitud a mejorar los indicadores de salud en la población.

De todo lo anteriormente señalado, consideramos que se desprende la vital importancia de la labor educativa de los profesionales de la salud como

promotores y divulgadores de la información científica en cualquier escenario donde desarrollen su labor profesional.

Dentro del desempeño profesional que se espera de los médicos, enfermeras y otros profesionales según su perfil ocupacional, se incluye la consagración al trabajo, las actividades programadas dirigidas a las familias, al niño, al adolescente, a la mujer, al adulto y al anciano, de forma integral con acciones de Promoción y Prevención de Salud.

Las audiencias sanitarias se pueden organizar en las instituciones de salud de todos los niveles de atención con el fin de brindar y divulgar conocimientos relacionados con diferentes temas de interés dentro del campo de la medicina y que permitan a los asistentes ser promotores y divulgadores de la información recibida y contribuir de acuerdo a sus posibilidades de percepción de riesgo a la prevención de enfermedades de mayor importancia sobre todo si se tratan aspectos relacionados con enfermedades transmisibles susceptibles de afectar a cualquier ser humano.

2.2. Bases teóricas

El cuidado personal y la responsabilidad de cada cual por su salud son primordiales para mejorar la calidad de vida de las personas enfermas por lo que adoptar y desarrollar estilos de vida favorables para la salud debe ser un propósito de cada individuo. Es necesario que las personas tengan conocimientos sobre los cambios en su cuerpo, sobre lo que puede o no ser favorable en el medio ambiente donde vive y en base a eso, según los recursos de que disponga adoptar conductas para evitar riesgos para la salud.

Resulta pertinente hacer referencia a elementos fundamentales sobre las enfermedades transmisibles que serán objeto de inclusión como temas en el programa de las audiencias sanitarias y aunque hagamos referencia a aspectos como morbilidad, mortalidad, microorganismos causales de estas enfermedades en las localizaciones seleccionadas, son los aspectos epidemiológicos los que resultan importantes para que la población contribuya a prevenir su adquisición y diseminación

INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS:

Bayona, Y y Niederbacher, J (2015) (6) Santander España, definen las IRA, como el conjunto de enfermedades transmisibles del aparato respiratorio que incluye desde el catarro común hasta la neumonía, pasando por la otitis, amigdalitis, sinusitis, bronquitis aguda, laringotraqueitis, bronquiolitis y laringitis, con evolución menor a 15 días y con la presencia de uno o más síntomas o signos clínicos como tos, rinorrea, obstrucción nasal, odinofagia, otalgia, disfonía, respiración ruidosa, dificultad respiratoria, los cuales pueden estar o no acompañados de fiebre.

Plantean además que en la población pediátrica se estima que de un 45 a 77% de los casos sean de etiología viral, aunque algunas publicaciones consideran a los virus como la causa en el 90% de estos¹³. Dentro estos virus tenemos Rinovirus, Coronavirus, Parainfluenza, Enterovirus y en menores de 2 años e, tenemos el Virus Sincitial Respiratorio. En relación a la bacteria varían según grupo etario Streptococcus Beta Hemolítico del grupo B, Escherichia coli, Listeria monocytogenes y Stafilococcus aureus son los más frecuentes en recién nacidos. A partir del mes de vida, el Streptococcus pneumoniae, Bordetella pertussis, Chlamydia trachomatis y Listeria motocytogenes son las bacterias

más frecuentemente implicadas; después de los cuatro meses *Streptococcus pneumoniae*, *Haemophilus influenzae* tipo B y no tipificables y *Mycoplasma pneumoniae*; en el caso de los mayores de cinco años se han encontrado *Mycoplasma pneumoniae*, *Streptococcus pneumoniae* y *Chlamydia pneumoniae* como las bacterias más frecuentes. La etiología por hongos es infrecuente y se ve muy relacionada con inmunosupresión en los pacientes y aquí señalaríamos a *Candida* sp, *Aspergillus* y *Cryptococcus neoformans*.

EPIDEMIOLOGIA DE LAS IRA (7):

Las características epidemiológicas de las Infecciones Respiratorias Agudas son las siguientes:

- Los resfriados son más frecuentes en los trópicos en épocas lluviosas.
- Más frecuente en los preescolares.
- Se presentan, con tres a nueve resfriados por año, uno cada seis semanas
- Se incrementa a 12 episodios/año en guarderías y en programas de Educación Preescolar.
- Es necesario el contacto personal estrecho entre los niños para la transmisión de los virus.
- En la población infantil los niños tienden a padecer más resfriados que las niñas
- El periodo de incubación habitual de los resfriados es de dos a cinco días.
- El resfriado común es más contagioso entre el tercer y quinto día que es también cuando es más sintomático.
- Hay factores coadyuvantes como el hacinamiento, la aglomeración en sitios cerrados, la contaminación ambiental y el humo del cigarrillo

- La mayor parte de los virus que el individuo infectado expulsa al ambiente es a través del estornudo, al sonarse la nariz o por contaminación por secreciones nasales.

Los agentes causales que producen estas entidades infecciosas suelen penetrar al organismo por la vía respiratorio al inhalar micro gotas de saliva o gotas de flugge contaminadas que están en el medio ambiente expelidas al mismo por individuos infectados cuando habla, tosen o estornudan, de ahí la necesidad de tomar conciencia cuando se tiene resfriado o catarro común de al menos taparse la nariz y/o boca con un pañuelo.

ENFERMEDADES DIARREICAS AGUDAS:

Fernández, C, y colab, 2005 (8) señalan que las enfermedades diarreicas agudas continúan siendo uno de los principales problemas de salud pública en los países en desarrollo, constituyen una de las causas principales de mortalidad y morbilidad en el mundo, donde además se registran unos 1700 millones de casos de enfermedades diarreicas infantiles cada año, afectan a todos los grupos de edad, pero los más afectados son los niños menores de 5 años donde son la segunda mayor causa de muerte específicamente en zonas con condiciones de pobreza por el elevado número de casos que se presentan anualmente y por los gastos que genera el tratamiento médico general o específico de los enfermos. Las enfermedades diarreicas matan a 525 000 niños menores de cinco años cada año.

Se calcula que, en los países en desarrollo, los niños presentan entre 3 y 10 episodios de diarrea anuales durante primeros 5 años de vida, con una duración promedio de estos episodios de 4 a 6 días. En 1992 se informaron aproximadamente 3,3 millones de muertes relacionadas con la diarrea en el

mundo y entre 1995 y 2000, esta enfermedad ocasionó 11,8% de las muertes en menores de 5 años (8)

En la región de las Américas, las enfermedades diarreicas se encuentran entre las cinco primeras causas de muerte en todas las edades en 17 países. (8)

Se señala también que no solo la deshidratación hace que aumenten los costos de la atención de los enfermos con diarrea. La intolerancia a la lactosa, que se desarrolla como consecuencia de la infección, puede pesar en el desarrollo y difusión de la rehidratación oral. (8)

De acuerdo con los datos de morbilidad y mortalidad correspondientes al período de 1989 a 1991, el Ministerio de Salud de Colombia calculó que las enfermedades transmisibles y perinatales fueron responsables de 21% de los años de vida saludables perdidos por discapacidad en ese trienio (9)

De igual forma, entre 1989 y 1997, la diarrea fue la segunda causa de hospitalización en el grupo de edad de 5 años y la segunda causa de hospitalización en niños de 1 a 4 años (entre 12 y 15% de los niños hospitalizados de esa edad (9)

Las EDA también son un problema importante de salud pública en niños menores de 1 año, producen entre el 9 y 15% de los ingresos y provocan que se prolongue el cuadro diarreico, que aumente la gravedad de la enfermedad y que se sobrecarguen aún más los servicios de salud. La desnutrición es otra complicación favorecida por las malas prácticas alimentarias de las madres o de los cuidadores de los menores, favorece la sobreinfección, aumenta la morbilidad y la mortalidad y eleva los costos de la atención sanitaria (9)

Entre los factores protectores de las EDA se encuentran la lactancia materna durante los primeros 4 meses de vida, años. La diarrea es una de las principales causas de malnutrición en niños menores de cinco años. Son importantes los hábitos higiénicos adecuados lavarse las manos y otras medidas de higiene personal y la conservación adecuada de los alimentos. Algunos estudios han demostrado que con la aplicación de estas medidas se ha logrado reducir la mortalidad por EDA en 55% y que el saneamiento ambiental puede tener más impacto en la reducción de la prevalencia de la diarrea que otras medidas, como las dirigidas a mejorar el suministro de agua. Igualmente, el lavado de las permitió reducir entre 27% y 35% la morbilidad por EDA, mientras que la modificación de otras conductas de riesgo ayudó a disminuir el número de casos en 26%. El conjunto de estos factores, unido a una ablactación adecuada, contribuyeron a reducir la mortalidad por EDA entre 2 y 12%. También se encontró que el uso de tazas y cucharas en lugar de biberones redujo las posibilidades de contaminación de los alimentos (8)

Según los resultados del análisis de cinco estudios controlados, la vitamina A puede contribuir a reducir la mortalidad por diarrea en niños pequeños. Llama la atención la uniformidad de estos hallazgos, a pesar de la diversidad de metodologías empleadas y las diferencias entre los países en los que se llevaron a cabo esos ensayos. Según sus resultados, con esta medida se logró disminuir la mortalidad entre 19 y 54%, con riesgos relativos promedios de 0,71 (intervalo de confianza de 95% [IC95%]: 0,57 a 0,88) . Sin embargo, los autores de este análisis consideran que la información disponible no es suficiente para confirmar esta hipótesis. (8)

Algunos estudios han demostrado que los niños con bajo peso al nacer tienen el doble del riesgo de morir por diarrea que los niños que nacen con el peso adecuado para la edad gestacional (razón de posibilidades [*odds ratio*, RP] = 2; IC95%: 1,1 a 4,4) y que presentan mayor morbilidad por esta enfermedad, especialmente durante el primer año de vida (8)

No se encontraron estudios que relacionen la oportunidad de la atención sanitaria con la gravedad de la EDA en Colombia. Estudios realizados en otros países indican que la mortalidad no es un buen indicador del impacto a corto plazo de los programas de salud, como sí lo son la morbilidad y la discapacidad (9)

