



ESPE
UNIVERSIDAD DE LAS FUERZAS ARMADAS
INNOVACIÓN PARA LA EXCELENCIA

**DEPARTAMENTO DE CIENCIAS ECONÓMICAS ADMINISTRATIVAS Y
DE COMERCIO - CEAC**

CARRERA DE INGENIERÍA EN MERCADOTECNIA

**TRABAJO DE TITULACIÓN PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO
DE INGENIERÍA EN MERCADOTECNIA**

**TEMA: IMPACTO PSICOSOCIAL DE LA EPIDEMIA DE INFLUENZA
A(H1N1) EN LOS ESTUDIANTES DE EDUCACIÓN GENERAL BÁSICA
DE LAS UNIDADES EDUCATIVAS DEL DISTRITO METROPOLITANO
DE QUITO, DURANTE LOS AÑOS 2013 A 2017**

AUTORES:

ESCOBAR MEDINA, GRECIA CAROLINA

Y TAPIA CRIOLLO, ANDRÉS EDUARDO

DIRECTOR: LCDO. MGS. ITURRALDE MUIRRAGUI, JUAN

FERNANDO

SANGOLQUÍ, 2019



**DEPARTAMENTO DE CIENCIAS ECONÓMICAS, ADMINISTRATIVAS Y DE
COMERCIO**

INGENIERÍA EN MERCADOTECNIA

CERTIFICACIÓN

DIRECTOR: Lcdo. Juan Fernando Iturralde, Mgs.

Certifico que el trabajo de titulación, “Impacto psicosocial de la epidemia de influenza A(H1N1) en los estudiantes de educación general básica de las Unidades Educativas del Distrito Metropolitano de Quito, durante los años 2013 a 2017”, el mismo ha sido revisado en su totalidad, analizado por la herramienta de verificación de similitud de contenido; por lo tanto cumple con los requisitos teóricos, científicos, técnicos, metodológicos y legales establecidos por la Universidad de Fuerzas Armadas ESPE, razón por la cual me permitió acreditar y autorizar para que lo sustente públicamente.

Sangolquí, 07 de febrero de 2019

Lcdo. Juan Fernando Iturralde. Mgs.

C.C. 170435693-8



**DEPARTAMENTO DE CIENCIAS ECONÓMICAS, ADMINISTRATIVAS Y DE
COMERCIO**

CARRERA DE INGENIERÍA EN MERCADOTECNIA

AUTORÍA DE RESPONSABILIDAD

Nosotros, Escobar Medina, Grecia Carolina, con CI. 171087623-4, y Tapia Criollo, Andrés Eduardo, con CI. 171928108-9, declaramos que el contenido, ideas y criterios de este trabajo de titulación **“Impacto psicosocial de la epidemia de influenza A(H1N1) en los estudiantes de educación general básica de las Unidades Educativas del Distrito Metropolitano de Quito, durante los años 2013 a 2017”**, es de nuestra autoría y responsabilidad, cumpliendo con los requisitos teóricos, científicos, técnicos, metodológicos y legales establecidos por la Universidad de Fuerzas Armadas ESPE, respetando los derechos intelectuales de terceros y referenciando las citas bibliográficas.

Consecuentemente el contenido de la investigación mencionada es veraz.

Sangolquí, 07 de febrero de 2019

Escobar Medina, Grecia Carolina

C.C.171087623-4

Tapia Criollo, Andrés Eduardo

C.C. 171928108-9



**DEPARTAMENTO DE CIENCIAS ECONÓMICAS, ADMINISTRATIVAS Y DE
COMERCIO**

CARRERA DE INGENIERÍA EN MERCADOTECNIA

AUTORIZACIÓN

Nosotros, Escobar Medina Grecia Carolina, con CI. 171087623-4, y Tapia Criollo Andrés Eduardo, con CI. 171928108-9, autorizamos a la Universidad de las Fuerzas Armadas ESPE publicar en el Repositorio Institucional, el presente trabajo de titulación “Impacto psicosocial de la epidemia de influenza A(H1N1) en los estudiantes de educación general básica de las Unidades Educativas del Distrito Metropolitano de Quito, durante los años 2013 a 2017”, cuyo contenido, ideas y criterios son de mi autoría y responsabilidad.

Sangolquí, 07 de febrero de 2019

Escobar Medina, Grecia Carolina

C.C. 171087623-4

Tapia Criollo, Andrés Eduardo

C.C.171928108-9

DEDICATORIA

Dedicamos este trabajo de Investigación primero a Dios, que nos ha guiado durante estos años, por sus bendiciones y por permitirnos culminar con esta etapa.

A nuestros padres que han sabido ser ejemplo, que nos han inculcado valores y con su amor nos han apoyado para vernos grandes.

A nuestros hermanos por su amor y apoyo.

A nuestros familiares y amigos.

Carolina Escobar y Andrés Tapia

AGRADECIMIENTO

A Dios, por permitirnos cumplir esta meta que tanto sacrificio nos ha costado.

A la Universidad de las Fuerzas Armadas – ESPE por brindarnos esta educación de calidad.

Al Dr. Marco Soasti Mgs., Director de la Carrera de ingeniería en Mercadotecnia en Modalidad Presencial por su paciencia y apoyo.

Al Lcdo. Juan Fernando Iturralde, Mgs. Director de Tesis que nos ha llevado adelante con este proyecto.

Carolina Escobar y Andrés Tapia

ÍNDICE DE CONTENIDO

CERTIFICACIÓN.....	i
AUTORÍA DE RESPONSABILIDAD.....	ii
AUTORIZACIÓN.....	iii
DEDICATORIA.....	iv
AGRADECIMIENTO	v
ÍNDICE DE CONTENIDO.....	vi
ÍNDICE DE TABLAS.....	x
ÍNDICE DE FIGURAS.....	xiii
RESUMEN.....	xvii
ABSTRACT	xviii
RESUMEN DE LAS CONSIDERACIONES QUE MOTIVARON EL PROYECTO.	xix
CAPITULO 1: INTRODUCCIÓN	i
1.1. Planteamiento del Problema	1
1.2. Contextualización	3
1.3. Macro Ambiente	6
1.4. Meso Ambiente.....	8
1.5. Micro Ambiente.....	9
1.6. Definición del Problema.....	11

1.7. Formulación del Problema.....	12
1.8. Descripción del Problema.....	14
1.9. Justificación.....	15
1.10. Objetivos de la Investigación.....	20
1.11. Preguntas de Investigación.....	21
CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO.....	22
2.1. Marco Teórico Referencial.....	22
MODELO DE ESTRÉS Y AFRONTAMIENTO DE LAZARUS Y FOLKMAN.....	22
TEORÍA DEL DESARROLLO PSICOSOCIAL.....	25
TEORÍA DE LAS NECESIDADES DE MASLOW.....	30
MARKETING SOCIAL.....	32
2.2. Marco Conceptual.....	35
CAPITULO III: MARCO METODOLÓGICO.....	41
3.1. Metodología.....	41
3.2. Enfoque de la Investigación.....	44
Modalidad Básica de la Investigación.....	44
Tipo de la investigación.....	45
Hipótesis General.....	45
Hipótesis Específicas.....	45

Instrumentos para recolección de datos.....	46
Procesamiento de datos	47
3.3. Universo.....	47
Delimitación del Universo.....	48
3.4. Muestra	48
Tipos de Muestreo	49
Muestreo	52
Cálculo de la Muestra	53
CAPÍTULO IV: MARCO EMPÍRICO	59
4.1. Análisis Univariado	59
4.2. Análisis Bivariado	86
4.3. Prueba de Hipótesis	100
CAPÍTULO V: DISCUSIÓN	142
5.1. Informe de resultados finales.....	142
5.2. Análisis individual de las variables	142
5.3. Análisis de la relación entre las variables.....	147
CAPÍTULO VI: PROPUESTA.....	152
6.1. Antecedentes de la propuesta	152
6.2. Justificación de la propuesta.....	152

6.3. Objetivos de la propuesta	153
6.3.1. Objetivo General de la Propuesta.....	153
6.3.2. Objetivos Específicos	154
6.4. Desarrollo de la propuesta	154
CAPÍTULO VII: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	171
BIBLIOGRAFÍA.....	174
ANEXOS.....	¡Error! Marcador no definido.

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1 <i>Pregunta 1: Parentesco</i>	59
Tabla 2 <i>Pregunta 2 : Género</i>	60
Tabla 3 <i>Pregunta 3 : Edad del paciente</i>	61
Tabla 4 <i>Pregunta 4 : Año de diagnóstico</i>	62
Tabla 5 <i>Pregunta 5 : Hospital que fue tratado</i>	63
Tabla 6 <i>Pregunta 6 : Área de tratamiento</i>	64
Tabla 7 <i>Pregunta 7 : Vacuna previo al contagio</i>	65
Tabla 8 <i>Pregunta 8 : Enfermedades previas al contagio</i>	66
Tabla 9 <i>Pregunta 9 : Enfermedades previas al contagio</i>	67
Tabla 10 <i>Pregunta 10 : Información la epidemia de Influenza A(H1N1) previo al contagio</i>	68
Tabla 11 <i>Pregunta 11 : Medios de información</i>	69
Tabla 12 <i>Pregunta 12 : Información de la unidad educativa</i>	70
Tabla 13 <i>Pregunta 13 : Plan de acción del departamento médico</i>	71
Tabla 14 <i>Pregunta 14 : Plan de contingencia de la unidad educativa</i>	72
Tabla 15 <i>Pregunta 15 : Posible trastorno social</i>	73
Tabla 16 <i>Pregunta 16 : Trastorno social</i>	74
Tabla 17 <i>Pregunta 17 : Paciente marginado</i>	75
Tabla 18 <i>Pregunta 18 : Afecciones por causa del rechazo</i>	76
Tabla 19 <i>Pregunta 19 : Personalidad del paciente</i>	77
Tabla 20 <i>Pregunta 20 : Comunicación con compañeros</i>	78

Tabla 21 <i>Pregunta 21 : Rendimiento académico</i>	79
Tabla 22 <i>Pregunta 22 : Miedo a expresar sentimientos</i>	80
Tabla 23 <i>Pregunta 23 : Orientación DOBE</i>	81
Tabla 24 <i>Pregunta 24: Interacción con familiares</i>	82
Tabla 25 <i>Pregunta 25 : Discriminación familiar</i>	83
Tabla 26 <i>Pregunta 26 : Apoyo psicológico</i>	84
Tabla 27 <i>Pregunta 27 : Miedo a asistir a lugares con aglomeración de personas</i>	85
Tabla 28 <i>Pregunta 28 : Paciente marginado * Posible Trastorno Paciente</i>	86
Tabla 29 <i>Pregunta 29 : Prueba Chi2 Paciente marginado * Posible Trastorno Paciente</i>	86
Tabla 30 <i>Pregunta 30 : Paciente marginado * Miedo a lugares abarrotados.</i>	88
Tabla 31 <i>Pregunta 31 : Prueba Chi2 Paciente marginado * Miedo a lugares abarrotados..</i>	88
Tabla 32 <i>Pregunta 32 : Paciente marginado * Miedo a expresar emociones</i>	90
Tabla 33 <i>Pregunta 33 : Prueba Chi2 Paciente marginado * Miedo a expresar emociones...</i>	90
Tabla 34 <i>Rechazo paciente vs Consecuencias rechazo</i>	92
Tabla 35 <i>Apoyo psicológico vs Miedo a expresarse</i>	95
Tabla 36 <i>Prueba Chi2 Rechazo paciente vs Cambio de personalidad</i>	98
Tabla 37 <i>Transtorno pacientes vs Transtornos presentes</i>	100
Tabla 38 <i>Prueba Chi2 Transtorno pacientes vs Transtornos presentes</i>	101
Tabla 39 <i>Transtorno pacientes vs Rendimiento académico</i>	104
Tabla 40 <i>Transtorno pacientes vs Miedo a expresarse</i>	107
Tabla 41 <i>Información Influenza vs Medio de información</i>	110
Tabla 42 <i>Prueba Chi2 Información Influenza vs Medio de información</i>	110
Tabla 43 <i>Información Influenza vs Planificación Departamento médico</i>	114

Tabla 44 <i>Información Influenza vs Planificación Unidad Educativa</i>	117
Tabla 45 <i>Rechazo paciente vs Miedo de pacientes</i>	120
Tabla 46 <i>Rechazo paciente vs Rechazo familia</i>	123
Tabla 47 <i>Información previa * Medios de información</i>	126
Tabla 48 <i>Prueba Chi2 Información previa * Medios de información</i>	126
Tabla 49 <i>Posible trastorno social * Trastornos sociales</i>	128
Tabla 50 <i>Prueba Chi2 Posible trastorno social * Trastornos sociales</i>	128
Tabla 51 <i>Personalidad paciente * Comunicación Paciente</i>	130
Tabla 52 <i>Prueba Chi2 Personalidad paciente * Comunicación Paciente</i>	130
Tabla 53 <i>Rechazo paciente * Comunicación Paciente</i>	132
Tabla 54 <i>Prueba Chi2 Rechazo paciente * Comunicación Paciente</i>	132
Tabla 55 <i>Género paciente * Plan de contingencia</i>	134
Tabla 56 <i>Prueba Chi2 Género paciente * Plan de contingencia</i>	135
Tabla 57 <i>Comunicación paciente * Rendimiento académico</i>	137
Tabla 58 <i>Atención DOBE * Plan de contingencia</i>	139
Tabla 59 <i>Prueba Chi2 Atención DOBE * Plan de contingencia</i>	139
Tabla 60 <i>Causas frecuentes de desinformación o aislamiento.</i>	154
Tabla 61 <i>Identificación y cuantificación de ciudadanos vulnerables</i>	156
Tabla 62 <i>Propuesta Plan de Comunicación sobre la Pandemia A(H1N1)</i>	166

ÍNDICE DE FIGURAS

<i>Figura 1</i> Distribución de virus de Influenza por mes en el periodo 2013-2017	5
<i>Figura 2</i> Diagrama de Ishikawa	14
<i>Figura 3</i> Modelo de estrés y afrontamiento de Lazarus y Folkman.....	23
<i>Figura 4</i> Adaptación de las 8 Etapas del Desarrollo Psicosocial según Erikson	29
<i>Figura 5</i> Adaptación Pirámide de las Necesidades de Maslow	31
<i>Figura 6</i> Clasificación de los diseños de la investigación de mercados	42
<i>Figura 7</i> Comparación de los diseños básicos de investigación	43
<i>Figura 8</i> Representación de muestra como subgrupo	49
<i>Figura 9</i> Condiciones que favorecen el uso de muestra o censo.....	50
<i>Figura 10</i> Clasificación de las técnicas de muestreo	51
<i>Figura 11</i> Pacientes de Influenza A (H1N1) periodo 2013-2017	53
<i>Figura 12</i> Pacientes de Influenza A (H1N1) periodo 2013-2017	53
<i>Figura 13</i> Muestra de Pacientes de Influenza A(H1N1) periodo 2013-2017	54
<i>Figura 14</i> Variables genéricas y específicas Matriz Cuestionario parte 1	54
<i>Figura 15</i> Variables genéricas y específicas Matriz Cuestionario parte 2	55
<i>Figura 16</i> Variables genéricas y específicas Matriz Cuestionario parte 3	56
<i>Figura 17</i> Variables genéricas y específicas Matriz Cuestionario parte 4	57
<i>Figura 18</i> Variables genéricas y específicas Matriz Cuestionario parte 5	58
<i>Figura 19:</i> Representación Gráfica del Parentesco	59
<i>Figura 20</i> Representación Gráfica del Genero.....	60
<i>Figura 21</i> Representación Gráfica de Edad	61
<i>Figura 22</i> Representación Gráfica del año de diagnostico.....	62