Se plantea que una adecuada atención primaria permite disminuir en 28% la mortalidad por diarrea en niños de 6 a 35 meses de edad y alcanzar una reducción total de 35% en la mortalidad en niños de 1 a 4 años. Esto podría indicar que el acceso oportuno al tratamiento adecuado puede ser esencial para reducir la mortalidad infantil (10)

En el Perú, en el periodo de enero a febrero del año 2012 se reportaron 105,321 episodios de enfermedades diarreicas agudas (95 % como EDA acuosa) y cuya tasa de incidencia durante ese periodo fue de 34 episodios por cada 10 mil habitantes. (11)

Las enfermedades diarreicas pueden durar varios días y privar al organismo del agua y las sales necesarias para la supervivencia. La mayoría de las personas que fallecen por enfermedades diarreicas en realidad mueren por una grave deshidratación y pérdida de líquidos. Los niños malnutridos o inmunodeprimidos

son los que presentan mayor riesgo de enfermedades diarreicas potencialmente mortales. (10)

Por su parte, Trujillo et al, en Colombia, en un estudio con 100 niños de todas las edades, identificaron 115 microorganismos en 78 pacientes, entre los cuales se destacan ECET termoestable, Rotavirus (25), ECEP , Campylobacter sp. , Salmonella enteritidis , ECET termolábil , trofozoitos de Giardia lamblia , Shigella (3), trofozoitos de Entamoeba histolytica , Salmonella typhi y Salmonella paratifica B . (12)

En Venezuela es importante mencionar los estudios realizados por Urrestarazu et al en Caracas, quienes analizaron 182 muestras de niños menores de 2 años, encontraron ECET en 41,8 %; ECEP en 12,2 %; Klebsiella_pneumoniae en 11,2 %; Campylobacter jejuni en 9,2 %; Rotavirus en 14,1 %; Giardia lamblia en 3,5 % y Entamoeba histolytica en 3,5 % .(8)

Como se puede apreciar, los agentes bacterianos se encuentran entre los principales agentes causales de las diarreas infecciosas en prácticamente todos los países del mundo.

EPIDEMIOLOGIA DE LAS EDA:

La infección se transmite por alimentos o agua de consumo contaminado.

Las intervenciones destinadas a prevenir las enfermedades diarreicas están: en particular el acceso al agua potable o a fuentes inocuas de agua de consumo el acceso a buenos sistemas de saneamiento mejorados al máximo y el lavado de las manos con jabón permiten reducir el riesgo de enfermedad, el lavado de manos con jabón que reduce el riesgo de enfermedad diarreica en un 42 a un

47%, lactancia exclusivamente materna durante los primeros seis meses de vida que garantiza una gran protección por su efectividad; una higiene personal y alimentaria correctas; la educación sobre salud y sobre los modos de transmisión de las infecciones; la vacunación contra rotavirus en los países que la incluyen en su esquema de inmunización resulta también valiosa (11,12)

Aunque las medidas preventivas de esta enfermedad son bastante conocidas y existen tratamientos específicos basados en la Rehidratación Oral, aún se utilizan planes de hidratación endovenoso en casos de pacientes con deshidratación leve, así como, antimicrobianos y antidiarreicos en forma indiscriminada, siendo necesario sensibilizar a los profesionales de la salud, para la aplicación de tratamiento adecuado y oportuno (11)

Queremos señalar que, en Perú, se señalan como factores que favorecen la aparición de EDA el menor acceso a servicio de agua potable, menor acceso a eliminación adecuada de excretas, así como a la práctica inadecuada de higiene (14,15)

Las enfermedades diarreicas agudas aún son objeto de atención mundial, por lo cual, se están fortaleciendo las acciones de prevención dirigidas a los determinantes de esta enfermedad y al tratamiento oportuno a fin de evitar la muerte por deshidratación y la desnutrición. (11)

Concluyendo este acápite por toda la información referida se infiere que las condiciones socioeconómicas, de salud, así como el hacinamiento de muchas poblaciones humanas, facilitan la difusión de enfermedades transmisibles de una persona a otra. Estos factores también pueden contribuir a provocar cambios epidemiológicos o a exacerbar la virulencia de algunos agentes infecciosos. Además, la expansión de algunas poblaciones hacia nuevos nichos

ecológicos puede poner a la gente en contacto con nuevos microorganismos potencialmente patógenos, y originar problemas relacionados con enfermedades de aparición reciente.

De igual forma con toda esta revisión del tema realizada, para la autora queda declarado y expuesto que el nivel de conocimientos sobre estas entidades consiste en el dominio de los aspectos epidemiológicos prioritarios, como son: modo de adquisición de la enfermedad o contaminación, medidas higiénico sanitarias imprescindibles para evitar su transmisión a un nuevo ser susceptible (donde como es lógico se incluye a este mismo personal) medidas en el manejo del paciente infectado y medidas a tener en cuenta en el ambiente donde está el enfermo.

Refiriéndonos a las Audiencias Sanitarias donde el diseño de un programa para el desarrollo de las mismas en la temática seleccionada constituye el eje central de esta investigación, tenemos que muchos son los autores que han escrito sobre ellas dentro y fuera del campo de la salud desde la década de los cuarenta del siglo pasado y en la actual centuria, por citar algunos cronológicamente: Lazarsfeld,(1955), Kats,(1959), Bourdieu, Mequial y Sampedro independientemente en 1997, Abercombie(1998) , Nightingale(1999, 2002), Wlicks (2001) y Huertas (2002). Según criterios muy particulares de cada uno de ellos, plantean que existen diferentes tipos de audiencias con disimiles finalidades, coincidiendo todos de una manera u otra que las audiencias constituyen un medio de comunicación importante. (16)

La comunicación es un fenómeno polivalente que define una serie de acciones por la que unas partes se ponen en común. Según el Diccionario

de la RAE, el término engloba muchas acepciones, por lo que la idea etimológica es la más exacta a nuestras necesidades, quedando reducida a la transmisión de un punto a otro y puesta en común de ambos elementos.

(17)

El ser humano es comunicante porque tiene la capacidad de comunicar, es comunicativo porque tiene deseos de comunicar, y es comunicador porque realiza actos comunicativos. Los actos humanos están cuajados de comunicación. (18)

Todos los seres humanos necesitan relacionarse, intercambiar información, sentirse vivos, en definitiva, comunicarse. Dicha necesidad primaria radica en la condición innata de interactuar con el entorno que les rodea. La comunicación es la acción social que todos los seres humanos realizan en más ocasiones a lo largo de la vida. En esta línea se ha demostrado que en las grandes ciudades la mayoría de la gente pasa aproximadamente el 70% del tiempo de vigilia en alguna forma de comunicación, ya sea, leyendo, escuchando, hablando o escribiendo. No es posible el desarrollo humano individual si permanecemos mental, social o físicamente aislados (17)

La comunicación juega un papel muy importante en la sociedad de hoy día y la salud es uno de los ejes principales en esta sociedad. Salud y comunicación son dos conceptos que no pueden entenderse sin estar íntimamente vinculados, pues la comunicación puede afectar positiva o negativamente a la salud personal o social del mismo modo que el estado de salud influye en la comunicación (17)

No cabe duda que las Ciencias de la Salud imponen una clara necesidad por parte del profesional sanitario en poseer un buen conocimiento científico y técnico del tratamiento a aplicar, pero además y para conseguir unos resultados, se debe cuidar otros factores de indudable influencia en el cometido profesional. Uno de estos factores determinantes del resultado final en la intervención profesional del sanitario es la comunicación (17).

El estudio de las audiencias es importante para el campo de las ciencias de la comunicación y la sociedad en general. De igual forma constituye un factor de relevancia conocer a fondo que motiva a los individuos atender y asimilar un mensaje emitido por parte de los medios de comunicación dentro de los cuales se encuentran las audiencias (17).

La comunicación para la salud es una herramienta en la labor del profesional y si ésta es lo suficientemente eficaz incrementará los resultados sanitarios sobre todo en la promoción de la salud y en la prevención de la enfermedad. (17)

2.3. Bases conceptuales

2.3.1 DIARREA. Se define como diarrea la deposición de tres o más veces al día (o con una frecuencia mayor que la normal para la persona) de heces sueltas o líquidas. La deposición frecuente de heces formes (de consistencia sólida) no es diarrea, ni tampoco la deposición de heces de consistencia suelta y “pastosa” por bebés amamantados. La diarrea suele ser un síntoma de una infección del tracto digestivo, que puede estar ocasionada por diversos organismos bacterianos, víricos y parásitos. (8).

Baldi, F et al. (18) plantean que la clasificación clínica de la diarrea y la comprensión de sus principales mecanismos patogénicos son

fundamentales para su diagnóstico y enfoque terapéutico. A menudo, la definición de diarrea para las investigaciones epidemiológicas dice que es la disminución de la coherencia (es decir, blanda o líquida) y el aumento de la frecuencia de las evacuaciones de más de 3 deposiciones por día. La diarrea es una alteración de la motilidad intestinal normal caracterizada por un aumento en el contenido de agua, volumen o frecuencia de las heces. El balance de agua intestinal es el resultado de un equilibrio complejo que implica la regulación mediante mediadores inflamatorios (prostaglandinas, leucotrienos, bradiquinina, óxido nítrico), hormonas, neurolépticos como así la integridad de la pared intestinal, la eficiencia del sistema circulatorio y del sistema nervioso entérico. Desde un punto de vista clínico, las diarreas se clasifican teniendo en cuenta ciertas características como la tendencia en el tiempo (aguda o crónica, con un límite de 4 semanas para separar las dos condiciones) y las características de las heces (acuosa, grasa, inflamatoria, etc).