<i>Figura 23</i> Representación Gráfica del lugar de tratamiento	64
<i>Figura 24</i> Representación Gráfica del lugar de tratamiento	64
<i>Figura 25</i> Representación Gráfica presencia de vacuna previo al contagio	65
<i>Figura 26</i> Representación Gráfica presencia de enfermedad previo al contagio.....	66
<i>Figura 27</i> Representación Gráfica de enfermedades previo al contagio.....	67
<i>Figura 28</i> Representación Gráfica de información previo al contagio	68
<i>Figura 29</i> Representación Gráfica de medios de información previo al contagio.....	70
<i>Figura 30</i> Representación Gráfica plan informativo de unidad educativa.....	70
<i>Figura 31</i> Representación Gráfica del plan de acción del departamento médico	71
<i>Figura 32</i> Representación Gráfica del plan de contingencia de la unidad educativa.....	72
<i>Figura 33</i> Representación Gráfica de posibles trastornos sociales	73
<i>Figura 34</i> Representación Gráfica de presencia de trastornos sociales	74
<i>Figura 35</i> Representación Gráfica de posible rechazo.....	75
<i>Figura 36</i> Representación Gráfica de afecciones por causa de rechazo	76
<i>Figura 37</i> Representación Gráfica de posible cambio de personalidad	77
<i>Figura 38</i> Representación Gráfica de comunicación con compañeros	78
<i>Figura 39</i> Representación Gráfica de rendimiento académico	79
<i>Figura 40</i> Representación Gráfica de miedo a expresar emociones	80
<i>Figura 41</i> Representación Gráfica de atención profesional	81
<i>Figura 42</i> Representación Gráfica de interacción familiar	82
<i>Figura 43</i> Representación Gráfica de posible discriminación familiar.....	83
<i>Figura 44</i> Representación Gráfica de ayuda psicológica profesional.....	84
<i>Figura 45</i> Representación Gráfica de miedo a salir	85

<i>Figura 46</i> Paciente Marginado * Posible Trastorno Paciente	87
<i>Figura 47</i> Paciente Marginado * Miedo a lugares abarrotados.....	89
<i>Figura 48</i> Paciente Marginado * Miedo a expresar emociones	91
<i>Figura 49</i> Rechazo pacientes vs Consecuencias rechazo	92
<i>Figura 50</i> Tabla cruzada Rechazo pacientes vs Consecuencias rechazo	93
<i>Figura 51</i> Apoyo psicológico vs Miedo a expresarse	95
<i>Figura 52</i> Tabla Cruzada Apoyo psicológico vs Miedo a expresarse.....	96
<i>Figura 53</i> Rechazo pacientes vs Cambio de personalidad	98
<i>Figura 54</i> Tabla Cruzada Rechazo pacientes vs Cambio de personalidad.....	99
<i>Figura 55</i> Trastornos pacientes vs Trastornos presentes.....	101
<i>Figura 56</i> Tabla Cruzada Trastornos pacientes vs Trastornos presentes	102
<i>Figura 57</i> Trastornos pacientes vs Rendimiento académico.....	104
<i>Figura 58</i> Tabla Cruzada Trastornos pacientes vs Rendimiento académico	105
<i>Figura 59</i> Trastornos pacientes vs Miedo a expresarse	107
<i>Figura 60</i> Tabla Cruzada Trastornos pacientes vs Miedo a expresarse	108
<i>Figura 61</i> Información Influenza vs Medio de información.....	111
<i>Figura 62</i> Tabla Cruzada Información Influenza vs Medio de información	112
<i>Figura 63</i> Información Influenza vs Planificación Departamento médico	114
<i>Figura 64</i> Información Influenza vs Planificación Departamento médico	115
<i>Figura 65</i> Información Influenza vs Planificación Unidad Educativa.....	117
<i>Figura 66</i> Tabla Cruzada Información Influenza vs Planificación Unidad Educativa	118
<i>Figura 67</i> Rechazo paciente vs Miedo de paciente	120
<i>Figura 68</i> Tabla Cruzada Rechazo paciente vs Miedo de paciente	121

<i>Figura 69</i> Rechazo paciente vs Rechazo familia	123
<i>Figura 70</i> Tabla Cruzada Rechazo paciente vs Rechazo familia.....	124
<i>Figura 71</i> Información previa * Medios de información	127
<i>Figura 72</i> Posible trastorno social * Trastornos sociales.....	129
<i>Figura 73</i> Personalidad paciente * Comunicación Paciente	131
<i>Figura 74</i> Rechazo Paciente * Comunicación Paciente	133
<i>Figura 75</i> Género Paciente * Plan de contingencia	135
<i>Figura 76</i> Comunicación paciente * Rendimiento académico.....	137
<i>Figura 77</i> Atención DOBE * Plan de contingencia	140
<i>Figura 78</i> Porcentaje de incidencia en causas de desinformación o aislamiento.....	155
<i>Figura 79</i> Flujograma transmisión información de subsistema vigilancia de la pandemia ..	158
<i>Figura 80</i> Protocolo manejo pandemia A(H1N1) Unidades de Salud Ambulatorias	159
<i>Figura 81</i> Protocolo manejo de pandemia A(H1N1) en Hospitales o Clínicas	160
<i>Figura 82</i> Imagen publicitaria Guía Prevención Pandemia A(H1N1) público general	161
<i>Figura 83</i> Tríptico difusión en establecimientos médicos público general	162
<i>Figura 84</i> Tríptico acción y lugares de manejo de pandemia	163
<i>Figura 85</i> Propuesta de Tríptico publicitario para difusión a la ciudadanía	164
<i>Figura 86</i> Base de Datos de contagiados de Influenza A(H1N1) periodo 2013 a 2017 ¡Error!	

Marcador no definido.

Figura 87 Base de Datos Contagiados Influenza A(H1N1) en el periodo 2013 a 2017 **¡Error!**

Marcador no definido.

Figura 88 Base de Datos Estudiantes contagiados de Influenza A(H1N1) 2013 a 2017

.....**¡Error! Marcador no definido.**

RESUMEN

La epidemia de Influenza A(H1N1) se origina en el 2009 ocasionada por una variante del Influenza virus, se encuentra presente en el mundo desde hace una década y se agrava con la variación de las estaciones climáticas, causando a su paso gran número de muertes. Ese mismo año la Organización Mundial de la Salud (OMS) dio a conocer este virus como Virus H1N1/09 pandémico. “La letra A designa la familia de los virus de la gripe humana y de la de algunos animales como cerdos y aves; las letras H y N (Hemaglutininas y Neuraminidasas) corresponden a las proteínas de la superficie del virus (...)” (Vélez, 2002, pág. 234) . El presente trabajo de investigación analiza el impacto psicosocial de la Influenza A(H1N1) y muestra los resultados de contagio y mortalidad de la población objetivo que se encuentra en el Ecuador, específicamente en los niños del Distrito Metropolitano de Quito cursando la Educación General Básica, es decir en un rango de edades entre los 4 y 15 años de edad. Esta población corresponde a las Unidades Educativas de la Zona Educativa No. 9 que abarca el Cantón Quito. Información obtenida a través de un censo. Según el Ministerio de Salud, a pesar de varias campañas de educación, vacunación y vigilancia; los contagios y muertes se dan por la falta información sobre cómo actuar frente a los síntomas; los casos de automedicación o una respuesta tardía al momento de buscar ayuda médica.

Palabras clave

- **PSICOSOCIAL**
- **INFLUENZA**
- **UNIDADES EDUCATIVAS**
- **EDUCACIÓN GENERAL BÁSICA**

ABSTRACT

The epidemic of Influenza A(H1N1) originates in 2009 caused by a variant of the Influenza virus, is present in the world for a decade and is aggravated by the variation of weather stations, causing large numbers of deaths. That same year, the World Health Organization (WHO) announced this virus as a pandemic H1N1 / 09 virus. "The letter A designates the family of human influenza viruses and that of some animals such as pigs and birds and the letters H and N (Hemagglutinins and Neuraminidases) correspond to proteins on the surface of the virus (...)" (Vélez, 2002). This research work analyzes the psychosocial impact of Influenza A(H1N1) and shows the results of contagion and mortality of the target population that is found in Ecuador, specifically in the children of the Metropolitan District of Quito studying Basic General Education, that is, in a range of ages between 4 and 15 years of age. This population corresponds to the Educational Units of Educational Zone No. 9 that covers the Quito Canton. Information obtained through a census. According to the Ministry of Health, despite several education, vaccination and surveillance campaigns; the contagions and deaths are due to the lack of information on how to act in the face of symptoms; cases of self-medication or a delayed response when seeking medical help.

Keywords

- **PSYCHOSOCIAL**
- **INFLUENZA**
- **EDUCATIONAL UNITS**
- **BASIC GENERAL EDUCATION**

RESUMEN DE LAS CONSIDERACIONES QUE MOTIVARON EL PROYECTO

Las consideraciones que motivaron a la realización del presente proyecto fueron el crecimiento de los datos sobre muertes y personas enfermas con la epidemia de Influenza A(H1N1), al ver que dentro del país existe preocupación y desconocimiento a la vez, hemos visto la importancia de analizar qué sucede en nuestra realidad, cómo las personas se preparan para evitar contagiarse o cómo actuar si uno de sus familiares resulta estar afectado con la epidemia. De allí partimos para determinar las opciones o los cambios a seguir para contribuir a un país con mejor cultura de salud. Para la realización de este estudio es pertinente mencionar la importancia que tiene el desarrollo de un análisis mediante la aplicación de una investigación de tipo empírico, mismo que describe un informe de investigación original, e incluye un análisis con información secundaria que pone a prueba la hipótesis. Hay que tomar en cuenta lo que dicen autores sobre estudios anteriores de los impactos económicos, sociales, psicológicos que puede tener los familiares que apoyan a un ser que se encuentra afectado. Analizar desde el punto de vista del Estado las medidas que han implementado, la repercusión tanto positiva como negativa en la población y las medidas próximas a implementar. Se debe mencionar que en estudios anteriores de Estados latinoamericanos se han estimado estos temas de relevante importancia para lo cual nos apoyaremos en información inicial y datos secundarios proporcionados por los Ministerios de Educación y Ministerio de Salud del Ecuador.

Se puede indicar que para la presente investigación se ha tomado en cuenta al sector de la salud, debido al interés que mostramos en este tema.

CAPITULO 1: INTRODUCCIÓN

1.1. Planteamiento del Problema

En Ecuador se registra la presencia de casos confirmados de la gripe A(H1N1) a partir del año 2009, esta enfermedad se caracteriza por ser una infección respiratoria aguda muy contagiosa que se encuentra en los cerdos, causada por ciertos virus gripales del tipo A de esa especie.

El número de personas infectadas por este virus suele ser alta y puede tener un nivel de mortalidad baja (del 1% al 4%) si se trata a tiempo y con medicamentos adecuados. (ECUADOR: 73 CASOS CONFIRMADOS DE INFLUENZA A (H1N1), 2009, pág. OPS Ecuador) .

En temporada invernal se puede apreciar un notable incremento de casos en el Ecuador, donde se puede identificar la circulación de los tres tipos de Influenza (AH1N1, AH3N2 y B).

La Influenza es una enfermedad endémica con capacidad de transmisión mucho más alta que la gripe común. Se registra que el 90% de los afectados presentan síntomas leves o son asintomáticos y apenas un 10% de los afectados presentan síntomas graves que pueden necesitar hospitalización inmediata para control y tratamiento.

La principal característica que presenta esta enfermedad es su fácil cambio de ciclo de vida o mutación el cual le permite sortear los diferentes planes de contingencia elaborados por los sistemas de control de salud. En Ecuador el Ministerio de Salud Pública (MSP) mantiene activo el sistema de vigilancia epidemiológica para el control de la Influenza, además incorporó la vacuna contra la influenza estacional a su esquema nacional de vacunación en el año 2006; esta campaña tiene el objetivo de disminuir la morbilidad y mortalidad que ocasiona este virus. En Ecuador se usa la vacuna del hemisferio norte, disponible en noviembre-diciembre, con

abastecimiento en su mayoría a través del Fondo Rotatorio de la OPS (Ministerio de Salud Pública del Ecuador, 2017, pág. 63).

Para estas campañas realizadas anualmente se identificaron los grupos prioritarios que pueden presentar un alto riesgo de complicaciones que están asociadas con la influenza. Dentro de este grupo se encuentran las mujeres en estado de embarazo, niños de 0 a 5 años, trabajadores del sistema de salud, adultos mayores de 65 años y personas con enfermedades crónicas.

Según el informe de Evaluación de la Estrategia Nacional de Inmunizaciones en el Ecuador hasta el año 2017 y siguiendo las recomendaciones del Grupo de Expertos de Asesoramiento Estratégico sobre Inmunización de la OMS (SAGE) y del Grupo Técnico Asesor sobre Enfermedades Prevenibles por Vacunación (GTA) de la OPS. A partir de la temporada 2014-2015, el Ministerio de Salud Pública del Ecuador decidió incluir también a las personas que se encuentran en el grupo de adultos entre 50 a 64 años de edad, por el nivel alto de enfermedad que afectó a estas personas durante la estación de 2013- 2014. (OMS, pág. 63)

A lo largo de los años el desempeño de las campañas implementadas ha demostrado el esfuerzo que los equipos y brigadas de salud hacen para alcanzar las coberturas planteadas. Según datos recogidos en dicho informe para la campaña del periodo 2016-2017, el grupo de niños de 6 a 11 meses alcanzó una cobertura de apenas el 46% con la segunda dosis. Este resultado es bajo, y puede estar ligado al hecho de que no existe un adecuado registro de los niños que no recibieron la segunda dosis.

La Organización Mundial de la Salud recomienda que a cualquier niño menor de 9 años de edad que aún no haya sido vacunado se aplique dos dosis para garantizar el desarrollo de una inmunidad adecuada. Cabe recalcar que a pesar que la OMS propone que niños y niñas menores

de 9 años sean vacunados, en el Ecuador no se evidencia planes de prevención únicamente para este grupo poblacional. Para nuestra investigación hemos determinado que el grupo vulnerable debe ser extendido hasta jóvenes de 15 años de edad, debido a que se encuentran en el último nivel de Educación General Básica. En ciertas actividades dentro de la Unidad Educativa podrían compartir con niños menores hasta los 4 años de edad. (OMS)

Tenemos sistemas de prevención o inmunización que pueden combatir diferentes virus con vacunas y medicamentos, sin embargo el virus de Influenza A(H1N1) ha sido catalogado como una epidemia mundial y en este caso la amenaza es mayor ya que cada año muta y se presenta un nuevo agente de virus frente al que la población aún carece de inmunidad para enfrentarlo; por tal motivo al ser una amenaza latente la preocupación de la sociedad crece y se descontrola cuando no existen programas informativos que ayuden a comprender las complicaciones de la enfermedad al no ser tratada adecuadamente.

En casi todos los informes relacionados con este virus se ha mencionado únicamente las afecciones físicas que éste ocasiona, pero no se han analizado ampliamente y reconocido los efectos y consecuencias sobre la salud mental de los pacientes y familiares.

1.2.Contextualización

A partir de la primera alerta de casos de Influenza A (H1N1) en el año 2009, el Ministerio de Salud Pública del Ecuador ha emitido varios documentos donde se detallan cuáles son los síntomas de la enfermedad y cuáles son los métodos preventivos para evitar contagiarse con esta enfermedad. El mismo año se distribuye el manual guía para promotores líderes y profesores para conocer e informar métodos de prevención para los estudiantes de Educación General Básica del Distrito Metropolitano de Quito, sus familiares y personal docente.

En el año 2005 El Ministerio de Salud Pública emitió El manual de atención primaria en salud mental el cual plantea un plan de salud mental para enfrentar la influenza pandémica del agente H5N5 (Gripe Aviar); este documento no ha sido actualizado desde entonces y dado que hasta el año 2017 en el Ecuador no existen unidades especializadas que hayan realizado el análisis de las reacciones relacionadas con la salud mental de las personas que enfermado con la epidemia de Influenza A(H1N1), hemos decidido iniciar nuestra investigación enfocados en identificar el impacto psicosocial de los estudiantes de educación general básica del Distrito Metropolitano de Quito infectados con la epidemia de A (H1N1), ya que se encuentran dentro del grupo más vulnerable frente a este virus.

A continuación, presentamos un cuadro donde se detalla la distribución de virus de influenza A(H1N1) por mes en el periodo 2013 a 2017.

Distribución de virus de Influenza por mes en el periodo 2013 - 2017

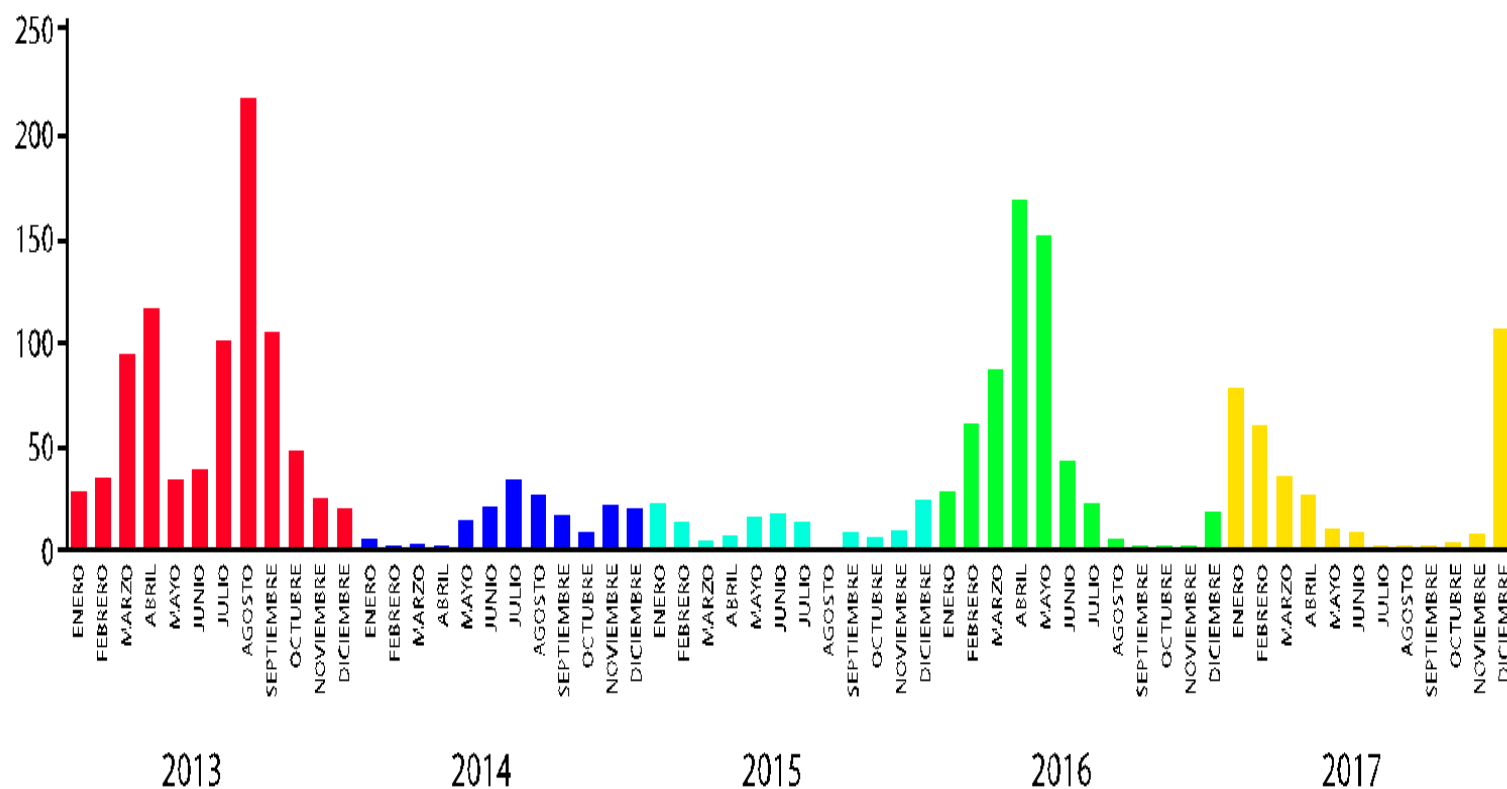


Figura 1 Distribución de virus de Influenza por mes en el periodo 2013-2017

Fuente: (Dirección Nacional de Vigilancia Epidemiológica, 2018)

1.3.Macro Ambiente

El 16 de junio de 2017 mediante acuerdo Ministerial No. 82, el Ministerio del Trabajo expide la “Normativa erradicación de la discriminación en el ámbito laboral” que en su artículo 9 señala la obligatoriedad de implementar un programa de prevención de riesgo psicosocial en todas las empresas e instituciones públicas y privadas que cuenten con más de 10 trabajadores. “El Ministerio del Trabajo en colaboración con la academia, empresas e instituciones públicas y privadas elaboró un formato estandarizado para el programa de prevención de riesgos psicosociales, el formato contiene actividades preestablecidas que las empresas e instituciones públicas y privadas deben aplicar con el fin de implementar el programa de prevención de riesgo psicosocial” (Ministerio de Trabajo, 2017, pág. 5).

En el Ecuador existen antecedentes de programas para la prevención de afecciones psicosociales, pero aún se encuentran enfocadas únicamente para el sector laboral, en donde La Organización Internacional del Trabajo (OIT) define a los factores de riesgo psicosocial como “Aquellas características de las condiciones de trabajo que afectan a la salud de las personas a través de mecanismos psicológicos y fisiológicos a los que se llama estrés”. Para la OIT, “el estrés es la respuesta física y emocional a un daño causado por un desequilibrio entre las exigencias percibidas y los recursos y capacidades percibidos de un individuo para hacer frente a esas exigencias. El estrés no es un trastorno a la salud, sino el primer signo de una respuesta a un daño físico y emocional. El estrés es una respuesta a uno o más riesgos psicosociales y puede tener consecuencias para la salud mental, física y el bienestar de una persona” (Ministerio de Trabajo, 2017, pág. 6).

Las personas tienen diferentes respuestas para afrontar sus situaciones y dependiendo de la capacidad de respuesta emocional y de la habilidad para regularla utilizan las diferentes estrategias antes planteadas (Escuela de Psicología Universidad de Los Andes Santiago de Chile , 2005, pág. 74).

En el año 2009 el Instituto Mexicano de Investigación de Familia y Población, A. C., la Secretaría de Salud de México, e Investigación y evaluación, S. C. apoyaron al estudio titulado Impacto Psicosocial de la Epidemia de Influenza A(H1N1) en Pacientes, Familiares de Pacientes y Personal de Salud del Distrito Federal: Un Estudio Exploratorio, 2009.

Este estudio tiene por objetivo principal “Evaluar el impacto psicosocial de la epidemia de con influenza A(H1N1) en relación a estados emocionales, percepción de apoyo por parte de las redes sociales y la reacción ante la información recibida durante la alerta sanitaria en pacientes diagnosticados con influenza A(H1N1), sus familiares, personal de salud que estuvo en contacto con dichos pacientes, y pacientes diagnosticados recientemente con otro padecimiento respiratorio diferente de influenza A(H1N1) en el Distrito Federal” (Investigación y evaluación, S. C., 2009, pág. 5). Se realizan este tipo de estudios para que permitan elaborar recomendaciones que hace que las personas y quienes se encuentren cerca puedan prestar asistencia; establezcan, planifiquen, y coordinen un conjunto de respuestas multisectoriales mínimas para proteger y mejorar la salud mental y el bienestar psicosocial de las personas afectadas por una epidemia como la que ocurrió por la propagación de la epidemia de Influenza A(H1N1).

1.4.Meso Ambiente

En Ecuador la Influenza es considerada como una enfermedad endémica con alta capacidad de transmisión causada por los virus de Influenza (AH1N1pdm09, AH3N2 y B). “Al iniciar la actividad de los virus de Influenza, se estima que de un 20 a 40% de la población se afecte, presentando una amplia variedad de manifestaciones clínicas; así, hasta un 90% de los afectados presentan síntomas leves o son asintomáticos y por tanto no requieren hospitalización, aproximadamente un 10% presentará Infección Respiratoria Aguda Grave (IRAG) y requerirá hospitalización, estos casos se producen principalmente en pacientes que tienen enfermedades crónicas (diabetes, asma, inmunodeficiencias, cardiopatía crónica, obesidad, etc.) y embarazadas; de estos casos de Infección Respiratoria Aguda Grave el 10% a 25% requerirá ingreso a Unidad de Cuidados Intensivos y el 2% a 9% fallecerá” (Ministerio de Salud Pública del Ecuador, 2017, pág. 3).

En relación a los países del hemisferio norte y sur en los cuales la actividad de la epidemia de Influenza está claramente marcada durante la época de invierno, los países ubicados en la zona ecuatorial presentan mínima variación en el clima, por lo que es difícil definir un patrón de comportamiento de la epidemia de Influenza, en los últimos años a través de los estudios realizados en el Ecuador y los resultados de la vigilancia centinela de Infecciones Respiratorias Agudas Graves (IRAG), se determina que existe circulación del virus de la Influenza todo el año, con dos períodos al año en donde se observa incremento de su actividad. El primer período corresponde a los meses de diciembre a abril mucho más intenso para todos los virus respiratorios afectando todo el país y el segundo período a los meses de junio a agosto con menor actividad viral que afecta principalmente a las provincias de la Sierra centro y norte. A pesar de tener estos datos, es necesario mantener control del comportamiento de Influenza por un periodo

más amplio, para determinar si se mantiene el comportamiento mencionado (Organización Panamericana de la Salud, 2018, pág. 1).

El Ministerio de Salud Pública, a través del Programa Ampliado de Inmunización, inicia un nuevo proceso de vacunación contra la influenza estacional (gripe), dos veces al año, en los meses de noviembre y agosto.

Con esta campaña se prevé contribuir a disminuir la incidencia de infecciones respiratorias por influenza estacional para evitar complicaciones y muertes en la población de riesgo.

“La vacunación está dirigida a niños de 6 meses a 4 años de edad, jóvenes de 18 a 23 años, adultos de 55 años en adelante, mujeres embarazadas, personas con enfermedades crónicas y personal de salud. Se planificó vacunar a 3’ 286.647 personas. Para el buen desarrollo de esta campaña todas las Áreas de Salud cuentan con los materiales biológicos y el personal capacitado para vacunar en las unidades operativas y en brigadas móviles. En cada jornada de vacunación se invita a la ciudadanía a los centros y subcentros de salud para que reciban la vacuna, considerando que con la llegada del invierno se acrecienta la presencia de este virus en la población.” (Ministerio de Salud Pública del Ecuador, 2018, pág. 1).

1.5.Micro Ambiente

El Distrito Metropolitano de Quito se encuentra dentro de la campaña de vacunación contra la influenza que el Ministerio de Salud Pública impulsa, dado que hasta el año 2017 se han registrado 664 casos confirmados de personas enfermas con la epidemia de Influenza. La vacuna es suministrada de manera gratuita en todos los Centros de Salud de MSP del Distrito Metropolitano de Quito. Esta campaña se ha realizado una vez al año desde el 2006 con el objetivo de precautelar la salud de los habitantes de los grupos vulnerables del DMQ. Para el año

2017 se ha planificado administrar 3 millones de vacunas en el Ecuador para cubrir al menos el 90% de los grupos de atención prioritaria que son los niños de 0 a 6 años, personas mayores de 65 años, personas con enfermedades crónicas, embarazadas y personal de salud. En el caso de niños menores de seis meses se proporciona dos dosis (Ministerio de Salud Pública, pág. 2017).

Por otro lado, El Ministerio de Educación ha elaborado y distribuido en el Distrito Metropolitano de Quito material informativo didáctico fácil de entender que contiene consejos sobre la prevención de la influenza AH1N1. Se elaboraron aproximadamente 1'000.000 de dpticos para los estudiantes, 33.000 instructivos para los maestros y 100.000 afiches para instituciones educativas. Además se ha entregado a los establecimientos material didáctico elaborado por el Ministerio de Salud: 90.000 afiches y 45.000 dpticos (reliefweb, pág. 2009).

Este material ha sido distribuido mediante las direcciones provinciales de educación, con el propósito de informar la difusión del plan de contingencia contra la influenza A(H1N1).

La Dirección Nacional de Educación, informó que esta Secretaría de Estado cumple satisfactoriamente los acuerdos y disposiciones dadas por el Comité de Emergencia, que están orientadas a informar y educar a todos los actores de la comunidad educativa sobre la prevención de la influenza AH1N1.

Según el código de la niñez y adolescencia en su artículo 6 de Igualdad y no discriminación.-
“Todos los niños, niñas y adolescentes son iguales ante la ley y no serán discriminados por causa de su nacimiento, nacionalidad, edad, sexo, etnia; color, origen social, idioma, religión, filiación, opinión política, situación económica, orientación sexual, estado de salud, discapacidad o diversidad cultural o cualquier otra condición propia o de sus progenitores, representantes o

familiares”, El Estado adoptará las medidas necesarias para eliminar toda forma de discriminación (Ministerio de Educación del Ecuador, 2009, pág. Art.6).

Art. 27.- Derecho a la salud. - "Los niños, niñas y adolescentes tienen derecho a disfrutar del más alto nivel de salud física, mental, psicológica y sexual. El derecho a la salud de los niños, niñas y adolescentes” (Ministerio de Educación del Ecuador, 2009, pág. Art.27)

El estado garantiza la salud física y mental de los niños, niñas y adolescentes del Ecuador como dice el código de la niñez y adolescencia. Siguiendo estas directrices el estudio del impacto psicosocial que ocasiona la epidemia de Influenza A(H1N1) en los estudiantes de Educación General Básica de las Unidades Educativas, debe tener un mayor nivel de importancia ya que este problema puede causar desordenes de identidad graves que desencadenen en problemas mentales a corto o largo plazo.

1.6. Definición del Problema

Esta investigación se realiza debido al incremento de pacientes enfermos con la epidemia de Influenza A(H1N1) que pertenecen a los grupos identificados como vulnerables (niños de 0 a 6 años, adultos mayores de 65 años) y a la evidente falta de un sistema de apoyo psicológico para pacientes que han contraído esta enfermedad.

Por otro lado, no existe ningún estudio referente al análisis del impacto psicosocial que se ocasiona en las personas que han contraído o han tenido familiares víctimas de esta enfermedad. Como aporte para la sociedad, y debido a que no existen datos sobre esta problemática, resulta interesante conocer cuáles son los efectos psicosociales que se ocasionan en los familiares y pacientes que han sido infectados por este virus, para proponer soluciones que ayuden a mejorar el estado mental de los mismos.

1.7. Formulación del Problema

¿De qué manera el análisis del impacto psicosocial de la epidemia de Influenza A (H1N1) en los estudiantes contagiados de Educación General Básica de las Unidades Educativas del Distrito Metropolitano de Quito, durante los años 2013 a 2017, permitirá plantear una propuesta adecuada para mejorar las interacciones de los estudiantes de Educación General Básica?

Delimitación de la investigación

Análisis del impacto psicosocial de la epidemia de Influenza A(H1N1) en los estudiantes contagiados de Educación General Básica de las Unidades Educativas distribuidas en los 8 Distritos Educativos de la Zona 9 del Distrito Metropolitano de Quito, durante los años 2013 a 2017.

Línea de Investigación

- **Tema:**

Impacto psicosocial de la epidemia de Influenza A (H1N1) en los estudiantes contagiados de Educación General Básica de las Unidades Educativas del Distrito Metropolitano de Quito, durante los años 2013 a 2017

- **Líneas de Investigación:**

Psicosocial y Administrativa

- **Sublínea de Investigación:**

Marketing

Delimitación Espacial

Esta investigación será realizada en las Unidades Educativas distribuidas en los 8 Distritos Educativos de la zona 9 del Distrito Metropolitano de Quito.

Delimitación Temporal

El periodo de tiempo a considerarse en esta investigación es del año 2013 hasta el año 2017.

Unidades de Observación

- Estudiantes contagiados por la epidemia de Influenza A(H1N1) de Educación General Básica de las Unidades Educativas del Distrito Metropolitano de Quito.
- Familiares de los Estudiantes contagiados por la epidemia de Influenza A(H1N1) de Educación General Básica de las de Unidades Educativas del Distrito Metropolitano de Quito
- Personal docente de las Unidades Educativas del Distrito Metropolitano de Quito de Educación General Básica donde se presentaron casos de Influenza A(H1N1).