Teniendo en cuenta todas estas características, un médico puede comprender mejor el mecanismo de la diarrea y decidir cuál es el diagnóstico y el tratamiento más racional. La duración de la diarrea es importante, porque las formas agudas suelen deberse a algún agente infeccioso, intoxicación por alimentos o alergia. Sin embargo, la diarrea aguda puede ser un síntoma de inicio de una enfermedad orgánica o funcional crónica. También son importantes las características química y física de las heces. La diarrea es un síntoma de algún defecto en la reabsorción de agua debido a un desequilibrio entre la secreción y la absorción de los electrolitos (diarrea secretora) o de la ingestión de sustancias que el intestino no ha podido

absorber (diarrea osmótica). Las diarreas excesivamente grasas pueden ser la consecuencia de una absorción intestinal baja de lípidos, que puede deberse a su vez a la mala digestión; si existe moco y pus se sospecha una diarrea inflamatoria. La distinción entre diarrea secretora y la osmótica puede hacerse clínicamente, lo que permite descartar las diferentes causas de diarrea osmótica, las que son relativamente pocas. Estas últimas se deben a la ingestión de sales (fosfato o sulfato de magnesio) o de polisacáridos (manitol, sorbitol) que no se absorben con facilidad, o a algunos defectos enzimáticos de la mucosa intestinal (por ejemplo, la falta de lactasa). La diarrea osmótica se detiene por el ayuno del paciente o cuando se suspende la ingestión de las sustancias que no pueden ser fácilmente absorbidas. En cambio, la diarrea secretora continúa incluso después que el paciente ha dejado de comer y puede estar causada por varios factores, tanto endógenos como exógenos, los que determinan un desequilibrio entre la absorción y la secreción de electrolitos. Entre las causas de diarrea secretora también están las alteraciones de la motilidad intestinal, tanto primarias como secundarias a alteraciones del sistema neuroendocrino o a enfermedades metabólicas (18).

Una proporción significativa de los pacientes con síndrome del colon irritable (SCI), generalmente casi una tercera parte, tiene a la diarrea como su principal síntoma. Las características clínicas de este tipo de diarrea, denominada "funcional", son su periodicidad, su aparición únicamente durante el día, después de las comidas, y la urgencia fecal o incontinencia. Los mecanismos patogénicos que se observan más a menudo en estos pacientes son el estrés (a través de los mediadores centrales o periféricos,

de los cuales la más importante es la serotonina), factores alimentarios (alergias) y las hormonas (estrógenos, prostaglandinas). (18)

Según algunas investigaciones epidemiológicas la diarrea es la disminución de la coherencia (es decir, blanda o líquida) y el aumento de la frecuencia de las evacuaciones de más de 3 deposiciones por día. La diarrea es una alteración de la motilidad intestinal normal caracterizada por un aumento en el contenido de agua, volumen o frecuencia de las heces. El balance de agua intestinal es el resultado de un equilibrio complejo que implica la regulación mediante mediadores inflamatorios (prostaglandinas, leucotrienos, bradiquinina, óxido nítrico), hormonas, neurolépticos como así la integridad de la pared intestinal, la eficiencia del sistema circulatorio y del sistema nervioso entérico. (19)

2.3.2 ENFERMEDAD DIARREICA AGUDA (EDA). Son episodios de diarrea que suele durar en un periodo igual o menor a 14 días (8)

2.3.3 PERCEPCION DE RIESGO: Es la habilidad de detectar, identificar y reaccionar ante una situación de riesgo, en el caso que nos ocupa frente a la posibilidad de que le permite evadir los mecanismos de defensa del organismo y ser más o menos virulento en proporción inversa a la cantidad.

2.3.4 AUDIENCIA: Una audiencia es el conjunto de personas que ven, escuchan y/o oyen un determinado anuncio, suceso, acontecimiento o evento. Las audiencias constituyen una comunicación persuasiva que brinda credibilidad, y confianza en los conocimientos que ofrece (20)

Si la enmarcáramos en lo que se refiere a promoción y prevención de salud, una audiencia sanitaria sería una herramienta que tendría el propósito de fomentar cultura de prevención, serían actividades simples, pero convocantes que abrieran espacios de motivación y que crearan una red de relaciones que posibilite la comunicación abierta y creativa entre los implicados (21,22).

Dentro de ese propio ámbito de promoción y prevención de salud esas audiencias sanitarias, permiten que las persona tengan un mayor control de su salud, abarcan una amplia gama de intervenciones sociales y ambientales destinadas a beneficiar proteger la salud y la calidad de vida individuales, mediante la prevención se pueden aplicar posibles soluciones de las causas primordiales de los problemas de salud y no centrarse en el tratamiento y la curación (22).

Algo muy importante en estas audiencias sanitarias es conocer a las personas a quienes la vamos a dirigir porque ello va a determinar la estrategia para captar su atención y esta última va a depender de la propia motivación de los sujetos y no de estímulos externos. (20)

Por lo tanto, debemos ser capaces de conectar con sus motivaciones para lograr dirigir su curiosidad hacia la temática a tratar y por ende, la motivación variará en función del público al que va a ser dirigida (20)

Debemos ser conscientes del tipo de oyentes que tenemos delante porque ello condicionará las características de la audiencia (20)

Y la pregunta obligada es: ¿qué tipos de audiencia se puede encontrar?

El público se puede clasificar en base a las siguientes variables (20)

1.- Clasificación según el tamaño

Es evidente que las presentaciones masivas comportan una mayor dificultad tanto para conseguir captar su atención como a la hora de interactuar con ellos durante la exposición. Por el contrario, un grupo reducido de oyentes permite mucho más la participación de éstos a la presentación y facilita el diálogo.

Así mismo, el nivel de stress que se experimenta cuando el ponente se somete a un gran grupo de gente es mayor. Los grupos reducidos permiten llegar a conocer un poco a los participantes para relajar el ambiente.

2.- Clasificación según el grado de conocimiento

¿Cuánto sabe la audiencia sobre el tema que vamos a tratar?

Esta pregunta es clave para saber el tipo de presentación que se debe hacer. Forzosamente, un público experto va a ser más exigente, requerirá de una mayor preparación y dominio del tema o en su defecto, mucha participación del público para que éste enriquezca la sesión. Además, también va a condicionar el registro de lenguaje a emplear. Con un público inexperto se deberá cuidar el uso de tecnicismos y hablar lo más llanamente posible para no incurrir en el Síndrome de las Estrellas Michelin.

3.- Clasificación según el grado de homogeneidad

¿Se trata de un grupo abierto o cerrado?

Los grupos cerrados acostumbran a tener un nexo en común que une a todos sus miembros (una afición en común, el mismo oficio, pertenecer a una misma institución o empres) eso hace más fácil encontrar argumentos para conectar con ellos y sus motivaciones. Los públicos abiertos, por el contrario, son mucho más heterogéneos y, por consiguiente, el esfuerzo que debemos hacer para captar su atención es mucho mayor.

4.- Clasificación según criterios sociodemográficos

Del mismo modo que en el caso anterior, tener un público socio demográficamente uniforme da criterio para elegir qué decir y cómo decirlo.

5.- Clasificación según la ubicación

Podemos distinguir entre presentaciones en las que el público está presente en la sala y presentaciones a distancia en la que no hay contacto visual entre presentador y audiencia (por ejemplo, locutor de radio, presentador de televisión u otros). Las primeras ofrecen la posibilidad de detectar la reacción de los oyentes a medida que se desarrolla la exposición, lo que nos permite reaccionar sobre la marcha. En cambio, las presentaciones a distancia son más complejas porque se trata de exposiciones a ciegas en las que no se sabe si todavía se mantiene la atención de la audiencia o si ésta dejó de escuchar hace tiempo.

6.- Clasificación según el grado de motivación

¿Se trata de un público que viene a oírte por iniciativa propia o está sentada delante de ti a la fuerza?

En el primer caso se parte de la premisa que el público está interesado en el ponente o en el tema. Por el contrario, cuando la audiencia se ve forzada a asistir al acto se debe trabajar muy bien la presentación para lograr que se interesen por lo que se les vas a contar.

7.- Clasificación según el nivel de predisposición

¿Tienes un público entregado? ¿O a priori es un público hostil que viene con recelo? ¿Se trata de una audiencia neutra?

El grado de predisposición del público determina el nivel de resistencia que se puede encontrar. Cuanta menor es la predisposición, mejor se deberá

argumentar la exposición para convencer y dar la sensación de saber de lo que se habla. En cambio, el público entregado ya da por sentado que el ponente es bueno en el tema con lo que se resisten mucho menos a que se les convenza. De hecho, seguramente vienen para eso.

Consideramos que los tópicos tratados en lo que respecta a audiencias nos proporcionaron los elementos necesarios para cumplir el propósito trazado en esta investigación.

CAPÍTULO III: METODOLOGÍA

3.1 Ámbito

Estuvo enmarcado en los Servicios de Misceláneas y Urgencias del Hospital del Niño, Lima.

3.2 Población

El Universo de estudio estuvo representado por los 41 cuidadores de los niños ingresados en los Servicios de Urgencias y Misceláneas del Hospital del Niño, Lima.

3.3 Muestra

Estuvo constituida por 15 cuidadores de pacientes ingresados en los Servicios de Urgencia y Misceláneas de esta institución, por presentar Infecciones Respiratorias Agudas y/o Enfermedades Diarreicas Agudas. Además, por un grupo de 10 expertos de la propia institución seleccionados según categoría profesional administrativa, asistencial, o docente a saber: Jefe del Departamento Docente, Jefa del Departamento de Enfermería, los dos Jefes Médicos y las dos Jefas de Enfermería de los Servicios de Urgencias y Misceláneas respectivamente y 4 Licenciadas de Enfermería de experiencia en el ejercicio de su profesión con los cuales se realizó un intercambio consensado sobre los contenidos educativos prediseñados a incluir en el diseño del programa de las audiencias sanitarias. El muestro que se utilizó fue de tipo no probabilístico, por conveniencia del investigador, utilizando criterios de inclusión y exclusión.

Criterio de Exclusión: Cuidadores con condiciones sin disposición de colaborar respetándose su autonomía.

3.4 Nivel y Tipo de Estudio

El nivel de la investigación es correlacional. Se utilizó un enfoque cuantitativo.

3.5 Diseño de Investigación

Se realizó un diseño no experimental ya que no existe manipulación de las variables, además es un estudio de corte transversal ya que se tomaron las mediciones en un momento específico.

3.6 Técnicas e Instrumentos

Revisión bibliográfica y documental: Se revisaron diversos autores, algunos nacionales e internacionales que versaron desde diferentes aristas sobre el tema de investigación, enriqueciendo la revisión en otros materiales afines.

Encuesta: Aplicada a los integrantes de la muestra para conocer el nivel de conocimientos de los cuidadores.

Instrumentos de recolección de datos

Para la apreciación del nivel de conocimientos de los cuidadores sobre las medidas de prevención de las IRA se aplicó una encuesta a los cuidadores de nuestra muestra al inicio de la investigación que contó 3 preguntas con sus correspondientes incisos relacionadas con los diferentes aspectos esenciales a saber y valorativos del qué hacer en el personal que será objeto de capacitación a través de las audiencias sanitarias que se instrumentaron, otorgándose la calificación de:

- Suficiente.