1.8.Descripción del Problema

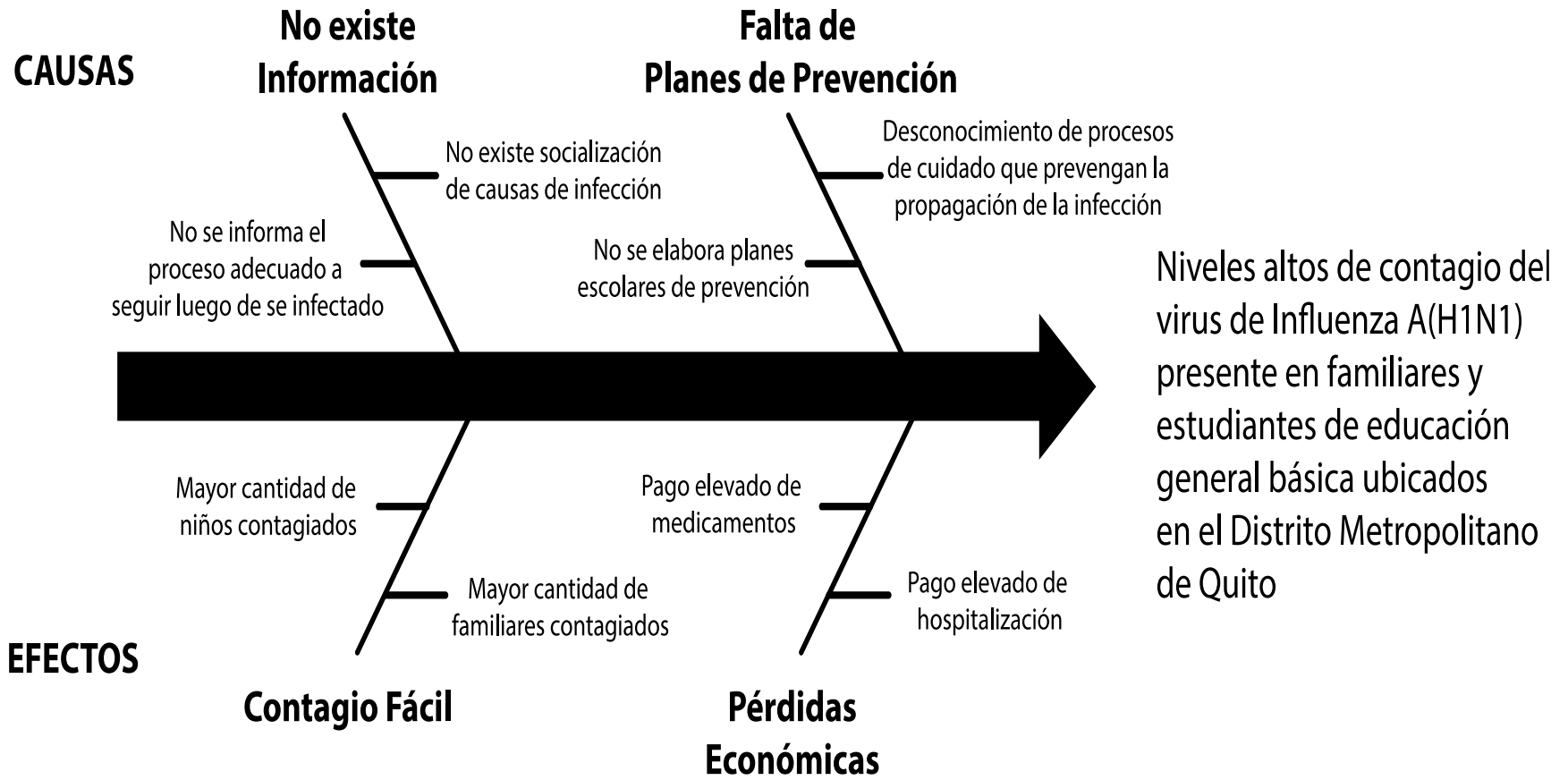


Figura 2 Diagrama de Ishikawa

Fuente: Autoría Propia

1.9. Justificación

La Organización Mundial de la Salud (OMS) señala que “La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades” (OMS, 1948). La cita procede del Preámbulo de la Constitución de la Organización Mundial de la Salud, que fue adoptada por la Conferencia Sanitaria Internacional, celebrada en Nueva York del 19 de junio al 22 de julio de 1946, firmada el 22 de julio de 1946 por los representantes de 61 Estados (Official Records of the World Health Organization, N° 2, p. 100), y entró en vigor el 7 de abril de 1948. La definición no ha sido modificada desde 1948 (OMS, 1948).

En el año 2009 La Organización Mundial de la Salud (OMS) comunicó a los países que son miembros de su organización que después de encontrar varios casos confirmados de gripe tipo A (N1H1), oficialmente se declara la pandemia relacionada con la influenza humana, un problema que no se había suscitado en 41 años. Este problema ha ido en aumento en países de Sudamérica, Europa, Estados Unidos, y Australia.

Hasta el día 03 del mes de febrero del año 2018, el Ministerio de Salud Pública del Ecuador, informó que se registran 931 casos de influenza AH1N1, y que por complicaciones 66 personas infectadas perdieron la vida, lo que estadísticamente connota un porcentaje de letalidad del 7% en el año en curso. No obstante, los porcentajes de mortalidad se encuentran por debajo por debajo de cifras registradas en años pasados, ubicándose por debajo de las cifras registradas en el año 2013 que alcanzó un porcentaje total del 10% la mortalidad.

En los últimos años se ha propagado la epidemia de Influenza A (H1N1) de manera rápida y silenciosa. En el Ecuador ha llegado a ser letal en niños menores de 15 años y adultos mayores de 65 años de edad, por esto tanto las instituciones educativas como las de salud (pública o privada)

han implementado procesos preventivos y de contingencia frente a esta problemática poniendo como prioridad el bienestar de las personas.

El desarrollo de procesos médicos y el análisis de la situación epidemiológica, pueden ayudar a definir la importancia que tiene el cambio del accionar de las personas en este caso frente a un posible contagio de la epidemia de Influenza A (H1N1). Eliminar la probabilidad de una posible muerte es el principal objetivo para educar, informar, persuadir, entrenar, modificar el medio ambiente y adecuar las condiciones en que vive los grupos más vulnerables, con la finalidad de garantizar una mejor calidad de vida y, por consiguiente, un mejor estado de salud.

El MSP del Ecuador, enfatizó que las cifras de casos de Influenza en el país se habían concentrado en un 69% en la provincia de Pichincha, siendo así el lugar que representa mayor riesgo para sus habitantes.

La principal característica que presenta esta enfermedad es su rápido cambio de ciclo de vida o mutación el cual es favorecido por el clima frío de la zona sierra del Ecuador, este cambio le permite sortear los diferentes planes de contingencia elaborados por los sistemas de control de salud. En Ecuador el Ministerio de Salud Pública (MSP) mantiene vigente el sistema de vigilancia epidemiológica que controla el nivel de riesgo de infección de influenza. Además, incorporó la vacuna contra la influenza estacional a su esquema nacional de vacunación en el año 2006, esta campaña tiene el objetivo de disminuir la morbilidad y mortalidad que ocasiona este virus. En Ecuador se usa la vacuna del hemisferio norte, disponible en noviembre-diciembre, con abastecimiento en su mayoría a través del Fondo Rotatorio de la OPS (Ministerio de Salud Pública del Ecuador, 2017, pág. 63).

Frente a esta problemática se han creado planes de vacunación contra el virus que, después de ser implementados alcanzaron a inmunizar a cerca de 1,8 millones de personas que contrajeron el virus; el MSP asegura que en Quito alcanzaron la mayor cobertura. Estas vacunas tuvieron prioridad de suministro para personas que se encuentran identificadas dentro de los grupos de riesgo: mujeres embarazadas, pacientes con enfermedades crónicas, niños menores de 12 años y mayores de 65 años.

Según datos históricos en Ecuador se presentan dos etapas donde el virus tiene mayor circulación; la primera etapa se identificó en el mes de enero alcanzando su nivel máximo en el mes de marzo, el inicio de la segunda etapa es en el mes de julio alcanzando su nivel máximo en el mes de agosto.

Pero, ¿Por qué analizar el impacto psicosocial que ocasiona esta enfermedad en niños estudiantes de Educación General Básica de las Unidades Educativas del Distrito Metropolitano de Quito?

Según el código de la niñez y adolescencia del Registro Oficial 737 de 03-ene-2003, con modificación del 28 de julio de 2009 y en estado vigente hasta la actualidad, dice en su artículo 6 de Igualdad y no discriminación.- “Todos los niños, niñas y adolescentes son iguales ante la ley y no serán discriminados por causa de su nacimiento, nacionalidad, edad, sexo, etnia; color, origen social, idioma, religión, filiación, opinión política, situación económica, orientación sexual, estado de salud, discapacidad o diversidad cultural o cualquier otra condición propia o de sus progenitores, representantes o familiares”, El Estado adoptará las medidas necesarias para eliminar toda forma de discriminación (Ministerio de Educación del Ecuador, 2009, pág. Art.6).

En este artículo podemos comprender que el estado tiene la obligación de amparar a los niños, niñas y adolescentes que presenten un estado de salud que ponga en riesgos su integridad, para lograr sobre todo salvaguardar su salud física y mental para evitar la discriminación.

Según el código de la niñez y adolescencia del Registro Oficial 737 de 03-ene-2003, con modificación del 28 de julio de 2009 y en estado vigente hasta la actualidad, dice en su Art. 27.- Derecho a la salud. - "Los niños, niñas y adolescentes tienen derecho a disfrutar del más alto nivel de salud física, mental, psicológica y sexual. El derecho a la salud de los niños, niñas y adolescentes" (Ministerio de Educación del Ecuador, 2009, pág. Art.27) .

Es derecho de todo niño, niña y adolescente gozar de buena salud, física, mental y psicológica. Al presentarse casos confirmados de Influenza en niños, niñas o adolescentes, es de vital importancia analizar el entorno en el que se desenvuelven puesto que la falta de información, de preparación y de procesos para enfrentar este problema ocasionará malestar y generará miedo entre la población.

Si los niños estudiantes de Educación General Básica no tienen a la mano la información adecuada, empezarán a rechazar y marginar a las personas que sean comprobadas con la infección de este virus, desencadenando problemas que afecten el autoestima y personalidad de los niños, niñas o adolescentes víctimas de esta enfermedad.

En Ecuador existen antecedentes de procesos que buscan prevenir el riesgo psicosocial en trabajadores que se encuentran bajo estrés. El 16 de junio de 2017 mediante acuerdo Ministerial 82, el Ministerio del Trabajo expide la "Normativa erradicación de la discriminación en el ámbito laboral" que en su artículo 9 señala la obligatoriedad de implementar un programa de prevención de riesgo psicosocial en todas las empresas e instituciones públicas y privadas que cuenten con

más de 10 trabajadores. “El Ministerio del Trabajo en colaboración con la academia, empresas e instituciones públicas y privadas elaboró un formato estandarizado para el programa de prevención de riesgos psicosociales, el formato contiene actividades preestablecidas que las empresas e instituciones públicas y privadas deben aplicar con el fin de implementar el programa de prevención de riesgo psicosocial” (Ministerio de Trabajo, 2017, pág. 5).

Estos programas que desarrolló el Ministerio de Trabajo deben ser analizados para implementarlos en otras áreas donde se puede encontrar a personas que se están bajo niveles considerables de estrés. La Organización Internacional del Trabajo (OIT) define a los factores de riesgo psicosocial como “Aquellas características de las condiciones de trabajo que afectan a la salud de las personas a través de mecanismos psicológicos y fisiológicos a los que se llama estrés”. Para la OIT, “el estrés es la respuesta física y emocional a un daño causado por un desequilibrio entre las exigencias percibidas y los recursos y capacidades percibidos de un individuo para hacer frente a esas exigencias. El estrés no es un trastorno a la salud, sino el primer signo de una respuesta a un daño físico y emocional. El estrés es una respuesta a uno o más riesgos psicosociales y puede tener consecuencias para la salud mental, física y el bienestar de una persona” (Ministerio de Trabajo, 2017, pág. 6).

Si este concepto lo aplicamos en personas que se encuentren en estados de salud graves o terminales, podemos entender que también se encuentran bajo estrés que afecta su estado emocional. Por tal motivo deben crearse programas de apoyo que ayuden a mejorar el estado psicosocial de estas personas, que tienen derecho a mantener su salud mental y emocional a pesar de las afecciones físicas que posean.

1.10. Objetivos de la Investigación

Objetivo general

Evaluar el impacto psicosocial que ocasiona la epidemia de influenza A(H1N1) en estudiantes contagiados de Educación General Básica de las Unidades Educativas del Distrito Metropolitano de Quito durante los años 2013 a 2017.

Objetivos específicos

- Elaborar el capítulo II determinando el marco teórico y marco conceptual que actúan sobre las variables de estudio.
- Plantear el capítulo III determinando el marco metodológico del estudio de las variables.
- Analizar los factores que inciden en el estado psicosocial de estudiantes de Educación General Básica de las Unidades Educativas del Distrito Metropolitano de Quito, que se han contagiado de la epidemia de Influenza A(H1N1).
- Analizar cuáles son los planes preventivos y de acción de instituciones educativas y de salud.
- Elaborar una propuesta dirigida a prevenir y mejorar los daños psicosociales de estudiantes de Educación General Básica de las Unidades Educativas del Distrito Metropolitano de Quito que se han contagiado de la epidemia de Influenza A(H1N1).

1.11. Preguntas de Investigación

Las preguntas de investigación que utilizaremos en el presente estudio son:

- ¿Cuál es el impacto psicosocial que ocasiona la epidemia de influenza A(H1N1) en estudiantes contagiados de Educación General Básica de las Unidades Educativas del Distrito Metropolitano de Quito?
- ¿Cuáles son los cambios emocionales que presentan los estudiantes contagiados con la epidemia de Influenza A (H1N1) de Educación General Básica de las Unidades Educativas del Distrito Metropolitano de Quito?
- ¿Cuáles son los procesos que aplican las instituciones educativas y de salud para informar las acciones que se deben tomar frente a la epidemia de Influenza A(H1N1)?
- ¿Cuáles son los planes preventivos que se aplican en las Unidades Educativas y de Salud para contrarrestar el contagio de la epidemia de Influenza A(H1N1) en estudiantes de Educación General Básica de las Unidades Educativas del Distrito Metropolitano de Quito?

CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO

2.1.Marco Teórico Referencial

MODELO DE ESTRÉS Y AFRONTAMIENTO DE LAZARUS Y FOLKMAN

Estudios realizados sobre los efectos del riesgo psicosocial en la salud, revelan que las personas expuestas a niveles altos de estrés tienen mayor riesgo de sufrir una cantidad de complicaciones como: depresión, ansiedad, irritabilidad, alteraciones en el sueño, enfermedades cardiovasculares, respiratorias, inmunitarias, gastrointestinales, dermatológicas, endocrinológicas, etc.

El estrés se da cuando frente a alguna situación, el individuo en cuestión percibe a las circunstancias externas como algo de mayor dimensión que él no puede solucionar o por lo menos no directamente y esto a su vez pone en riesgo su bienestar personal.

Existen diferentes factores que incrementan el nivel de estrés, como los casos de personas que se encuentran con problemas de salud crónicos, causados por la incertidumbre de cómo evolucionará su salud después de someterse a los diferentes procedimientos médicos requeridos para sus afecciones, cirugías, tratamientos, etc.

Holland JC se centra en el sufrimiento de la mente que ocurre con las enfermedades de pacientes crónicos y que incorpora las dimensiones psicológicas, sociales, espirituales y existenciales, tratando de ayudar a los pacientes a descubrir una respuesta frente a la presencia de una enfermedad intrusa que equivale a una amenaza para su salud y para la vida misma. (Escuela de Psicología Universidad de Los Andes Santiago de Chile, 2005, pág. 2).

El modelo de estrés y afrontamiento de Lazarus y Folkman actualizado por Holland JC ha sido adaptado para poder entender el proceso de afrontamiento del paciente frente a una enfermedad posiblemente mortal, la preocupación que lo acompaña y de las pérdidas que ella conlleva.

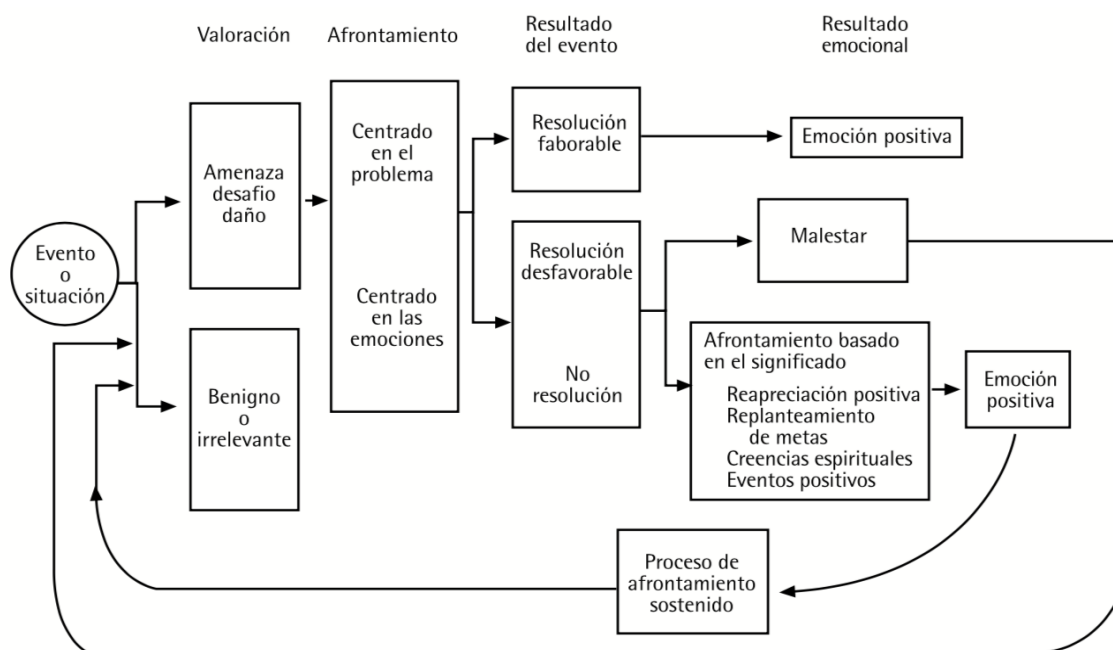


Figura 3 Modelo de estrés y afrontamiento de Lazarus y Folkman
Fuente: (Escuela de Psicología Universidad de Los Andes Santiago de Chile, 2005)

Lo que plantea Lazarus es que ante situaciones estresantes, las personas despliegan unos “esfuerzos cognitivos y conductuales cambiantes que se desarrollan para manejar las demandas específicas externas y/o internas que son evaluadas como excedentes o desbordantes de los recursos del individuo” (Folkman & Lazarus, 1986, pág. 164). Estos procedimientos de afrontamiento sirven para manejar el problema al cual el individuo se encuentra expuesto y la vez a son fundamentales para normalizar las respuestas emocionales que aparecen ante circunstancias de estrés.