Cuando cumple los tres ítems en su totalidad

- Medianamente Suficiente.

Cuando cumple al menos, 1a y 1b, 2b y 2c y 3a,3b,3c 3d.

- Insuficiente


Cuando cumple 1 aspecto o menos de los ítems


Se confeccionó una guía de observación para el cuidador que contempló aspectos relacionados con su desenvolvimiento al prestar los cuidados necesarios a su paciente infectado. Se realizó también una dinámica grupal con el grupo de expertos seleccionados a quienes se le solicitó opiniones sobre el contenido que contempla el programa de audiencias sanitarias.

3.7 Validación y confiabilidad del instrumento


Los instrumentos fueron validados por Juicio de Expertos (Anexo 05), quienes validaron el instrumento, coincidiendo en calificar al instrumento como excelente con respecto a su relevancia, coherencia, suficiencia y claridad; quienes llegaron a la determinar como resultado final el 90% de aprobación en promedio. El equipo de expertos estuvo conformado por el

 Dr. Rafael Núñez López

 Dra. Mireya Brooks Rodríguez

 Mg. Juan Carlos Centurión Portales

 Dr. Francisco Garcés García

 Mg. Marco Isidro Céspedes

La confiabilidad de los instrumentos: Se realizó una prueba piloto con el propósito de evaluar el comportamiento del instrumento en el momento de la toma de datos para la consistencia del contenido, donde se utilizó la prueba de confiabilidad de Alfa de Cronbach para estimar la consistencia interna del cuestionario; del cual se obtuvo un valor de 0,901 que indica que el instrumento utilizado es confiable para los fines de nuestra investigación.

Alfa de Cronbach	N° de Elementos
0,901	27

3.8 Procedimiento

Obtención y procesamiento de la información.

La investigadora obtuvo la información mediante la aplicación a los cuidadores de los pacientes de una encuesta (Anexo 1), de una guía de observación (Anexo 2) y de los resultados de la dinámica grupal realizada con los expertos seleccionados (Anexo 3). Los datos registrados en la base creada por la autora en el sistema Microsoft Excel, fueron procesados mediante el programa SPSS con el método de la estadística descriptiva, por lo que la variable incluida en esta investigación se describe estadísticamente en valores absolutos y cifras porcentuales. Posteriormente se construyeron las tablas para su análisis y discusión.

3.9 Tabulación

Para el análisis de los datos, se empleó las frecuencias absolutas, en cual se observaron los valores de las variables que se obtuvieron después de realizar la tabulación de datos. El tratamiento estadístico de los datos se

realizó mediante el paquete estadístico SPSS. Versión 23 y Microsoft Word y Excel. El análisis descriptivo se presentó en tablas de frecuencia, con sus respectivas figuras e interpretación. Además, para el análisis inferencial se aplicó la prueba de Chi^2 , debido a que la escala valorativa de las variables fue ordinal, teniendo en cuenta el nivel de significancia de 95% y con un P valor menor de 0.05.

CAPÍTULO IV: RESULTADOS Y DISCUSIÓN

4.1 Análisis descriptivo

Se hizo las encuestas a cargo del investigador a la muestra de 15 trabajadores, para lo cual se usó el cuestionario de encuesta en lo referente al nivel de conocimientos del cuidador sobre enfermedades transmisibles compuesta por 3 componentes siendo las siguientes: Vías de adquisición de la enfermedad, Inhalación de partículas infecciosas contenidas en gotas de saliva presentes en el ambiente y Lavado de las manos con jabón, haciendo un total de 12 preguntas; así mismo se utilizó una guía de encuesta con los siguientes indicadores: Lavado de las manos con jabón antes y después de manipular al paciente, Mantener la higiene del paciente y la suya propia, Mantener medidas higiénicas en la administración de los alimentos y agua, Mantener medidas higiénicas durante el aseo del paciente y Mantener medidas higiénicas la manipulación de los residuos del paciente y su disposición final.

Tabla 01. Nivel de conocimiento de los cuidadores

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Válido	Suficiente	2	13,3	13,3
	Medianamente suficiente	3	20,0	33,3
	Insuficiente	10	66,7	100,0
	Total	15	100,0	

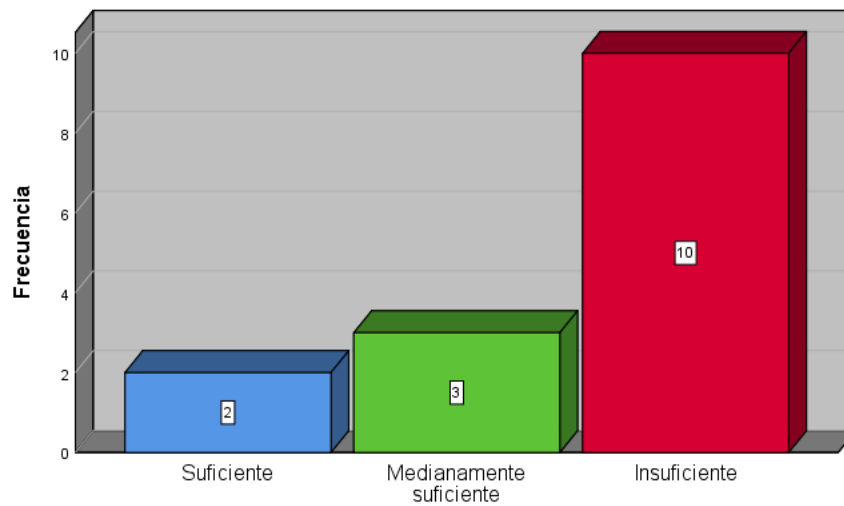


Gráfico 01. Nivel de conocimiento de cuidadores

Análisis e interpretación:

Como se aprecia en la tabla y gráfico, en sentido general el nivel de conocimiento de los cuidadores es: Suficiente 2, que representan el 13,3 %, Medianamente suficiente 3, que representan el 20,0 % e Insuficiente 10, que representan el 66,7%.

Tabla 02. Nivel de conocimientos en cuidadores de niños con respecto a los hábitos alimentarios

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Válido	Suficiente	3	20,0	20,0
	Medianamente suficiente	4	26,7	46,7
	Insuficiente	8	53,3	100,0
	Total	15	100,0	

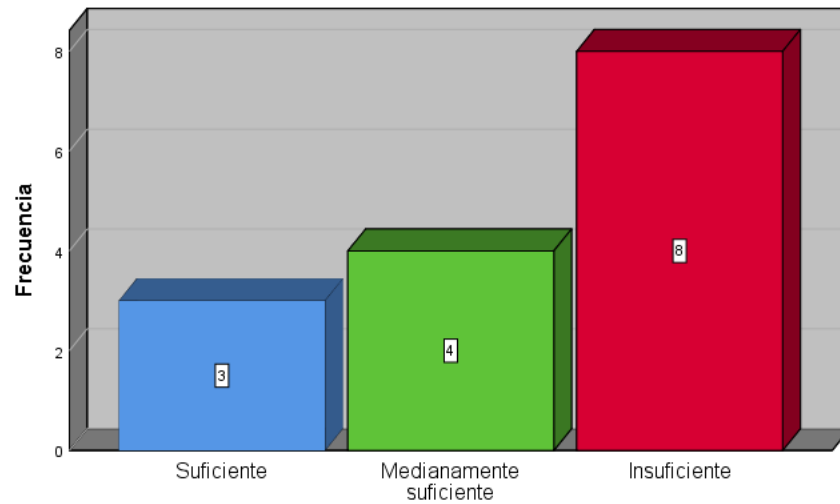


Gráfico 02. Nivel de conocimientos en cuidadores de niños con respecto a los hábitos alimentarios

Análisis e interpretación:

Como se aprecia en la tabla y gráfico, el nivel de conocimiento de los cuidadores de niños con respecto a los hábitos alimentarios es: Suficiente 3, que representan el 20 %, Medianamente suficiente 4, que representan el 26.7 % e Insuficiente 8, que representan el 53.3 %.

Tabla 03. Nivel de conocimientos en cuidadores de niños con respecto a las vías de adquisición de enfermedades

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Válido	Suficiente	3	20,0	20,0
	Medianamente suficiente	5	33,3	53,3
	Insuficiente	7	46,7	100,0
	Total	15	100,0	

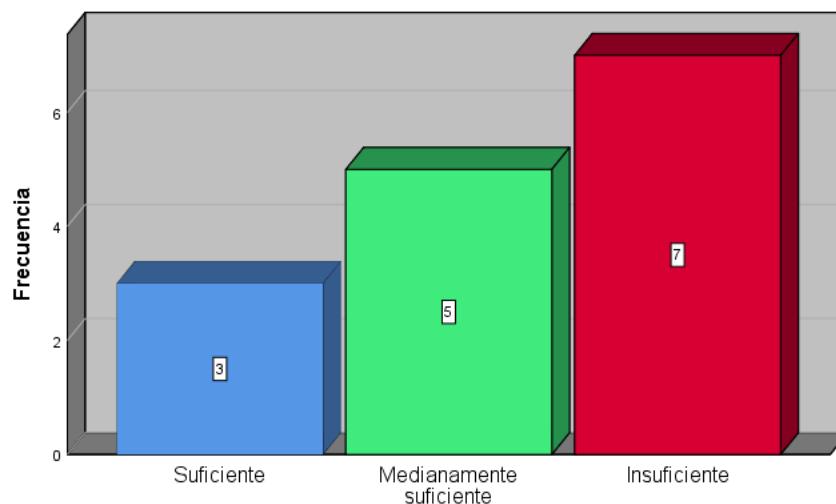


Gráfico 03. Nivel de conocimientos en cuidadores de niños con respecto a las vías de adquisición de enfermedades

Análisis e interpretación:

Como se aprecia en la tabla y gráfico, el nivel de conocimiento de los cuidadores de niños con respecto a las vías de adquisición de enfermedades es: Suficiente 3, que representan el 20 %, Medianamente suficiente 5, que representan el 33.3 % e Insuficiente 7, que representan el 46,7 %.

Tabla 04. Nivel de conocimientos en cuidadores de niños con respecto a los hábitos higiénicos

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Válido	Suficiente	3	20,0	20,0
	Medianamente suficiente	4	26,7	46,7
	Insuficiente	8	53,3	100,0
	Total	15	100,0	

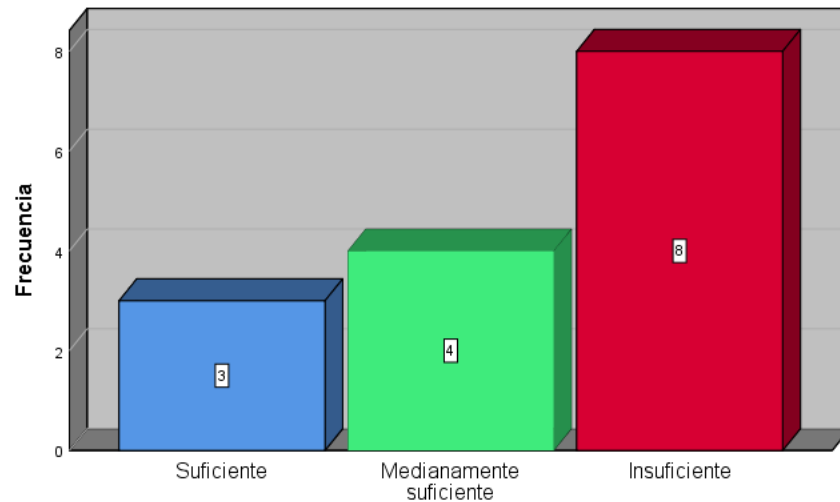


Gráfico 04. Nivel de conocimientos en cuidadores de niños con respecto a los hábitos higiénicos

Análisis e interpretación:

Como se aprecia en la tabla y gráfico, el nivel de conocimiento de los cuidadores de niños con respecto a los hábitos higiénicos es: Suficiente 3, que representan el 20 %, Medianamente suficiente 4, que representan el 26.7 % e Insuficiente 8, que representan el 53.3 %.

4.2 Análisis inferencial y contrastación de hipótesis

Para contrastar las hipótesis planteadas se usará la distribución ji cuadrada, pues los datos para el análisis deben estar en forma de frecuencias. La estadística ji cuadrada es la más adecuada porque las pruebas son las evidencias muestrales, y si las mismas aportan resultados significativamente diferentes de los planteados en las hipótesis nulas, ésta es rechazada, y en caso contrario es aceptable, teniendo en cuenta el siguiente procedimiento:

- Formulación de la hipótesis nula.
- Formulación de la hipótesis alternativa.

- Clasificar los datos en una tabla de contingencia para probar la hipótesis, de independencia de criterios, mediante la ji cuadrada, considerando un nivel de significancia $\alpha=0.05$ y 1 grado de libertad cuyo valor tabular es de $\chi^2(0.051) = 3.8416$ que luego será comparado con la ji cuadrada experimental para la aceptación o rechazo de la hipótesis nula.
- Calcular la prueba estadística con la formula siguiente:

$$X^2_c = \sum (o_i - e_i)^2 / e_i$$

Donde:

o_i = Valor observado.

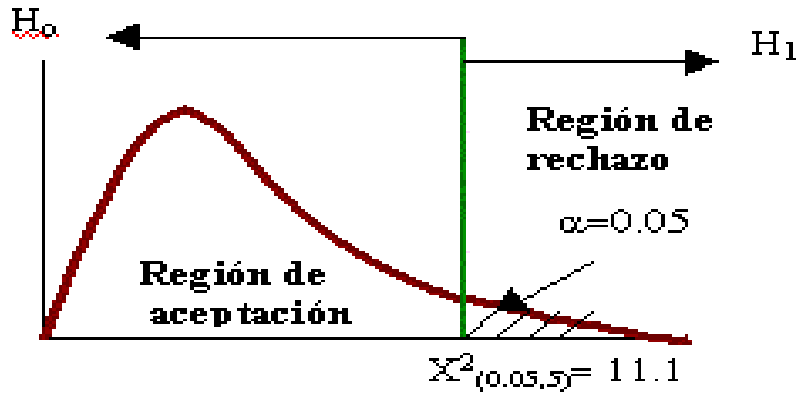
e_i = Valor esperado.

X = valor del estadístico con datos de la muestra que se trabajan y se debe comparar con los valores paramétricos ubicados en la tabla Ji cuadrada según el planeamiento de la hipótesis alternante e indicados en el paso c.

K = filas, r = columnas, gl = grados de libertad.

REGLA PARA LAS PRUEBAS DE HIPOTESIS

Si el valor de significancia da entre 0% a 5% existe relación relevante entre las variables (se rechaza la hipótesis nula de que las variables no están asociadas o son independientes) Si el valor significancia da mayor a 5% no se rechaza la hipótesis nula, por lo tanto se define que no existe evidencia para afirmar que las variables están relacionadas.



Hipótesis general

El nivel de conocimientos en cuidadores de niños se relaciona con la prevención de infecciones respiratorias agudas en edad infantil, Lima-2018.

Tabla cruzada Nivel de conocimiento de cuidadores *Prevención de infecciones respiratorias agudas en edad infantil

		Prevención de infecciones respiratorias agudas en edad infantil		Total	
		Sí	No		
Nivel de conocimiento de cuidadores	Suficiente	Recuento	2	0	2
		% del total	13,3%	0,0%	13,3%
	Medianamente suficiente	Recuento	3	0	3
		% del total	20,0%	0,0%	20,0%
	Insuficiente	Recuento	0	10	10
		% del total	0,0%	66,7%	66,7%
Total	Recuento	5	10	15	
	% del total	33,3%	66,7%	100,0%	

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	df	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	15,000 ^a	2	,001
Razón de verosimilitud	19,095	2	,000
Asociación lineal por lineal	11,828	1	,001
N de casos válidos	15		

Análisis e interpretación:

Las tablas muestran los resultados de la prueba de hipótesis, mediante la prueba estadística Chi cuadrado, del cual se puede apreciar que el P valor del estadístico de prueba es 0,001; con lo que $0,001 < 0,050$, entonces con un nivel de significancia del 5% se rechaza la hipótesis nula y aceptamos la hipótesis alternativa con lo que se concluye que: El nivel de conocimientos en cuidadores de niños se relaciona con la prevención de infecciones respiratorias agudas en edad infantil, Lima-2018.

Hipótesis específica 1

El nivel de conocimientos en cuidadores de niños con respecto a los hábitos alimentarios se relaciona la prevención de infecciones respiratorias agudas en edad infantil, Lima-2018.

Tabla cruzada Nivel de conocimientos en cuidadores de niños con respecto a los hábitos alimentarios *Prevención de infecciones respiratorias agudas en edad infantil

		Prevención de infecciones respiratorias agudas en edad infantil		Total	
		Sí	No		
Nivel de conocimientos en cuidadores de niños con respecto a los hábitos alimentarios	Suficiente	Recuento	3	0	3
		% del total	20,0%	0,0%	20,0%
	Medianamente suficiente	Recuento	2	2	4
		% del total	13,3%	13,3%	26,7%
	Insuficiente	Recuento	0	8	8
		% del total	0,0%	53,3%	53,3%
Total	Recuento	5	10	15	
	% del total	33,3%	66,7%	100,0%	

Pruebas de chi-cuadrado

Valor	df	Significación asintótica (bilateral)
-------	----	--------------------------------------

Chi-cuadrado de Pearson	10,500 ^a	2	,005
Razón de verosimilitud	13,550	2	,001
Asociación lineal por lineal	9,800	1	,002
N de casos válidos	15		

Análisis e interpretación:

Las tablas muestran los resultados de la prueba de hipótesis, mediante la prueba estadística Chi cuadrado, del cual se puede apreciar que el P valor del estadístico de prueba es 0,005; con lo que $0,005 < 0,050$, entonces con un nivel de significancia del 5% se rechaza la hipótesis nula y aceptamos la hipótesis alternativa con lo que se concluye que: El nivel de conocimientos en cuidadores de niños con respecto a los hábitos alimentarios se relaciona la prevención de infecciones respiratorias agudas en edad infantil, Lima-2018.

Hipótesis específica 2

El nivel de conocimientos en cuidadores de niños con respecto a las vías de adquisición de enfermedades se relaciona con para la prevención de infecciones respiratorias agudas en edad infantil, Lima-2018.

Tabla cruzada Nivel de conocimientos en cuidadores de niños con respecto a las vías de adquisición de enfermedades *Prevención de infecciones respiratorias agudas en edad infantil

			Prevención de infecciones respiratorias agudas en edad infantil		Total
			Sí	No	
Nivel de conocimientos en cuidadores de niños con respecto a las vías de adquisición de enfermedades	Suficiente	Recuento	3	0	3
		% del total	20,0%	0,0%	20,0%
	Medianamente suficiente	Recuento	2	3	5
		% del total	13,3%	20,0%	33,3%
	Insuficiente	Recuento	0	7	7
		% del total	0,0%	46,7%	46,7%
Total	Recuento	5	10	15	
	% del total	33,3%	66,7%	100,0%	

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	df	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	9,600 ^a	2	,005
Razón de verosimilitud	12,365	2	,002
Asociación lineal por lineal	8,828	1	,003
N de casos válidos	15		

Análisis e interpretación:

Las tablas muestran los resultados de la prueba de hipótesis, mediante la prueba estadística Chi cuadrado, del cual se puede apreciar que el P valor del estadístico de prueba es 0,005; con lo que $0,005 < 0,050$, entonces con un nivel de significancia del 5% se rechaza la hipótesis nula y aceptamos la hipótesis alternativa con lo que se concluye que: El nivel de conocimientos en cuidadores de niños con respecto a las vías de adquisición de enfermedades se relaciona con para la prevención de infecciones respiratorias agudas en edad infantil, Lima-2018.

Hipótesis específica 3

El nivel de conocimientos en cuidadores de niños con respecto a los hábitos higiénicos se relaciona con la prevención de infecciones respiratorias agudas en edad infantil, Lima-2018.