Según Folkman los dos procesos principales de este modelo son: valoración y afrontamiento.

La valoración está relacionada con la evaluación individual del significado de un evento dado y la capacidad que tiene el individuo para asignar recursos que lo ayuden a afrontarlo. La valoración de una situación o evento influye en el estado de ánimo, las emociones y las decisiones para el afrontamiento subsecuente. El proceso de estrés de la persona empieza cuando se da cuenta de que puede o no estar padeciendo una enfermedad como la Influenza. En esa circunstancia el individuo toma conciencia de que se aproxima un cambio.

El proceso de **afrontamiento** se refiere a los pensamientos y comportamientos que utilizan las personas en su camino por adaptarse a la condición de salud, para lo cual puede recurrir a tres estrategias de afrontamiento:

- Estrategias centradas en las emociones
 - Estas estrategias ayudan a los pacientes a regular su nivel de sufrimiento emocional por ejemplo la evitación, búsqueda de soporte social, distanciamiento de familia y amigos
- Estrategias centradas en los problemas
 - Ayudan a manejar situaciones específicas tratando de cambiar las situaciones que causen problemas, por ejemplo: buscando mayor información acerca del problema o enfermedad, empezar a resolver problemas pendientes
- Estrategias centradas en el significado
 - Ayudan a comprender el porqué de la enfermedad y el impacto que tendrá en sus vidas.

TEORÍA DEL DESARROLLO PSICOSOCIAL

El ciclo del desarrollo humano que propuso (Erikson, 2005) se refiere a la teoría psicosocial de las ocho etapas.

Erikson plantea que genéticamente todo ser humano debe pasar por este proceso en la configuración de su desarrollo. Se refiere a cómo la personalidad y el comportamiento se ve influenciado a partir del nacimiento del niño (no antes de nacer) y especialmente durante su infancia.

Según (Guerri, 2018) a continuación vemos un resumen de estas etapas:

Etapa 1: INFANCIA (0 a 18 meses) - Confianza vs Desconfianza (Guerri, 2018)

- El desarrollo de la confianza es la primera tarea del ego y nunca se llega a completar del todo.
- El niño va a empezar a dejar que la madre salga de su campo de visión sin la ansiedad y la rabia, porque para él ya se ha convertido en una certeza interior, así como una previsibilidad exterior de que está cerca o va a volver pronto.
- El grado de la confianza o desconfianza dependerá en gran medida de la calidad de la relación materna.
- Se desarrolla el vínculo que será la base de sus futuras relaciones

Etapa 2: NIÑEZ TEMPRANA (18 meses-3 años) Autonomía vs Vergüenza y Duda

(Guerri, 2018)

- A quien está apegado o tiene como referencia son sus padres.

- El niño empieza su desarrollo cognitivo y muscular, controlando y ejercitando los músculos para el control de esfínteres.
- Los padres son indispensables para apoyar la autonomía del niño, se da su primera emancipación que irá desarrollando y repitiendo a lo largo de varias etapas de su vida.
- Si se deniega la autonomía, el niño siente que es incapaz, con dudas y esto le lleva a la vergüenza.
- La vergüenza se desarrolla con la auto-conciencia del niño.
- Fomentando el sentido de autonomía en el niño y modificándolo según avanza en la vida, sirve en un futuro para lograr con éxito la preservación de la vida económica y disponer de un sentido correcto de la justicia.

Etapa 3: EDAD DE JUEGO (3 a 5 años) Iniciativa vs Culpa (Guerri, 2018)

- La iniciativa se suma a la autonomía para lograr un objetivo, planificando y mostrándose activo en su consecución.
- Su desarrollo físico e intelectual es rápido, se muestra muy curioso y también aumenta su interés por relacionarse con otros niños, poniendo a prueba sus habilidades y capacidades.
- Tiene sus genitales rudimentarios aún y varios de sus juegos tienen connotación sexual que le hacen sentir culpa.
- Si los padres reaccionan negativamente a las demandas de información y ayuda de los niños, es probable que les genere sensación de culpabilidad.
- La información brindada debe ser clara que no provoque en él un grado de inhibición.

Etapa 4: EDAD ESCOLAR (6-7 a los 12 años) Laboriosidad vs Inferioridad (Guerri, 2018)

- En esta etapa se reemplaza gradualmente a los deseos de juego y caprichos para ser más productivos y alcanzar objetivos, por ejemplo, en la escuela.
- Muestran un mayor interés por el funcionamiento de las cosas, intentan llevar a cabo las actividades por sí mismos, con su propio esfuerzo y utilizando sus conocimientos y habilidades. En esta etapa es muy importante la estimulación positiva en la familia, la escuela, o por el grupo de iguales. Los compañeros empiezan a tener una gran importancia en su vida social y de aprendizaje.
- En el caso de que haya dificultades en el desarrollo de esta etapa, puede generar cierta sensación de inferioridad que le hará sentirse inseguro frente a los demás.
- El niño puede llegar a ser un esclavo conformista y sin pensamientos propios, o por el contrario mostrarse cruel e intentar explotar a sus compañeros.

Etapa 5: ADOLESCENCIA (adolescencia hasta los 20 aprox.) Identidad vs Confusión de roles (Guerra, 2018)

- El adolescente se fija en la apariencia y forma de actuar de los demás.
- La identidad del Yo es la confianza acumulada que le da uniformidad y continuidad interna propia, ofreciendo con ella un significado para los demás.
- El adolescente es cada vez más independiente y se va distanciando de los padres para pasar más tiempo con los amigos.
- Empiezan a pensar en el futuro: qué estudiar, en qué trabajar, dónde vivir, etc.
- Comienzan a afianzar su propia identidad basándose en sus experiencias. No es extraño que en esta etapa les invadan las dudas y la confusión sobre su rol y su propia identidad.

Etapa 6: JUVENTUD (20 a los 40 años) Intimidad vs Aislamiento (Guerri, 2018)

- La intimidad se refiere al proceso de consecución de relaciones con la familia y la pareja o el apareamiento conyugal. Empieza la verdadera reciprocidad sexual, el dar y recibir tanto a nivel físico como emocional: apoyo, amor, confianza, y todos los demás elementos que normalmente se asocian con las relaciones adultas sanas, propicias para el apareamiento y la crianza de los niños.
- El aislamiento, por el contrario, significa sentirse excluidos de las experiencias de la intimidad en pareja, el apareamiento y las relaciones de mutuo amor. Esto lógicamente se caracteriza por sentimientos de soledad, alienación, aislamiento social y no participación.
- El peligro en esta etapa es que el aislamiento que puede conducir a problemas de carácter y personalidad.

Etapa 7: ADULTEZ (40 a los 60 años) Generatividad vs Estancamiento (Guerri, 2018)

- El análisis de esta etapa de Erikson no estaba totalmente orientada a la crianza. Para él la generatividad se extiende más allá de los propios hijos, y también para todas las generaciones futuras.
- Los resultados positivos de esta etapa de crisis dependen de contribuir positivamente y sin condiciones a la familia y la sociedad. También podemos ver esto como un fin de interés personal. Tener hijos no es un requisito previo para la generatividad, al igual que ser padre no es ninguna garantía de que se logrará generatividad. El cuidado de los hijos es algo necesario, pero el éxito en esta etapa depende en realidad de dar y cuidar, de poner algo nuevo en la vida, en la medida de las capacidades de uno.
- El estancamiento es una extensión del aislamiento, que se vuelve hacia adentro en forma de auto-interés y auto-absorción. Representa los sentimientos de egoísmo, la auto-

indulgencia, la codicia, la falta de interés en los jóvenes y las generaciones futuras y el resto del mundo.

Etapa 8: VEJEZ (60 años hasta la muerte) Integridad vs Desesperación (Guerri, 2018)

- En esta etapa el individuo deja de ser productivo, o al menos en parte. Ya no tiene a hijos menores a su cargo y está entrando en la jubilación.
- El ego en esta etapa es la garantía de la integridad acumulada y de su capacidad de orden y sentido.
- La desesperación significa miedo a la propia muerte, así como a la pérdida de la autosuficiencia, amigos y seres queridos.
- Según Erikson, los niños sanos, tienen integridad suficiente como para no temer a la muerte cuando les llegue el momento.

ESTADÍO	EDAD	CRISIS	FIGURA REPRESENTATIVA	VIRTUD	MALIGNIDAD
1 Infancia	0 – 18 meses	Confianza vs Desconfianza	Madre	Esperanza y fe	Distorsión sensorial
2. Niñez temprana	18 meses – 3 años	Autonomía vs vergüenza, duda	Padres	Voluntad y determinación	Impulsividad y compulsión
3. Edad de juego	3 -5 años	Iniciativa vs culpa	Familia	Propósito y coraje	Crueledad e inhibición
4. Edad escolar	6-7 - 12 años	Laboriosidad vs inferioridad	Vecindario y escuela	Competencia	Virtuosidad unilateral
5. Adolescencia	Adolescencia hasta los 20 aprox.	Identidad vs Confusión de roles	Grupos, los demás	Fidelidad y Lealtad	Fanatismo y repudio
6. Juventud	20 – 40 años	Intimidad y solidaridad vs Aislamiento	Colegas, amigos	Amor	Promiscuidad y exclusividad
7. Adultez	45 – 60 años	Generatividad vs Estancamiento	Hogar, compañeros de trabajo	Cuidado	Sobrextensión y rechazo
8. Vejez	60 años en adelante	Integridad vs Disgusto, desesperación	Los humanos o "los míos"	Sabiduría	Presunción y desesperanza

Figura 4 Adaptación de las 8 Etapas del Desarrollo Psicosocial según Erikson

Fuente: (Erikson, 2005)

El apoyo en las primeras etapas del desarrollo psicosocial del niño y/o adolescente por parte de sus padres, familia, vecindario y escuela es fundamental cuando se ha contagiado con la epidemia de influenza A(H1N1). El sujeto se encuentra en pleno desarrollo psicosocial que dará las pautas para su comportamiento y éxito en su juventud y vida adulta.

TEORÍA DE LAS NECESIDADES DE MASLOW

En su libro: Motivación y personalidad, (Maslow, 1991, pág. XXXVIII) jerarquiza las necesidades humanas y expone que mientras más se satisfacen las necesidades más básicas, los seres humanos desarrollan necesidades más elevadas. Es entonces cuando las necesidades superiores captan la atención del individuo.

"Las necesidades fisiológicas nacen con la persona, mientras que el resto surgen con el tiempo" (Bermejo & Izquierdo, 2013).

"Las fuerzas de crecimiento dan lugar a un movimiento ascendente en la jerarquía, mientras que las fuerzas regresivas empujan las necesidades prepotentes hacia abajo en la jerarquía. " (Bermejo & Izquierdo, 2013)

La Pirámide de Maslow o jerarquía de las necesidades humanas, coloca en cinco niveles las necesidades humanas:



Figura 5 Adaptación Pirámide de las Necesidades de Maslow

Fuente: (Maslow, 1991, pág. 21)

Necesidades básicas o fisiológicas. - Necesidad comer, tomar alimento, respirar, beber agua, dormir, descansar, eliminar desechos, necesidad de evitar el dolor, de tener relaciones sexuales.

Necesidades de seguridad y protección. - Necesidades de sentirse seguro y protegido, seguridad física y de salud, seguridad de empleo, de ingresos y recursos y seguridad moral, familiar y de propiedad privada.

Necesidades de afiliación y afecto. - Están relacionadas con el desarrollo afectivo del individuo. El ser humano por naturaleza siente la necesidad de relacionarse, ser parte de una comunidad, de agruparse en familias, con amistades o en organizaciones sociales.

Necesidades de estima. - Dos tipos de necesidades de estima, un alta y otra baja. Satisfacer esta necesidad apoya el sentido de vida y la valoración como individuo y profesional.

La estima alta concierne a la necesidad del respeto a uno mismo, e incluye sentimientos tales como confianza, competencia, maestría, logros, independencia y libertad.

La estima baja concierne al respeto de las demás personas: la necesidad de atención, aprecio, reconocimiento, reputación, estatus, dignidad, fama, gloria, e incluso dominio.

Autorrealización o auto actualización. – También llamada motivación de crecimiento, necesidad de ser y/o autorrealización.

Es a través de su satisfacción que se encuentra una justificación o un sentido válido a la vida mediante el desarrollo potencial de una actividad.

MARKETING SOCIAL

Para lograr los objetivos de esta investigación, debemos recurrir al Marketing Social, el cual nos brinda estrategias de comunicación para involucrar a la comunidad en esta problemática.

Cada programa social que se pretenda implementar solicita la inmersión de todos los individuos que hacen parte de esa sociedad, de no ser el caso, su implementación se verá afectada por limitaciones y dificultades.

En 1971, (Kotler & Zaltman, Marketing social: un acercamiento hacia la planeación de los cambios sociales , 1971) proporcionan el primer concepto de lo que es Marketing Social: "El marketing social es el diseño, implementación y control de programas, dirigidos a incitar la aceptación de las ideas sociales, mediante la inclusión de factores como la planeación del producto, precio, comunicación, distribución e investigación de mercados "

Según (Kotler & Armstrong, Fundamentos de Marketing, 2007) hacen referencia al marketing social bajo los mismos conceptos que el marketing comercial, sin embargo hacen

diferencia en el objetivo y su orientación, es decir, promocionar productos socialmente beneficiosos.

Para (Talaya, 2008, pág. 19) el marketing social hace referencia a un ámbito no lucrativo y busca un beneficio social, en donde las empresas o las organizaciones concentran su esfuerzo en las necesidades de su público objetivo.

A través del marketing social, los objetivos de las organizaciones se consiguen ascendentemente en relación directamente proporcional al aumento del bienestar social.

Las campañas de comunicación que implementa el marketing social al estar enfocado en el bienestar del individuo y la comunidad, tienen una forma diferente de comunicación, la información es promocionada a través de eventos que buscan generar una recomendación boca a boca entre la población; en este caso con las campañas de vacunación y los brigadistas asignados en un espacio determinado.

"El bienestar en nuestra comunidad es un derecho y un deber de todos los ciudadanos" (Romero, 2004).

Hemos considerado parte de los conceptos antiguos del marketing social. Para (Andreasen, 1994) "La publicidad social es sinónimo de campañas, sin embargo los programas de esta naturaleza son mucho más que una campaña, de ahí que el término programas implique el empleo de las herramientas del marketing comercial para el bienestar social. "

"La finalidad del marketing social es el logro de un cambio de ideas, creencias, actitudes y comportamientos (...)" (Andreasen, 1994)

Elementos de una campaña social

Para (Kotler, Roberto, & Roberto, 1989, pág. 19) una campaña social es "un esfuerzo organizado, dirigido por un grupo (el agente de cambio), que intenta persuadir a otros (los adoptantes objetivo) de que acepten, modifiquen o abandonen ciertas ideas, actitudes, prácticas y conductas". (Kotler & Roberto, 1992, pág. 7)

Una campaña de carácter social debe abarcar ciertos componentes que permitan el éxito de los objetivos por los cuales ésta se llevó a cabo. (Kotler, Roberto, & Roberto, 1989, pág. 20); estos componentes se detallan:

Causa social. - Es el motivo, principio, fundamento u objetivo social del programa de marketing, hacia donde se orientan los esfuerzos y que busca conseguir un resultado.