Tabla cruzada Nivel de conocimientos en cuidadores de niños con respecto a los hábitos higiénicos *Prevención de infecciones respiratorias agudas en edad infantil

		Prevención de infecciones respiratorias agudas en edad infantil		Total	
		Sí	No		
Nivel de conocimientos en cuidadores de niños con respecto a los hábitos higiénicos	Suficiente	Recuento	3	0	3
		% del total	20,0%	0,0%	20,0%
	Medianamente suficiente	Recuento	2	2	4
		% del total	13,3%	13,3%	26,7%
	Insuficiente	Recuento	0	8	8
		% del total	0,0%	53,3%	53,3%
Total	Recuento	5	10	15	
	% del total	33,3%	66,7%	100,0%	

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	df	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	10,500 ^a	2	,005
Razón de verosimilitud	13,550	2	,001
Asociación lineal por lineal	9,800	1	,002
N de casos válidos	15		

Análisis e interpretación:

Las tablas muestran los resultados de la prueba de hipótesis, mediante la prueba estadística Chi cuadrado, del cual se puede apreciar que el P valor del estadístico de prueba es 0,005; con lo que $0,005 < 0,050$, entonces con un nivel de significancia del 5% se rechaza la hipótesis nula y aceptamos la hipótesis alternativa con lo que se concluye que: El nivel de conocimientos en cuidadores de niños con respecto a los hábitos higiénicos se relaciona con la prevención de infecciones respiratorias agudas en edad infantil, Lima-2018.

4.3 Discusión de resultados

Se apreció donde se hace referencia al nivel de conocimientos de los cuidadores, se observó que el mayor número de los mismos tenía insuficiente conocimientos sobre aspectos elementales y necesarios para el manejo de los pacientes con IRA y por ende lo que se deriva de ello con vistas a prevenir este tipo de enfermedades.

Se aprecia que a través de la observación por parte del personal de enfermería del manejo del paciente por su cuidador que existe un franco incumplimiento de las normas higiénico sanitarias, destacándose el incorrecto lavado de la manos (80%) incumplimiento en las medidas relacionadas con la manipulación de los alimentos y agua (73,3%), así como el incumplimiento en mantener las medidas higiénicas adecuadas en la manipulación de los residuos del paciente y su disposición final (53,3%)

Cuando consultamos bibliografías relacionadas con nuestra investigación, encontramos que Navas, FA y et al (2012) realizaron un trabajo donde determinan el nivel de conocimientos en un grupo de cuidadores en el momento del ingreso hospitalario y tienen en cuenta sus resultados para tomar acciones educativas durante la estadía y evaluar posteriormente al egreso el impacto de la incorporación de conocimientos. Señalan que la identificación de bajos conocimientos del cuidador al ingresar condiciona la adquisición de nuevos conceptos, de nueva información. De esta manera, si un grupo de cuidadores tiene bajos conocimientos al ingreso, entonces tienen más por aprender y por tanto, sería muy probable que la valoración al egreso ofreciera mejores resultados. Esto podría explicar el hecho que la patología infecciosa esté relacionada con puntuación menor al ingreso, pero

se asocia a un mayor incremento de conocimientos durante la hospitalización, ejemplo de esto se observa con la alimentación donde los cuidadores de niños menores de seis meses saben poco de lo que deberían saber sobre lactancia materna, sin embargo, alcanzan un valor importante de conocimientos durante la hospitalización. En otros grupos etarios, el conocimiento al ingreso es más alto y esto explica en parte porque la diferencia con el nivel de egreso es menor. También plantean que lo anterior concuerda con lo que menciona un estudio revisado por ellos donde el aspecto económico puede interferir con la calidad del cuidado y que un bajo nivel educativo repercute en el ejercicio del cuidado. (23).

Amargos, J et al (2012) comentan que la madre que tiene un mayor nivel de escolaridad tendrá mayor nivel de conocimientos y mientras menor grado de escolaridad será menor el conocimiento sobre cualquier tema de salud, así mismo, a mayor nivel educativo, más fácil se recibe la orientación del personal de salud. Este estudio evidenció mayor diferencia en el puntaje de conocimientos evaluados en el momento de egreso sobre la enfermedad actual. (24)

Revisamos otras investigaciones, en una de ellas se evalúa la habilidad de cuidado observándose que el grupo experimental posterior a la intervención en la dimensión de conocimiento presentaron un alto nivel de conocimientos en el 100% de los cuidadores. En otra investigación el personal de salud capacitó a los padres de los niños hospitalizados teniendo en cuenta la empatía y colaboración de las familias para el establecimiento de la atención ambulatoria pediátrica, lo cual generó mayor satisfacción de los padres con el cuidado, es importante que el cuidador tenga conocimiento de la enfermedad para saber cómo manejarla, los conocimientos por parte de las madres y

familiares, sobre diferentes temas de salud, son de gran ayuda para el profesional de la salud en el momento de hacer un diagnóstico, de ahí la importancia de realizar intervenciones para aumentar la instrucción de las personas que están al cuidado de los niños.(25,26,27)

Carrasco, P (2006) et al muestran que en lo relacionado con el tema de las vacunas no se presentan diferencias entre el ingreso y el egreso, aspecto en el que se observó poco conocimiento. (28)

En cuanto a la función de atención al individuo, la familia y en particular el cuidador, deberá poseer una serie de conocimientos, adquirir ciertas habilidades y demostrar determinadas actitudes que le faculte para llegar a conocer el origen del problema del paciente que causa la enfermedad y contribuir con un manejo adecuado del paciente.

El triángulo formado por el individuo, la familia y el médico constituye la base de la Medicina, la familia en tanto que es el núcleo social inmediato del individuo, tiene una importancia trascendental en el cómo y de qué se enferman sus miembros, así como de qué forma se expresa la necesidad de la atención sanitaria y la manera en que se produce la resolución del problema (29)

La familia influye en ambos sentidos sobre la salud de sus miembros: en sentido positivo, como recurso fundamental para colaborar en el cuidado y la resolución de los problemas y en sentido negativo, como generadora de la enfermedad, hábitos de vida insanos y conductas de salud erróneas (30)

La autora entiende que al concordar con todo lo expuesto en la bibliografía revisada y al correlacionarlo con el diagnóstico sobre el nivel de conocimientos de los cuidadores en estudio, afirma que sin lugar a dudas resulta conveniente, pertinente y necesario incorporar en la educación

sanitaria que brinda la institución un programa de audiencias sanitarias sobre las enfermedades que nos ocupan.

Quisiéramos antes de referirnos como tal a la propuesta del programa de audiencias sanitarias, puntualizar elementos importantes a tener en cuenta.

4.4 Aporte de la investigación

La evolución cronológica del surgimiento y mantenimiento a través de los años de los términos de “Promoción y Prevención”. Tras realizar una exhaustiva revisión del tema la autora decidió referirse al mismo a través de la panorámica brindada por Céspedes, I, La Habana Cuba 2013, (4) en su investigación donde reseña lo siguiente:

“Tras la Segunda Guerra Mundial y habiéndose constituido la Organización de Naciones Unidas (ONU), se imponía la creación de una organización a nivel mundial encargada de atender los problemas de salud en el planeta. En julio de 1946 se celebró la Conferencia Internacional de Salud, organizada por una de las dependencias de las Naciones Unidas, el Consejo Económico y social de la ONU y en dicha esa conferencia se gestaron los primeros acuerdos que llevarían a la creación de la Organización Mundial de la Salud (OMS) dos años más tarde. Es necesario señalar que ya desde la primera reunión oficial de los miembros de la ONU en 1945 se había abordado la atención a la salud. El 7 de abril de 1948 quedó constituida la OMS como órgano encargado de gestionar las políticas de prevención, promoción e intervención de salud a nivel mundial. Entre sus principales objetivos además está que todos los pueblos, sin distinciones de raza, religión o ideologías, puedan gozar del máximo de salud que sea posible lograr. En 1945 el historiador Henry E. Sigerist

relacionó Promoción con el restablecimiento del enfermo y su rehabilitación.

Una contribución importante a la Promoción de la Salud, lo constituye la descripción de la estrecha relación entre pobreza y enfermedad que hizo William P. Allison, profesor de la Universidad de Edimburgo en 1820 el cual consideraba que para modificar las devastadoras epidemias de tifo y cólera que se produjeron en su época, era necesario cambiar las condiciones de vida y los hábitos de los más pobres. También dijo que la salud se promueve cuando se facilita un nivel de vida decente, buenas condiciones de trabajo, educación, cultura física y medios de descanso y recreación.

Es importante hacer referencia al informe de Lalonde publicado en Canadá. En este documento aparece un novedoso y amplio concepto del campo de salud que contiene cuatro componentes: la biología humana, el medio ambiente, el estilo de vida y la organización de los servicios de salud. En él se hace una crítica a las políticas de la salud pública que hasta entonces se orientaban solo hacia el cuidado médico olvidando que las principales causas de muerte estaban relacionadas en orden de importancia con los estilos de vida, el ambiente y la biología humana. Basado en este planteamiento aparece por primera vez la promoción de salud como estrategia dirigida al cambio de los estilos de vida de la población. En tal sentido la presente investigación aporta los componentes teóricos para elaborar una propuesta de audiencias sanitarias para la prevención de enfermedades transmisibles en edad infantil.

CONCLUSIONES

1. La prueba de hipótesis general, mediante la prueba estadística Chi cuadrado, arroja que el nivel de conocimientos en cuidadores de niños se relaciona con la prevención de infecciones respiratorias agudas en edad infantil, Lima-2018, con un p valor de 0.001 de significancia.
2. El nivel de conocimientos en cuidadores de niños con respecto a los hábitos alimentarios se relaciona con la prevención de infecciones respiratorias agudas en edad infantil, Lima-2018, al arrojar un p valor de 0.005 de significancia.
3. El nivel de conocimientos en cuidadores de niños con respecto a las vías de adquisición de enfermedades se relaciona con la prevención de infecciones respiratorias agudas en edad infantil, Lima-2018, al arrojar un p valor de 0.005 de significancia.
4. El nivel de conocimientos en cuidadores de niños con respecto a los hábitos higiénicos se relaciona con la prevención de infecciones respiratorias agudas en edad infantil, Lima-2018, al arrojar un p valor de 0.005 de significancia.

RECOMENDACIONES O SUGERENCIAS

1. Elaborar un diseño de capacitación sanitaria sobre la temática seleccionada para brindar por el personal de enfermería a cuidadores de los pacientes que se atienden en el Hospital del Niño.
2. Incluir en el Plan Estratégico Institucional del hospital el Programa de Audiencias Sanitarias, el cual debe de contar con su presupuesto respectivo.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Indicadores básicos de salud del Perú. 2016: Disponible en: https://www.paho.org/per/index.php?option=com_content&view=article&id=1454:datos-estadisticas&Itemid=824
2. Boletín Epidemiológico del Perú Volumen 27 SE 10-2018. Disponible en: <http://www.dge.gob.pe/portal/docs/vigilancia/boletines/2018/10.pdf>
3. Anuario Estadístico Perú. 2015 Disponible en: <http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/3474.pdf>
4. Céspedes, I. Evaluación del proceso de enseñanza aprendizaje de la asignatura de Promoción de Salud en la Facultad Salvador Allende. 2012-13. Tesis de Maestría. La Habana, Cuba.2013
5. Ochoa, R. Educación Sanitaria. <http://www.sld.cu/entrevista/2016/02/11/cuando-de-cuidar-la-salud-se-trata>. i
6. Sehabiague, G et al. Infecciones respiratorias agudas graves del niño y su impacto en la demanda asistencial. Arch. Pediatr. Urug. vol.83 no.1 Montevideo mar. 2012. Disponibe: http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_issuetoc&pid=1688-124920120001
- 7 Restrepo, N. Infección respiratoria aguda en niños. un problema de salud pública no resuelto. Rev. Medica Sanitas.2013 16(2) 6-7 .

- 8 Fernández, C et al. Origen Bacteriano de la Enfermedad Diarreica Aguda en Mérida Venezuela. Revista Cubana de Medicina v51 n1. ene-abril 1999 Ciudad. de la .Habana Cuba.
9. Hernández, F et al. Enfermedades diarreicas agudas en el niño: comportamiento de algunos factores de riesgo. Revista Cubana de Medicina General Integral v.16 n.2 Ciudad de La Habana ,Cuba.
- 10 Enfermedades Diarreicas Agudas. Bibliográfico. No. 1. Feb. 2015.Disponible en: <http://www.sld.cu/sitios/cpicm-cmw/2015>.
11. Las enfermedades Diarreicas Agudas en el Peru. Bol Epidemiol. (Lima) 25(2) 2016. Disponible en : <https://www.dge.gob.pe/boletín.php>
12. OMS. [Internet]. Ginebra: OMS; c2015 [actualizado Abr 2013; citado 06 Feb 2015]. Enfermedades diarreicas. Nota descriptiva N°330]. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs330/es/>
- 13.Trujillo et al .MEtiología y clínica de las enfermedades diarreicas agudas (EDA) en 100 niños de un Centro de Salud. Medellín Colombia vol.10, Núm. 2(1991). Disponible en:

<https://revistas.upb.edu.co/index.php/Medicina/search?subject=niños>
- 14 Datos estadísticos de Enfermedades Diarreicas Agudas en Perú. Disponible en. <http://www.dge.gob.pe/portal/docs/vigilancia/sala/2018/SE04/edas.pdf>
- 15 Enfermedades Diarreicas Agudas. Disponible en <https://www.gob.mx/salud/articulos/enfermedades-diarreicas-agudas-edas>

16. Manual de Promoción de Salud, Argentina Disponible en:
http://www.msal.gob.ar/images/stories/bes/graficos/0000000227cnt-03-Promocion_Salud_muestra.pdf
17. Matamoros, C. et al. Técnicas de comunicación para la prevención y el control de enfermedades .Disponible en: <http://www.seces.es>.el 2010.
18. Baldi, F , et al .Enfermedades diarreicas agudas. World J Gastroenterol 2009 July 21; 15(27): 3341-3348
- 19.Enfermedades diarreicas agudas. Diagnóstico y tratamiento Disponible en:
<https://www.intramed.net/contenidover.asp?contenidoID=61686>
20. Tipos de Audiencias. Disponible en:
<https://www.tiposdecosas.com/audiencia.html>.
21. Tipos de audiencia que puedes encontrar en tus presentaciones. Prat, R, marzo,29 2012 Disponible en: [www presentable.es/filosofia-de-las-presentaciones/tipos-de-audiencia-que-puedes-encontrar-en-tus-presentaciones/ puedes encontrar en tus presentaciones](http://www.presentable.es/filosofia-de-las-presentaciones/tipos-de-audiencia-que-puedes-encontrar-en-tus-presentaciones/)
22. Audiencias sanitarias fomentan cultura de prevención en sureños. Julio, 2010.Disponible en: <http://radiosantacruz.icrt.cu/tag/audiencia-sanitario>
23. Navas, FA et al. Conocimientos de cuidadores en salud pediátrica en niños internados en el Hospital Universitario de Santander, Bucaramanga, Colombia. Revista de la Universidad Industrial de Santander. Salud, vol. 44, núm. 2, mayo-agosto, 2012, pp. 35-43.
Disponible en: : <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=343835705006>

24. Amargos, J, et al. Intervención educativa sobre infecciones respiratorias agudas en madres de niños menores de un año. AMC [revista en la Internet]. 2010. Abr [citado 2012 Ago 09]; 14 (2). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S102502552010000200008&lng=es
25. Mendigure, J et al. Efectividad de un programa de intervención educativa para la disminución de diarreas infantiles en Lima, Perú. Rev de Ciencias de la Salud. 2007; 2 (1): 87-100
26. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. Situación de la Infancia. Salud y Supervivencia en los niños y niñas menores de 5 años. Disponible en: <http://www.unicef.org.co/0-saludysupervivencia.htm>. Acceso el 10 de octubre de 2010.
27. Universidad Nacional de Colombia, Instituto Colombiano de Bienestar Familiar, Programa Presidencial Colombia Joven, Fondo las Naciones Unidas para la infancia y Agencia de Cooperación Técnica Alemana. Situación actual y prospectiva de la niñez y la juventud en Colombia. Bogotá: 2004.
28. Carrasco P, et al. Conocimientos de los padres españoles sobre la vacunación de sus hijos durante la década 1993-2003. Datos por comunidades autónomas. Vacunas 2006; 4 (1): 44-50
- 29 Chang, M. Mensaje de la Directora General de la OMS en el informe sobre la salud del mundo. 2008. La atención primaria de salud: más necesaria que nunca. Ginebra: OMS; 2008.

30. Ceitlin, J & Gómez-Gascón, T. Elementos esenciales, fundamentos y principios de la medicina familiar. Medicina de familia: la clave de un nuevo modelo. SemFYC y CIMF. Madrid; 1997.p. 3-14.

31 .Análisis de la situación epidemiológica. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social Guatemala septiembre 2015. Disponible: <https://studylib.es/doc/5025857/análisis-de-la-situación-epidemiológica-de-enfermedades-no>

32. Pan American Health Organization, World Health Organization. 53rd Directing Council. 66th Session Of The Regional Committee Of Who For The Americas. Resolution CD53/R5, Rev. 2–ANNEX A. Strategy for universal access to health and universal health coverage. Washington, D. C.: PAHO/WHO; 2014

33. Calvo, C, et al. Infecciones respiratorias virales. Servicio de Pediatría. Hospital Severo Ochoa. Leganés. Madrid. *Laboratorio de Gripe y Virus Respiratorios. Centro Nacional de Virología. Majadahonda. Madrid

34 Organización Panamericana de la Salud/ Organización Mundial de la Salud. Washington DC: 587 PCN, La Salud de las Américas; 2003.

35 Kats, S. et al. Enfermedades Infecciosas pediátricas. Décima Edición. España: Harcourt, 1999

36. Macedo, M & Mateos, S. Infecciones Respiratorias. Temas de Bacteriología y Virología Médicas. p138-161. [http://](http://www.higiene.eduuv/cefa2008/infec) Disponible en: <http://www.higiene.eduuv/cefa2008/infec>

37 La calidad del agua de consumo y las enfermedades diarreicas en Cuba, 1996-1997. Reporte Técnico de Vigilancia Vol. 5 No 7, 2000. MINSAP. La Habana. Cuba

38. Un problema actual frecuente. Disponible en:
http://revcmhabana.sld.cu/index.php/rcmh/article/view/658/html_2

39 Organización Panamericana de la Salud. Enfermedades diarreicas agudas: prevención y tratamiento. Washington, D.C.: OPS; 1995.

40 Cuba, Ministerio de Salud Pública. Plan de Acción del Programa de Control de Enfermedades Diarreicas/CUBA. La Habana: MINSAP; 1996.

41 ¿Qué es Promoción y Prevención? Disponible en:

<http://eps.coomeva.com.co/publicaciones.php?id=9663>

42. Enfermedades transmisibles. Disponible:
https://www.paho.org/per.../index.php?option=com_content&view=article&id=3732:enfermedades-transmisibles&Itemid=1061

43. Enfermedades transmitidas por bacterias y virus. Disponible en:

<https://www.wma.net/es/que-hacemos/salud-publica/enfermedades-transmisibles/>.

44. Programa de trabajo del médico y la enfermera de la familia. El policlínico y el hospital. Ministerio de Salud Pública Cuba; 1995.

ANEXOS

Anexo 01: Matriz de consistencia

Problema de Investigación	Objetivos	Hipótesis	Metodología
<p>Problema general ¿De qué manera el nivel de conocimientos en cuidadores de niños se relaciona con la prevención de infecciones respiratorias agudas en edad infantil, Lima-2018?</p>	<p>Determinar la relación que existe entre el nivel de conocimientos en cuidadores de niños y la prevención de infecciones respiratorias agudas en edad infantil, Lima-2018.</p>	<p>El nivel de conocimientos en cuidadores de niños se relaciona con la prevención de infecciones respiratorias agudas en edad infantil, Lima-2018.</p>	<p>Nivel de Estudio El nivel es correlacional.</p> <p>Diseño de estudio: No experimental.</p>
<p>- ¿En qué medida el nivel de conocimientos en cuidadores de niños con respecto a los hábitos alimentarios se relaciona la prevención de infecciones respiratorias agudas en edad infantil, Lima-2018?</p> <p>- ¿En qué medida el nivel de conocimientos en cuidadores de niños con respecto a las vías de adquisición de enfermedades se relaciona con para la prevención de infecciones respiratorias agudas en edad infantil, Lima-2018?</p> <p>- ¿En qué medida el nivel de conocimientos en cuidadores de niños con respecto a los hábitos higiénicos se relaciona con la prevención de infecciones respiratorias agudas en edad infantil, Lima-2018?</p>	<p>- Determinar la relación que existe entre el nivel de conocimientos en cuidadores de niños con respecto a los hábitos alimentarios y la prevención de infecciones respiratorias agudas en edad infantil, Lima-2018.</p> <p>- Determinar la relación que existe entre el nivel de conocimientos en cuidadores de niños con respecto a las vías de adquisición de enfermedades y la prevención de infecciones respiratorias agudas en edad infantil, Lima-2018</p> <p>- Determinar la relación que existe entre el nivel de conocimientos en cuidadores de niños con respecto a los hábitos higiénicos y la prevención de infecciones respiratorias agudas en edad infantil, Lima-2018.</p>	<p>- El nivel de conocimientos en cuidadores de niños con respecto a los hábitos alimentarios se relaciona la prevención de infecciones respiratorias agudas en edad infantil, Lima-2018?</p> <p>- El nivel de conocimientos en cuidadores de niños con respecto a las vías de adquisición de enfermedades se relaciona con para la prevención de infecciones respiratorias agudas en edad infantil, Lima-2018.</p> <p>- El nivel de conocimientos en cuidadores de niños con respecto a los hábitos higiénicos se relaciona con la prevención de infecciones respiratorias agudas en edad infantil, Lima-2018.</p>	<p>Tipo de Estudio: Cuantitativo</p> <p>Población: 41 cuidadores de los niños ingresados en los Servicios de Urgencias y Misceláneas del Hospital del Niño, Lima.</p> <p>Muestra: 15 cuidadores de pacientes ingresados en los Servicios de Urgencia y Misceláneas de esta institución, por presentar Infecciones Respiratorias Agudas.</p>