Agente de cambio. - Es quien moviliza los esfuerzos para generar un cambio en la conducta social objetivo; puede hacerlo mediante su ejemplo o demostrando su liderazgo. Asume la responsabilidad y plantea los caminos.

Adoptantes objetivo.- Según (Kotler & Roberto, 1992, pág. 7) son quienes "deben aceptar y adoptar las conductas y acciones de desarrollo que se llevan a cabo." es hacia quien va dirigida la campaña social.

Para que la campaña cumpla con el objetivo social es necesario que se haya seleccionado correctamente el perfil de los adoptantes objetivos cumpliendo características como:

"Perfil sociodemográfico (edad, clase social, educación)

Perfil psicológico (sus actitudes, valores y creencias, su motivación y personalidad)

Características de conducta (esquemas de conducta, hábitos de compra y toma de decisiones)." (Bolívar, 2014)

Canales. - es la vía o los medios mediante los cuales se hace posible la comunicación entre los agentes de cambio y los adoptantes objetivos.

Estrategia de cambio. - Es el plan de acción mediante el cual se proporcionará una solución a la causa social.

2.2.Marco Conceptual

Cepa de Influenza A(H1N1) pdm09.- Desde su aparición en el 2009, la cepa de influenza A(H1N1) pandémica (ahora internacionalmente denominada A(H1N1) pdm09) presentaba resistencia a los adamantanos en el gen matriz 2 y, únicamente en algunos casos, se había descrito la resistencia a los inhibidores de la neuraminidasa (1). En estos casos la resistencia al oseltamivir era generada por la mutación H275Y en el gen de la neuraminidasa, que es la más común, siendo encontrados en el 2011 numeroso caso a nivel mundial (2, 3) Enfermedad. - Afección que atenta contra el bienestar o salud del organismo de los seres vivos.

Epidemia. - Es una enfermedad que se propaga en un mismo lugar, que ataca durante un tiempo y afecta a su paso a una gran cantidad de personas. Llega generalmente a una cantidad de gente superior a la esperada.

Epistemología. - Es la parte de la filosofía que analiza los fundamentos y métodos del conocimiento científico en los que se sustenta la creación de conocimiento. (RAE, 2018)

Etimológicamente, el término se deriva de la unión de las palabras “episteme” (conocimiento) y “logos” (estudio). (Torres) . Se encarga de explorar la coherencia interna de los razonamientos que llevan a la creación de conocimiento” (Torres)

Impacto.- Según la (RAE - REAL ACADEMIA ESPAÑOLA, 2018). La palabra impacto viene del latín tardío *impactus* y hace referencia a un conjunto de posibles efectos intensos que afectan a una persona como consecuencia de una acción o suceso repentino. Es la huella o señal que deja esta acción o suceso.

Infección Respiratoria Aguda Grave (IRAG). - Constituye un grupo de enfermedades que tienen origen viral o bacteriano que afectan directamente el aparato respiratorio, son causadas por microorganismos que se encuentran libres en el ambiente. Este tipo de infección puede complicarse y llegar a poner en peligro la vida. Requiere tratamiento hospitalario y en caso de no ser tratado de forma adecuada y oportuna con seguridad puede concluir en la muerte del paciente. Entre los principales agentes que pueden causar IRAG se encuentra la Influenza.

Ministerio de Salud Pública del Ecuador .- “Planificación, gestión, coordinación y control de la salud pública” (MSP, Ministerio de Salud Pública, 2018). Es la institución del Estado encargado de “Ejercer la rectoría, regulación, planificación, coordinación, control y gestión de la Salud Pública ecuatoriana a través de la gobernanza y vigilancia y control sanitario y garantizar el derecho a la Salud a través de la provisión de servicios de atención individual, prevención de enfermedades, promoción de la salud e igualdad, la gobernanza de salud, investigación y desarrollo de la ciencia y tecnología; articulación de los actores del sistema, con el fin de garantizar el derecho a la Salud” (MSP, Ministerio de Salud Pública, 2018)

Morbilidad. - Cantidad de personas que enferman en un lugar en un periodo de tiempo determinado en relación con el total de la población que tienen capacidad para contagiarse

Mortalidad. - Los datos de mortalidad indican el número de defunciones por lugar, intervalo de tiempo y causa. Los datos de mortalidad de la OMS reflejan las defunciones recogidas en los sistemas nacionales de registro civil, con las causas básicas de defunción codificadas por las autoridades nacionales. (OMS, Organización Mundial de la Salud)

Organización Mundial de la Salud (OMS) .- World Health Organization (WHO) “Es la autoridad directiva y coordinadora en asuntos de sanidad internacional en el sistema de las Naciones Unidas.” (OMS, <https://www.who.int>)

A tal efecto, sus funciones son:

ofrecer liderazgo en temas cruciales para la salud y participar en alianzas cuando se requieran actuaciones conjuntas; determinar las líneas de investigación y estimular la producción de conocimientos valiosos, así como la traducción y divulgación del correspondiente material informativo; definir normas y patrones, promover y seguir de cerca su aplicación en la práctica; formular opciones de política que aúnen principios éticos y fundamento científico; prestar apoyo técnico, catalizar el cambio y crear capacidad institucional duradera; y seguir de cerca la situación en materia de salud y determinar las tendencias sanitarias.

La cobertura sanitaria universal se está convirtiendo en la prioridad de la OMS en el ámbito de los sistemas de salud. La OMS colabora con las instancias normativas, los asociados para la salud mundial, la sociedad civil, las instituciones académicas y el sector privado para ayudar a los países a elaborar y aplicar planes sanitarios nacionales consistentes, así como a hacer un seguimiento de ellos. Además, ayuda a los países a velar por que sus ciudadanos dispongan de servicios de salud integrados y centrados en la persona, equitativos y a un precio asequible; a facilitar el acceso a tecnologías sanitarias asequibles, eficaces y seguras, y a fortalecer los

sistemas de información sanitaria y la formulación de políticas basadas en datos científicos (OMS, <https://www.who.int>).

La Organización Mundial de la Salud (OMS, <https://www.who.int>) señala que "la salud es un estado de bienestar físico, mental y social, y no solamente la simple ausencia de afecciones o enfermedad."

También plantea que las necesidades de salud son determinadas carencias fisiológicas, sociales o sanitarias que requieren medidas de promoción, preventivas, curativas, sociales y económicas. (OMS, <https://www.who.int>).

Organización Panamericana de la Salud (OPS). - "Organización que trabaja cada día con los países de la región panamericana para mejorar y proteger la salud de su población. Brinda cooperación técnica en salud a sus países miembros, combate las enfermedades transmisibles y ataca los padecimientos crónicos y sus causas, fortalece los sistemas de salud y da respuesta ante situaciones de emergencia y desastres." (OPS).

Organización formada por 49 países: Anguila, Antigua y Barbuda, Antillas Holandesas, Argentina, Aruba, Bahamas, Barbados, Belice, Bermudas, Bolivia, Brasil, Canadá, Chile, Colombia, Costa Rica, Cuba, Curaçao, Dominica, Ecuador, El Salvador, Estados Unidos de América, Granada, Guadalupe, Guatemala, Guayana Francesa, Guyana, Haití, Honduras, Islas Caimán, Islas Turcas y Caicos, Islas Vírgenes Británicas, Jamaica, Martinica, México, Montserrat, Nicaragua, Panamá, Paraguay, Perú, Puerto Rico, República Bolivariana de Venezuela, República Dominicana, Saint Kitts y Nevis, San Martín, San Vicente y las Granadinas, Santa Lucía, Suriname, Trinidad y Tobago, Uruguay.

Pandemia.- Según la (OMS, <https://www.who.int>) es la propagación mundial de una nueva enfermedad. Una pandemia se propaga con gran rapidez, aunque no necesariamente tiene que ser una enfermedad contagiosa.

Psicosocial. - Partimos del hecho de que la palabra psicosocial viene de la composición de dos palabras: psicológico y social. Para comprender el comportamiento del ser humano se unen dos disciplinas; la psicología y la sociología. De allí podemos definir que el término psicosocial hace referencia a la conducta humana, su interacción y su inserción en la sociedad; toma al ser humano como objeto de estudio y lo analiza en un contexto social. (Definición MX, 2013)

La psicopsicología identifica los factores que influyen en la formación del ser humano, su identidad y trata de describir aspectos de su vida social usando el entorno cultural. Analiza su comportamiento en un contexto social, donde el sujeto interviene con su forma de ser en la construcción del grupo social al que pertenece. "Todo ser humano vive en sociedad, sin embargo las personas como individuo tienen su propio comportamiento y su modo de ser concreto" (Definición MX, 2013)

Psicosociología. - "Es el estudio psicológico de las sociedades humanas y de los fenómenos sociales. " (RAE, 2018)

Salud física. - Corresponde a la capacidad de una persona de mantener el intercambio y resolver las propuestas que se plantea. Esto se explica por la historia de adaptación al medio que tiene el hombre, por lo que sus estados de salud o enfermedad no pueden estar al margen de esa interacción.

Salud mental. - El rendimiento óptimo dentro de las capacidades que posee, relacionadas con el ámbito que la rodea. La salud radica en el equilibrio de la persona con su entorno de ese modo, lo que le implica una posibilidad de resolución de los conflictos que le aparecen.

Salud social. - Representa una combinación de las dos anteriores: en la medida que el hombre pueda convivir con un equilibrio psicodinámico, con satisfacción de sus necesidades y también con sus aspiraciones, goza de salud social.

CAPITULO III: MARCO METODOLÓGICO

3.1. Metodología

El principal objetivo de este proyecto es identificar el impacto psicosocial que ocasiona la epidemia de influenza A (H1N1) en el entorno de estudiantes que han sido contagiados, de educación general básica de instituciones educativas ubicadas en el Distrito Metropolitano de Quito. Para entender estos factores recurrimos a una de las facetas más importantes de la mercadotecnia, la investigación de mercados, en este capítulo vamos a desarrollar nuestra investigación basada en la metodología del doctor Naresh K. Malhotra. En su libro nos proporciona una definición formal de este tema.

“Investigación de mercados es la identificación, recopilación, análisis, difusión y uso sistemático y objetivo de la información con el propósito de mejorar la toma de decisiones relacionadas con la identificación y solución de problemas y oportunidades de marketing” (Naresh k. Malhotra, 2008, pág. 7).

Cabe recalcar que, la investigación de mercados es un proceso sistemático, donde es necesario planificar metódicamente todas y cada una de las etapas que intervienen en el proceso de investigación de mercados.

“En general los diseños de la investigación se clasifican como exploratorios o concluyentes. El objetivo principal de la investigación exploratoria es proporcionar información y comprensión del problema que enfrenta el investigador” (Naresh k. Malhotra, 2008, pág. 79).

En el siguiente gráfico podemos observar la Clasificación de los diseños de la investigación de mercados

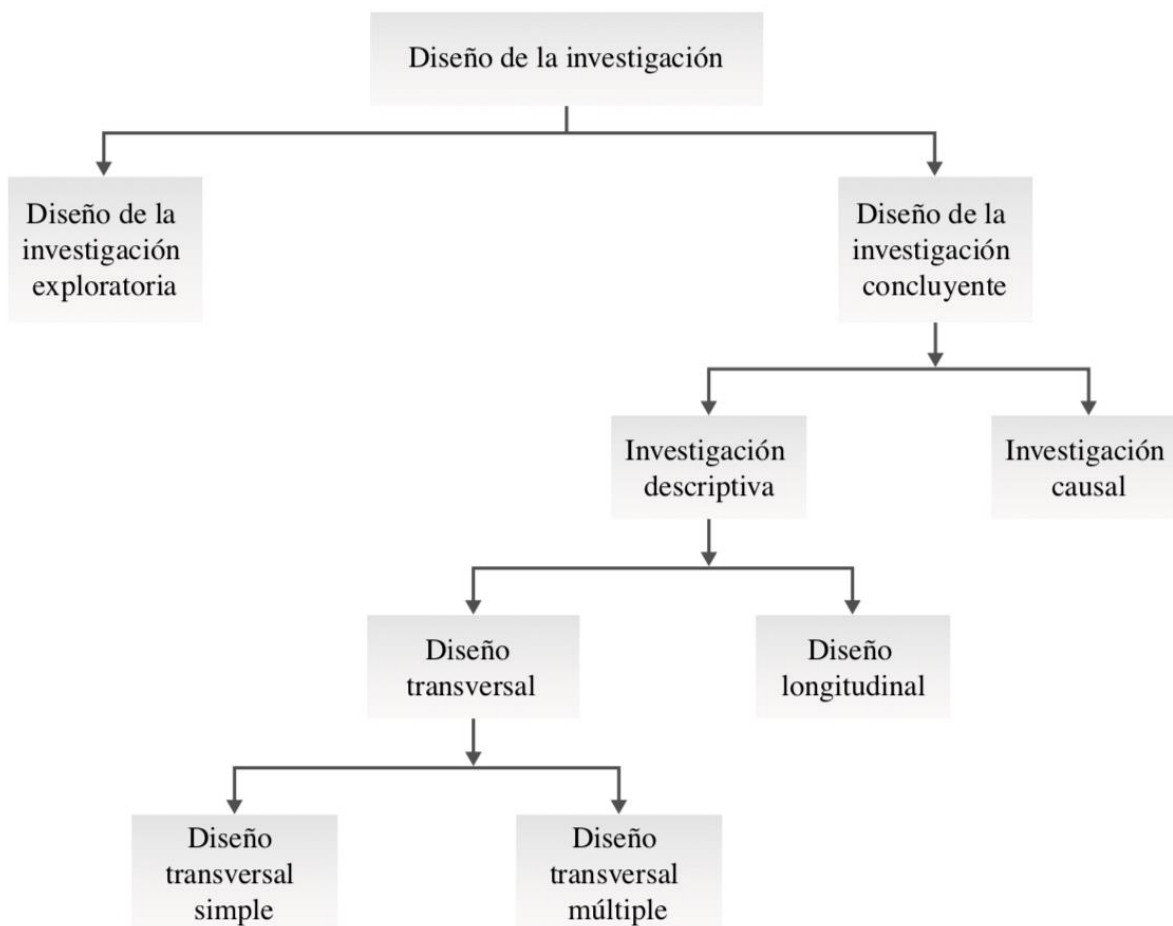


Figura 6 Clasificación de los diseños de la investigación de mercados

Fuente: Investigación de Mercados - Autor: Naresh k. Malhotra, Año: 2008

Es importante conocer cuáles son las diferencias de los tipos de investigación antes mencionados en el gráfico 4, a continuación, presentamos una tabla comparativa tomada del libro Investigación de Mercados del Dr. Naresh Malhotra donde podemos observar una comparación entre los diseños básicos de investigación que son:

- Investigación Exploratoria

- Investigación Descriptiva
- Investigación Causal

Comparación de los diseños básicos de investigación			
	EXPLORATORIA	DESCRIPTIVA	CAUSAL
OBJETIVO	Descubrir ideas y nuevos avances	Describir características o funciones del mercado	Determinar relaciones causales
CARACTERÍSTICAS	Flexible Versátil A menudo es la parte frontal del diseño de la investigación total	Se distingue por la formulación previa de hipótesis específicas Diseño planeado y estructurado de antemano	Manipulación de una o más variables independientes Control de variables mediadoras
MÉTODOS	Encuestas con expertos Encuestas Pilotos Datos Secundarios (Analizados cuantitativamente) Investigación cualitativa	Datos Secundarios (Analizados cualitativamente) Datos por observación Encuestas Paneles Otros	Experimentos

Figura 7 Comparación de los diseños básicos de investigación

Fuente: Investigación de Mercados - Autor: Naresh k. Malhotra, Año: 2008

Para el presente proyecto utilizaremos el tipo de investigación descriptiva perteneciente a la clasificación de investigación concluyente. Como su nombre indica, el objetivo principal de este tipo de investigación es la realizar la descripción de algo. Hemos decidido desarrollar este tipo de investigación por las siguientes razones:

1. Nos permite identificar y clasificar las principales características de grupos objetivos
2. Nos permite calcular el porcentaje de unidades que pertenecen a una población concreta que manifiestan cierto comportamiento.
3. Nos permite determinar el nivel de relación que tienen entre sí las variables de marketing.

3.2.Enfoque de la Investigación

Para el desarrollo del presente estudio hemos decidido utilizar un enfoque cuantitativo, ya que al trabajar bajo esta perspectiva podemos asignar valores numéricos a los datos empíricos que deseamos analizar. Por ejemplo, si deseamos medir el nivel de información de cómo actuar frente a contagios del virus A (H1N1) en estudiantes de educación general básica del DMQ, deberíamos examinar que acciones toman al momento de tener contacto con este virus, para determinar el nivel de capacitación de las personas. Con esto buscamos tener el mayor nivel de exactitud en las mediciones con el fin poder generalizar los resultados obtenidos con mercados de mayor amplitud.

3.2.1 Modalidad Básica de la Investigación

El desarrollo del presente proyecto lo realizaremos mediante investigación de campo, ya que para obtener la información requerida debemos tener contacto con las instituciones

administrativas de educación del DMQ (Subsecretaría de Educación del Distrito Metropolitano de Quito) y de Salud (Subsecretaría Nacional de Vigilancia de la Salud Pública), así como también los estudiantes de Educación General Básica de las Unidades Educativas del Distrito Metropolitano de Quito que han enfermado con la epidemia de Influenza A (H1N1).

3.2.2 Tipo de la investigación

Descriptiva: Con la finalidad de identificar y determinar de manera cuantitativa el impacto psicosocial causado en personas que han enfermado con la epidemia de Influenza A (H1N1).

3.2.3. Hipótesis General

Los estudiantes de Educación General Básica de las Unidades Educativas del Distrito Metropolitano de Quito, que han sido contagiados con la epidemia de Influenza A(H1N1), presentan trastornos en su desenvolvimiento social, familiar y educativo.

3.2.4. Hipótesis Específicas

- Los estudiantes de Educación General Básica del Distrito Metropolitano de Quito que enfermaron con la epidemia de Influenza A (H1N1) y sus familiares sí poseen información adecuada acerca de la epidemia de Influenza A(H1N1).
- Las personas que han enfermado con la epidemia de Influenza A (H1N1) sienten temor de salir a lugares públicos
- Los estudiantes de Educación General Básica del Distrito Metropolitano de Quito que enfermaron con la epidemia de Influenza A (H1N1) son rechazados o marginados por sus familiares

3.2.5 Instrumentos para recolección de datos

Fuentes de información

- Primarias
- Secundarias

Técnicas de Investigación

Entrevista

“Es una conversación entre dos o más personas, en la cual uno es el que pregunta (entrevistador) y otro contesta (entrevistado). Estas personas dialogan con arreglo a ciertos esquemas o pautas de un problema o cuestión determinada, teniendo un propósito determinado” (MantillaVargas, 2015, pág. 38)

Utilizaremos la entrevista con un esquema de preguntas directrices que generen opinión, como método para levantamiento de información. Dentro de este esquema de preguntas antes mencionadas aplicaremos la entrevista estructurada concreta para enfocarnos en situaciones concretas, para reconstruir experiencias personales que nos ayuden a comprender de manera adecuada el Impacto psicosocial de la epidemia de Influenza A (H1N1) en los estudiantes de Educación General Básica de las Unidades Educativas del Distrito Metropolitano de Quito.

Estructura del Cuestionario (Encuesta)

- **Identificación del tema:** Se detalla de manera clara el tema que va a ser tratado en la entrevista
- **Objetivo:** Se detalla de manera clara el objetivo de la investigación

- **Instrucciones:** Se detalla de forma clara de qué manera se desarrollará la entrevista
- **Cuestionario:** Las preguntas del cuestionario deben estar escritas de forma clara, específicas y concretas
- **Agradecimiento:** Se agradece por la colaboración y atención prestada

3.2.6 Procesamiento de datos

Las entrevistas realizadas en campo serán procesadas mediante apoyo informático del software Statistical Package for the Social Sciences (SPSS por sus siglas en inglés).

Después de ingresar los datos recolectados en el proceso de levantamiento de información procederemos a realizar los estudios estadísticos necesarios que sirvan de guía para determinar cuál es el Impacto psicosocial de los estudiantes de nivel escolar básico de instituciones educativas ubicadas en el Distrito Metropolitano de Quito que han enfermado con la epidemia de Influenza A (H1N1) durante los años 2013 al 2017.

3.3. Universo

“Población, es la suma de todos los elementos que comparten algún conjunto común de características y que constituyen el universo para los propósitos del problema de la investigación de mercados” (Naresh k. Malhotra, 2008, pág. 335). Para definir nuestro universo hemos recurrido a la institución pública, en este caso la Subsecretaría Nacional de Vigilancia de la Salud Pública (SNVSP) mediante solicitud con oficio No. 006-20018-23-04-mkt-mas, nos brindaron ayuda, facilitándonos su base de datos donde manejan información de primer orden relacionada con el estado de salud y situación actual de todas las personas que han enfermado con la epidemia de Influenza A (H1N1). En este documento la Subsecretaría Nacional de Vigilancia de la Salud

Pública ha enumerado todos los elementos que los caracteriza como población de estudio, por lo cual es posible analizar directamente a la población identificada para el estudio del Impacto psicosocial de los estudiantes de nivel escolar básico de instituciones educativas ubicadas en el Distrito Metropolitano de Quito que han enfermado con la epidemia de Influenza A (H1N1) durante el periodo 2013 al 2017.

3.3.1 Delimitación del Universo

En este apartado detallaremos el proceso para identificar el universo requerido para el desarrollo de nuestro estudio. Nuestra investigación está enfocada en analizar a un grupo poblacional con características muy específicas y difíciles de encontrar, este es el caso de todas las personas que han enfermado con la epidemia de Influenza A (H1N1), por tal motivo recurrimos a fuentes oficiales del Ministerio de Salud Pública. De la totalidad de personas que presentaron esta condición de salud analizaremos únicamente a las personas que se encuentran en edades de entre 4 a 15 años y que residan en el Distrito Metropolitano de Quito entre los años 2013 a 2017.

3.4. Muestra

Es de vital importancia definir adecuadamente cuál será la unidad de análisis y cuáles son las características de la población para desarrollar nuestra investigación.

Esencialmente la muestra es, un subgrupo de la población. Esto podemos observarlo representado en el siguiente gráfico.

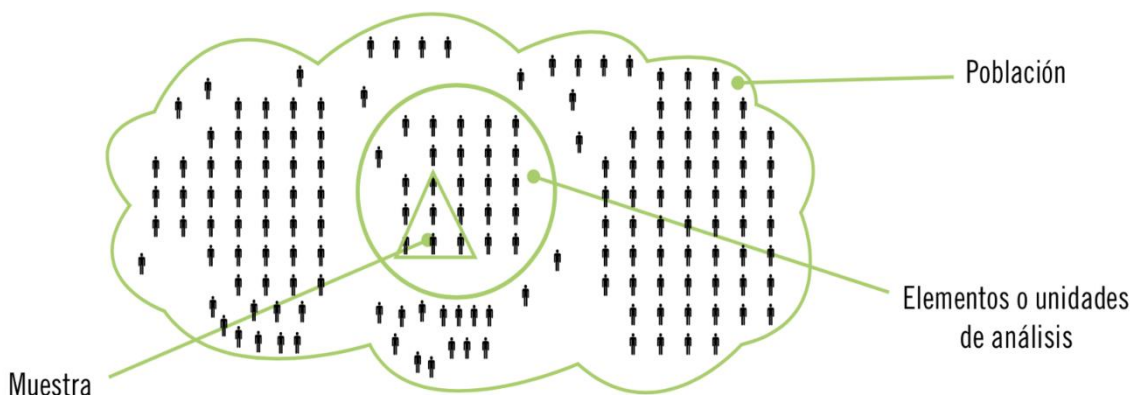


Figura 8 Representación de muestra como subgrupo

Fuente: Metodología de la Investigación / (Hernández Sampieri, Fernández Collado, & Baotista Luco, 2010, pág. 176)

Es difícil lograr medir a todos los integrantes de una población para realizar un estudio, en nuestro caso en específico hemos definido nuestra población como el listado de TODAS LAS PERSONAS DEL TERRITORIO ECUATORIANO QUE HAYAN SIDO VICTIMAS DE LA EPIDEMIA DE INFLUENZA A(H1N1) EN EL PERIODO 2013 A 2017. Esta característica es indispensable para poder evaluar el impacto psicosocial que tuvieron estas personas.

3.4.1 Tipos de Muestreo

Antes de proceder a analizar la estructura de los tipos de muestreos, creemos que es importante definir tres conceptos básicos que nos ayudarán a comprender de mejor manera el estudio que estamos realizando.

- **Población:** La suma de todos los elementos que comparten un conjunto común de características y que constituyen el universo para el propósito del problema de la investigación de mercados.
- **Censo:** Numeración completa de los elementos de la población u objetos de estudio

- **Muestra:** Subgrupo de elementos de la población seleccionado para participar en el estudio.

A continuación, podremos observar un cuadro comparativo donde se identifica las

Muestra o censo

	CONDICIONES QUE FAVORECEN EL USO DE	
	MUESTRA	CENSO
1. Presupuesto	Pequeño	Grande
2. Tiempo disponible	Poco	Mucho
3. Tamaño de la población	Grande	Pequeña
4. Varianza en la característica	Pequeña	Grande
5. Costo de los errores de muestreo	Bajo	Alto
6. Costo de los errores que no son de muestreo	Alto	Bajo
7. Naturaleza de la medición	Destructiva	No destructiva
8. Atención a casos individuales	Sí	No

condiciones que favorecen el uso de la muestra sobre el censo.

Figura 9 Condiciones que favorecen el uso de muestra o censo

Fuente: (Naresh k. Malhotra, 2008, pág. 335)

Después de analizar las condiciones que favorecen el uso de muestra o censo podemos concluir que para esta investigación en específico utilizaremos el censo. Por gestión personal de Grecia Carolina Escobar Medina y Andrés Eduardo Tapia Criollo, junto con la gestión administrativa del Departamento Académico de la carrera de Marketing de la Universidad de las Fuerzas Armadas ESPE, hemos remitido nuestra solicitud de apoyo al Ministerio de Salud Pública del Ecuador para tener acceso a información que nos permita elaborar el censo de personas que han enfermado con la epidemia de Influenza A (H1N1), comprendido entre los años 2013 a 2017.

Después de realizar el análisis de la información que nos permita estructurar nuestro censo, proseguimos a identificar las técnicas de muestreo que serán utilizadas para establecer nuestra muestra de estudio que son los estudiantes de educación general básica de instituciones educativas ubicadas en el Distrito Metropolitano de Quito que han enfermado con la epidemia de influenza A(H1N1).

A continuación, detallamos la clasificación de las técnicas de muestreo:

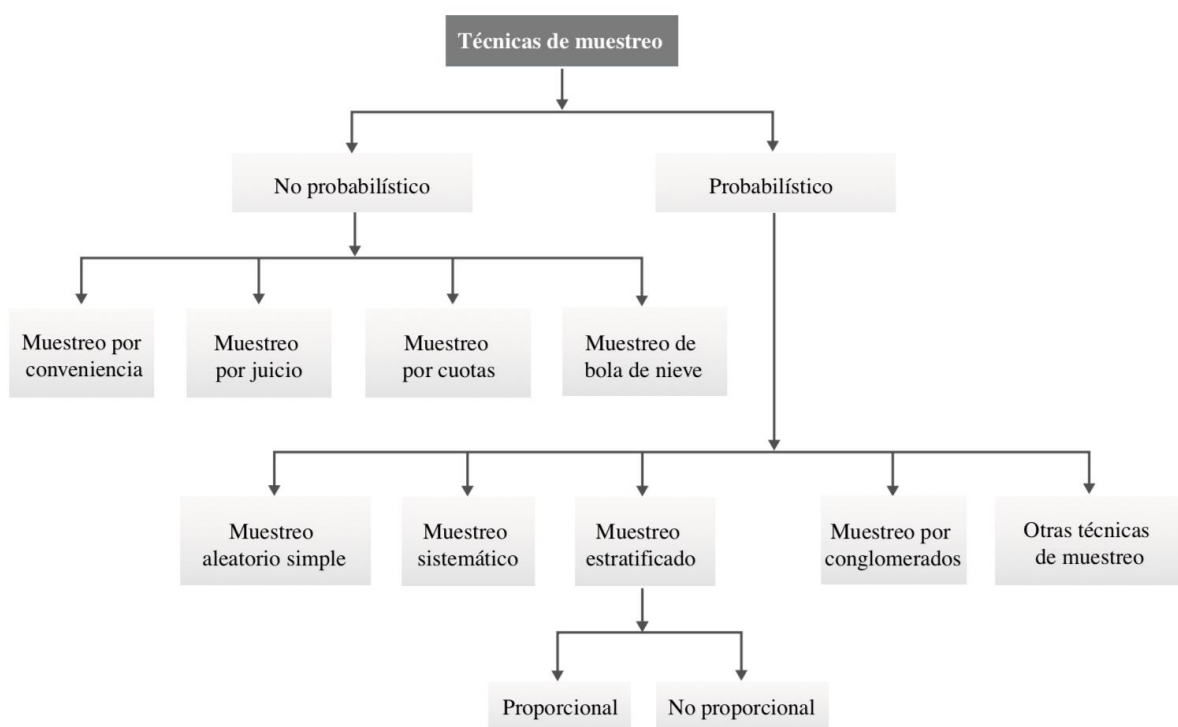


Figura 10 Clasificación de las técnicas de muestreo

Fuente: Investigación de Mercados (Naresh k. Malhotra, 2008, pág. 341)

¿Qué es el muestreo no probabilístico?

Son técnicas usadas para realizar muestreo donde no se intervienen procedimientos de

selección al azar, en este tipo de técnicas el investigador se basa en su juicio personal para determinar la muestra que utilizará para desarrollar su proyecto de estudio.

3.4.2 ¿Qué es el muestreo probabilístico?

Son técnicas usadas para realizar muestreo donde cada integrante de la población identificada tiene una posibilidad probabilística fija de ser elegido para formar parte de la muestra.

Muestreo

Después de identificar la clasificación de técnicas de muestreo, hemos decidido realizar nuestro proceso de selección de muestra mediante la técnica de muestreo No Probabilístico por Cuotas, puesto que las personas que se requieren para esta investigación en específico, deben haber enfermado con la epidemia de Influenza A (H1N1), por tal motivo son seleccionados considerando las características que los hace representativos frente a toda la población.

A pesar que este tipo de técnica no suele ser la más confiable al momento de realizar una investigación ya que por lo general es elegida por facilidad, el investigador elige por conveniencia el tamaño y lugar donde realizará el proceso de muestreo, en nuestro caso en particular lo más adecuado es elegir esta técnica puesto que tenemos como información el listado del total de personas que han enfermado con la epidemia de Influenza A(H1N1), en esta información están incluidas personas de todo el Ecuador, de todas las edades, y clasificados por fechas comprendidas entre los años 2013 al 2017.

3.4.3 Cálculo de la Muestra

Para el cálculo de la muestra que utilizaremos nuestra base de datos del total de personas del territorio ecuatoriano que han enfermado con la epidemia de Influenza A (H1N1) en el periodo comprendido del año 2013 al 2017.