Anexo 02: Consentimiento informado



ID: _____

FECHA: _____

TÍTULO DE LA INVESTIGACIÓN: NIVEL DE CONOCIMIENTOS DE LOS CUIDADORES DE NIÑOS Y SU RELACIÓN CON LA PREVENCIÓN DE INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS EN EDAD INFANTIL, LIMA-2018

- **OBJETIVO:** Determinar la relación que existe entre el nivel de conocimientos en cuidadores de niños y la prevención de infecciones respiratorias agudas en edad infantil, Lima-2018

- **Consentimiento / Participación**

- **voluntaria**

Acepto participar en el estudio: He leído la información proporcionada, o me ha sido leída. He tenido la oportunidad de preguntar dudas sobre ello y se me ha respondido satisfactoriamente. Consiento voluntariamente participar en este estudio y entiendo que tengo el derecho de retirarme en cualquier momento de la intervención (tratamiento) sin que me afecte de ninguna manera.

- **Firmas del participante o responsable legal**

Huella digital si el caso lo amerita.

Firma del participante: _____

Firma del investigador responsable: _____

Lima, 2018

Anexo 03: Instrumentos

CUESTIONARIO

1-Vias de adquisición de la enfermedad:

1a-Aérea.

1b-Digestiva

1c-Contacto Directo en las Enfermedades Agudas.

2-Vias de contaminación:

2a- Inhalación de partículas infecciosas contenidas en gotas de saliva presentes en el ambiente.

2b-Alimentos o agua de consumo contaminados.

2c-Inadecuada disposición de las excretas

2d-Manos contaminadas.

3-Medidas de prevención:

3a-Lavado de las manos con jabón.

3b-Practica adecuada de higiene personal y social.

3c-Conservación y protección adecuada de los alimentos.

3d-Garantía del consumo de agua potable.

3e-Utilización de la lactancia materna

3f-Existencia de vacunas para la protección de determinados agentes infecciosos.



Anexo 04: Validación del Instrumento por Jueces



Nombre del experto: _____

Especialidad: _____

Questionario

Ítem	RELEVANCIA	COHERENCIA	SUFICIENCIA	CLARIDAD	TOTAL
Vías de adquisición de la enfermedad					
Aérea					
Digestivo					
Contacto directo en las enfermedades agudas					
Vías de contaminación					
Inhalación de partículas infecciosas contenidas en gotas de saliva presentes en el ambiente					
Alimentos o agua de consumo contaminados					
Inadecuada disposición de las excretas					
Manos contaminadas					
Medidas de prevención					
Lavado de las manos con jabón.					
Practica adecuada de higiene personal y social.					
Conservación y protección adecuada de los alimentos.					
Garantía del consumo de agua potable.					
Utilización de la lactancia materna					
Existencia de vacunas para la protección de determinados agentes infecciosos.					

¿Hay alguna dimensión o ítem que no fue evaluada? SI () NO () En caso de Sí, ¿Qué dimensión o ítem falta?

DECISIÓN DEL EXPERTO: El instrumento debe ser aplicado: SI () NO ()

Firma y Sello del juez

NOTA BIOGRÁFICA

María Luisa Flores Tasayco, nació en el distrito de Chincha Alta, provincia de Chincha, departamento de Ica, el 08 de junio de 1970, cursó sus estudios de nivel primario y secundario en el CEP “Reina del Santísimo Rosario del distrito de Chincha Alta. Posteriormente, en el año 1987 realizó sus estudios universitarios en la Universidad Nacional San Luis Gonzaga de Ica en la facultad de Enfermería, egresando en el año 1995, obteniendo el grado de Bachiller en Enfermería el mismo año; así como también, obtuvo el Título Profesional de Licenciado en Enfermería en la misma universidad mencionada. En el año 2007 al 2008 culminó sus estudios de maestría en Salud Pública con Mención en Gestión Hospitalaria en la Universidad Nacional Federico Villarreal.

Tuvo su experiencia laboral como docente de prácticas en el Instituto Nacional de Salud del Niño de Breña en Lima con alumnas de la Universidad San Juan Bautista, actualmente labora como Enfermera Asistencial en el servicio de Neumología en el Instituto de salud antes mencionado.



UNIVERSIDAD NACIONAL HERMENEGILDO VALDIZAN

Huánuco - Perú

ESCUELA DE POSGRADO

Campus Universitario, Pabellón V "A" 2do. Piso - Cayhuayna
Teléfono 514760 - Pág. Web. www.posgrado.unheval.edu.pe



ACTA DE DEFENSA DE TESIS DE MAESTRO

En el Auditorio de la Escuela de Posgrado, Jr. Puno N° 248 - Lima - Cercado, siendo las **12:00h**, del día sábado **05 DE ENERO DE 2019**, ante los Jurados de Tesis constituido por los siguientes docentes:

Dr. Abner FONSECA LIVIAS	Presidente
Mg. Ita TREJO LUGO	Secretaria
Mg. Margarita Encarnación RUIZ BLANCO	Vocal

Asesor de Tesis: Dra. Dagmara M. CORDERO RUIZ (Resolución N° 02731-2018-UNHEVAL/EPG-D)

La aspirante al Grado de Maestro en Administración y Gerencia en Salud, Doña, María Luisa FLORES TASAYCO.

Procedió al acto de Defensa:

Con la exposición de la Tesis titulado: **“NIVEL DE CONOCIMIENTOS DE LOS CUIDADORES DE NIÑOS Y SU RELACIÓN CON LA PREVENCIÓN DE INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS EN EDAD INFANTIL, LIMA-2018”**.

Respondiendo las preguntas formuladas por los miembros del Jurado y público asistente.

Concluido el acto de defensa, cada miembro del Jurado procedió a la evaluación de la aspirante al Grado de Maestro, teniendo presente los criterios siguientes:

- a) Presentación personal.
- b) Exposición: el problema a resolver, hipótesis, objetivos, resultados, conclusiones, los aportes, contribución a la ciencia y/o solución a un problema social y Recomendaciones.
- c) Grado de convicción y sustento bibliográfico utilizados para las respuestas a las interrogantes del Jurado y público asistente.
- d) Dicción y dominio de escenario.

Así mismo, el Jurado plantea a la tesis **las observaciones** siguientes:

.....

Obteniendo en consecuencia la Maestría la Nota de Catarse (14)
Equivalente a Buena, por lo que se declara Aprobado
(Aprobado ó desaprobado)

Los miembros del Jurado, firman el presente **ACTA** en señal de conformidad, en Lima, siendo las 12:55 horas del 05 de enero de 2019.

.....
PRESIDENTE
DNI N° 22412906

HA
SECRETARIO
DNI N° 22484278

[Signature]
VOCAL
DNI N°

Leyenda:
19 a 20: Excelente
17 a 18: Muy Bueno
14 a 16: Bueno

(Resolución N° 03073-2018-UNHEVAL/EPG-D)

AUTORIZACIÓN PARA PUBLICACIÓN DE TESIS ELECTRÓNICAS DE POSGRADO

1. IDENTIFICACIÓN PERSONAL (especificar los datos del autor de la tesis)

Apellidos y Nombres:

FLORES TASAYCO, María Luisa

DNI: 21815429

Correo electrónico: maluflores_5@hotmail.com

Teléfonos Casa:

Celular: 989178791

Oficina _____

2. IDENTIFICACION DE LA TESIS

Posgrado	
Maestría:	ADMINISTRACIÓN Y GERENCIA EN SALUD
Mención:	_____

Grado Académico obtenido: **MAESTRO**

Título de la tesis:

NIVEL DE CONOCIMIENTOS DE LOS CUIDADORES DE NIÑOS Y SU RELACIÓN CON LA PREVENCIÓN DE INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS EN EDAD INFANTIL, LIMA-2018

Tipo de acceso que autoriza el autor:

Marcar "X"	Categoría de Acceso	Descripción de Acceso
	PÚBLICO	Es público y accesible el documento a texto completo por cualquier tipo de usuario que consulta el repositorio.
X	RESTRINGIDO	Solo permite el acceso al registro del metadato con información básica, mas no al texto completo.

Al elegir la opción "Público" a través de la presente autorizo de manera gratuita al Repositorio Institucional – UNHEVAL, a publicar la versión electrónica de esta tesis en el Portal Web repositorio.unheval.edu.pe, por un plazo indefinido, consintiendo que dicha autorización cualquiera tercero podrá acceder a dichas páginas de manera gratuita, pudiendo revisarla, imprimirla o grabarla, siempre y cuando se respete la autoría y sea citada correctamente.

En caso haya marcado la opción "Restringido", por favor detallar las razones por las que se eligió este tipo de acceso:

MOTIVO DE REALIZACION DE TESIS PARA EL DOCTORADO _____

Asimismo, pedimos indicar el periodo de tiempo en que la tesis tendría el tipo de acceso restringido:

() 1 año () 2 años () 3 años (X) 4 años

Luego del periodo señalado por usted(es), automáticamente la tesis pasara a ser de acceso público.

Fecha de firma: 23-05-2021



Firma del autor