HOSPITAL	AÑO					TOTAL
	2013	2014	2015	2016	2017	
HOSPITAL PABLO ARTURO SUAREZ	17	1	0	19	1	38
HOSPITAL EUGENIO ESPEJO	36	3	0	27	1	67
HOSPITAL VOZANDES	29	2	1	38	19	89
HOSPITAL DE NIÑOS BACA ORTIZ	28	2	2	48	18	98
HOSPITAL DEL SUR ENRIQUE GARCES	56	3	0	34	9	102
HOSPITAL CARLOS ANDRADE MARIN (IESS)	84	8	2	158	18	270
TOTAL INFECTADOS 2013 - 2017	250	19	5	324	66	664

Figura 11 Pacientes de Influenza A (H1N1) periodo 2013-2017

Fuente: Base de Datos Influenza 2013-2017 MSP

HOSPITAL	AÑO					TOTAL
	2013	2014	2015	2016	2017	
HOSP. PABLO ARTURO SUAREZ	0	0	0	2	0	2
HOSP. EUGENIO ESPEJO	3	0	0	0	0	3
HOSP. VOZANDES	1	0	0	1	1	3
HOSP. NIÑOS BACA ORTIZ	3	0	0	7	3	13
HOSP. SUR ENRIQUE GARCES	4	0	0	2	3	9
HOSP. CARLOS ANDRADE MARIN	4	0	1	18	3	26
ESTUDIANTES INFECTADOS EGB DMQ 2013 - 2017	15	0	1	30	10	56

Figura 12 Pacientes de Influenza A (H1N1) periodo 2013-2017

Fuente: Base de Datos Influenza 2013-2017 MSP

664 → **2013 a 2017**
70 → **4 a 15 años de edad**
59 → **Pichincha**
56 → **DMQ**
26 → **Femenino**
30 → **Masculino**

Figura 13 Muestra de Pacientes de Influenza A(H1N1) periodo 2013-2017

Fuente: Elaboración Propia

Objetivo Específico	Variable Genérica	Variable Específica	Escala	Nº	Pregunta	Respuestas
Obtención de Información	Información General	Parentesco	Nominal	1	¿Qué parentesco tiene con el paciente?	Madre Padre Hermano(a) Abuelo(a) Tío(a) Otro
Obtención de Información	Información General	Genero	Nominal	2	Género del paciente	Femenino Masculino
Obtención de Información	Información General	Edad	Razón	3	Edad del paciente al momento del diagnóstico	4 a 6 años 6 a 8 años 8 a 10 años 10 a 12 años 13 a 15 años
Obtención de Información	Información General	Diagnostico	Razón	4	¿En qué año fué diagnosticado de Influenza A(H1N1)?	2013 2014 2015 2016 2017
Obtención de Información	Información General	Hospital	Nominal	5	¿En qué unidad, Hospital o Casa de Salud fué tratado?	HCAM (IESS) H. Eugenio Espejo H. Pablo A. Suárez Hospital Vozandes H. del Sur Enrique G. H. de niños Baca Ortiz
Obtención de Información	Información General	Area	Nominal	6	¿En qué área del hospital fue tratado?	Consulta Externa Emergencias UCI
Obtención de Información	Información General	Vacuna	Nominal	7	¿El paciente recibió alguna vacuna contra la epidemia de Influenza A(H1N1) previo a su contagio?	Si No

Figura 14 Variables genéricas y específicas Matriz Cuestionario parte 1

Objetivo Específico	Variable Genérica	Variable Específica	Escala	Nº	Pregunta	Respuestas
Obtención de Información	Información General	Enfermedad	Nominal	8	¿El paciente presentaba alguna enfermedad previa, al diagnóstico de la epidemia de Influenza A(H1N1)?	Si No
Obtención de Información	Información General	Enfermedad Previa	Nominal	9	¿Cuál de las siguientes enfermedades presentaba el paciente previo al diagnóstico de la epidemia de Influenza A(H1N1)?	Asma Problemas de corazón Enfermedad Neurológica Diabetes Ninguna
Analizar cuáles son los planes preventivos y de acción de instituciones educativas y de salud	Información de nivel de conocimiento o capacitación	Información	Nominal	10	¿Le informaron o conocía usted qué es la Influenza A(H1N1), previo al contagio del paciente?	Si No
Analizar cuáles son los planes preventivos y de acción de instituciones educativas y de salud	Información de nivel de conocimiento o capacitación	Medio Informativo	Nominal	11	¿Por qué medio recibió usted información sobre la Influenza A(H1N1)?	Ninguno Folletos de Gobierno Centros de Salud Campañas de Salud Unidad Educativa Televisión Radio Internet
Analizar cuáles son los planes preventivos y de acción de instituciones educativas y de salud	Información de nivel de conocimiento o capacitación	Plan Informativo	Razón	12	¿La unidad educativa a la cual asiste el paciente cuenta con algún <u>plan informativo</u> acerca de la epidemia de Influenza A(H1N1)?	Si No Desconoce

Figura 15 Variables genéricas y específicas Matriz Cuestionario parte 2

Objetivo Específico	Variable Genérica	Variable Específica	Escala	Nº	Pregunta	Respuestas
Analizar cuáles son los planes preventivos y de acción de instituciones educativas y de salud	Información de nivel de conocimiento o capacitación	Plan Acción	Razón	13	¿El departamento médico de la Unidad Educativa a la cual asiste el paciente cuenta con algún <u>plan de acción</u> frente al posible contagio de la epidemia de Influenza A(H1N1)?	Si No Desconoce
Analizar cuáles son los planes preventivos y de acción de instituciones educativas y de salud	Información de nivel de conocimiento o capacitación	Contingencia	Razón	14	¿La Unidad Educativa a la cual asiste el paciente cuenta con algún <u>plan de contingencia</u> en caso de sospechar la existencia de pacientes enfermos con la epidemia de Influenza A(H1N1)?	Si No Desconoce
Analizar los factores que inciden en el estado psicosocial de estudiantes de EGB de las Unidades Educativas del DMQ, que se han contagiado de la epidemia de Influenza A (H1N1).	Información de impacto psicosocial	Trastorno	Razón	15	¿El paciente presentó algún trastorno en su desenvolvimiento social, familiar o educativo después de confirmar el contagio de la epidemia de Influenza A(H1N1)?	Si No
Analizar los factores que inciden en el estado psicosocial de estudiantes de EGB de las Unidades Educativas del DMQ, que se han contagiado de la epidemia de Influenza A (H1N1).	Información de impacto psicosocial	Tipo Trastorno	Nominal	16	¿Cuál de los siguientes trastornos presentó el paciente después de confirmar el contagio de la epidemia de Influenza A(H1N1)?	Miedo a salir a la calle Miedo a ir a la escuela Miedo al bullying Depresión Ninguno
Analizar los factores que inciden en el estado psicosocial de estudiantes de EGB de las Unidades Educativas del DMQ, que se han contagiado de la epidemia de Influenza A (H1N1).	Información de impacto psicosocial	Rechazo	Razón	17	¿El paciente fue marginado o rechazado por haber enfermado con la epidemia de la Influenza A(H1N1)?	Si No

Figura 16 Variables genéricas y específicas Matriz Cuestionario parte 3

Objetivo Específico	Variable Genérica	Variable Específica	Escala	Nº	Pregunta	Respuestas
Analizar los factores que inciden en el estado psicosocial de estudiantes de EGB de las Unidades Educativas del DMQ, que se han contagiado de la epidemia de Influenza A (H1N1).	Información de impacto psicosocial	Afección	Nominal	18	¿Cómo afectó en el paciente el haber sido rechazado?	Falta de sueño Falta de apetito Llanto Rencor Ira Ninguno
Analizar los factores que inciden en el estado psicosocial de estudiantes de EGB de las Unidades Educativas del DMQ, que se han contagiado de la epidemia de Influenza A (H1N1).	Información de impacto psicosocial	Personalidad	Razón	19	¿Considera usted que la personalidad del paciente ha sufrido algún cambio?	Si No Desconoce
Analizar los factores que inciden en el estado psicosocial de estudiantes de EGB de las Unidades Educativas del DMQ, que se han contagiado de la epidemia de Influenza A (H1N1).	Información de impacto psicosocial	Comunicación	Nominal	20	¿El paciente puede comunicarse con sus compañeros de escuela?	Siempre A veces No muy seguido Nunca
Analizar los factores que inciden en el estado psicosocial de estudiantes de EGB de las Unidades Educativas del DMQ, que se han contagiado de la epidemia de Influenza A (H1N1).	Información de impacto psicosocial	Rendimiento	Razón	21	¿Considera que ha bajado su rendimiento académico?	Si No
Analizar los factores que inciden en el estado psicosocial de estudiantes de EGB de las Unidades Educativas del DMQ, que se han contagiado de la epidemia de Influenza A (H1N1).	Información de impacto psicosocial	Expresar Emociones	Nominal	22	¿Considera que el paciente tiene miedo de expresar sus emociones?	Siempre A veces No muy seguido Nunca
Analizar los factores que inciden en el estado psicosocial de estudiantes de EGB de las Unidades Educativas del DMQ, que se han contagiado de la epidemia de Influenza A (H1N1).	Información de impacto psicosocial	DOBE	Nominal	23	¿Recibe atención de algún profesional del departamento de orientación y bienestar estudiantil (DOBE)?	Siempre A veces No muy seguido Nunca

Figura 17 Variables genéricas y específicas Matriz Cuestionario parte 4

Objetivo Específico	Variable Genérica	Variable Específica	Escala	Nº	Pregunta	Respuestas
Analizar los factores que inciden en el estado psicosocial de estudiantes de EGB de las Unidades Educativas del DMQ, que se han contagiado de la epidemia de Influenza A (H1N1).	Información de impacto psicosocial	Familia	Nominal	24	¿Cuándo se encuentra en el hogar interactúa con los integrantes de su familia?	Siempre A veces No muy seguido Nunca
Analizar los factores que inciden en el estado psicosocial de estudiantes de EGB de las Unidades Educativas del DMQ, que se han contagiado de la epidemia de Influenza A (H1N1).	Información de impacto psicosocial	Discriminación Familiar	Nominal	25	¿Ha identificado algún tipo de discriminación por parte de los integrantes de la familia?	Siempre A veces No muy seguido Nunca
Analizar los factores que inciden en el estado psicosocial de estudiantes de EGB de las Unidades Educativas del DMQ, que se han contagiado de la epidemia de Influenza A (H1N1).	Información de impacto psicosocial	Apoyo Psicológico	Razón	26	¿Ha recibido apoyo psicológico después de haber enfermado con la epidemia de Influenza A(H1N1)?	Si No
Analizar los factores que inciden en el estado psicosocial de estudiantes de EGB de las Unidades Educativas del DMQ, que se han contagiado de la epidemia de Influenza A (H1N1).	Información de impacto psicosocial	Aglomeración	Nominal	27	¿El paciente siente miedo de asistir a lugares donde hay aglomeración de gente (conciertos, ferias, parques)?	Siempre A veces No muy seguido Nunca

Figura 18 Variables genéricas y específicas Matriz Cuestionario parte 5

CAPÍTULO IV: MARCO EMPÍRICO

4.1. Análisis Univariado

Tabla 1

Pregunta 1: Parentesco

		¿Qué parentesco tiene con el paciente?			
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Madre	22	39,3	39,3	39,3
	Padre	13	23,2	23,2	62,5
	Hermano(a)	6	10,7	10,7	73,2
	Abuelo(a)	9	16,1	16,1	89,3
	Tío(a)	4	7,1	7,1	96,4
	Otros	2	3,6	3,6	100,0
	Total	56	100,0	100,0	



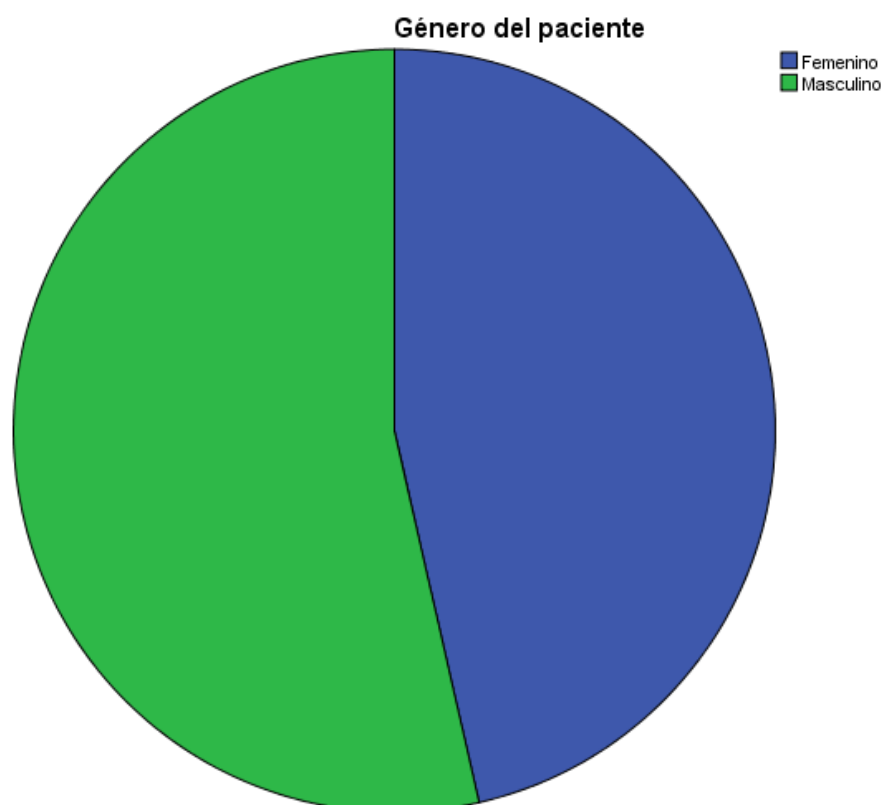
Figura 19: Representación Gráfica del Parentesco

Análisis:

De acuerdo con la figura 5, podemos observar el parentesco que tiene la persona responsable del paciente. Se distribuye de la siguiente forma 40% Madres, 23% Padres, 11% Hermano(a), 16% Abuelo(a), 7% Tío(a), 3% Otros.

Tabla 2*Pregunta 2: Genero*

		Género del paciente			
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Femenino	26	46,4	46,4	46,4
	Masculino	30	53,6	53,6	100,0
Total		56	100,0	100,0	

**Figura 20** Representación Gráfica del Genero

Análisis:

La figura 6, indica que las personas que han enfermado con la epidemia de Influenza A(H1N1) corresponden al 46% Femenino mientras que el 54% es Masculino.

Tabla 3

Pregunta 3: Edad del paciente

Edad del paciente al momento del diagnóstico					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	4 a 6 años	29	51,8	51,8	51,8
	7 a 9 años	17	30,4	30,4	82,1
	10 a 12 años	5	8,9	8,9	91,1
	13 a 15 años	5	8,9	8,9	100,0
	Total	56	100,0	100,0	

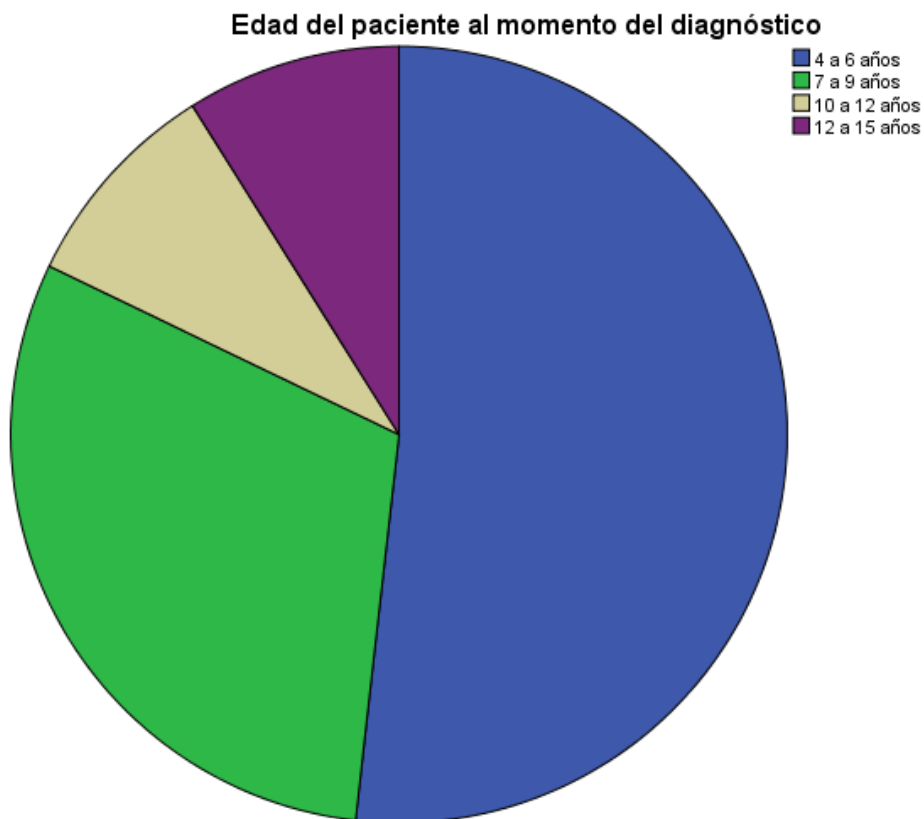


Figura 21 Representación Gráfica de Edad

Análisis:

La figura 7, indica que las personas entre edades de 4 a 6 años con un 52% representan el grupo con mayores contagios de la epidemia A (H1N1) seguidos por las personas de edades entre 7 y 9 años con un 30%, mientras que las personas de edades entre 10 a 12 y 13 A 15 años representan el 9% respectivamente.

Tabla 4

Pregunta 4: Año de diagnostico

		¿En qué año fue diagnosticado de Influenza A(H1N1)?			
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	2013	15	26,8	26,8	26,8
	2015	1	1,8	1,8	28,6
	2016	30	53,6	53,6	82,1
	2017	10	17,9	17,9	100,0
	Total	56	100,0	100,0	

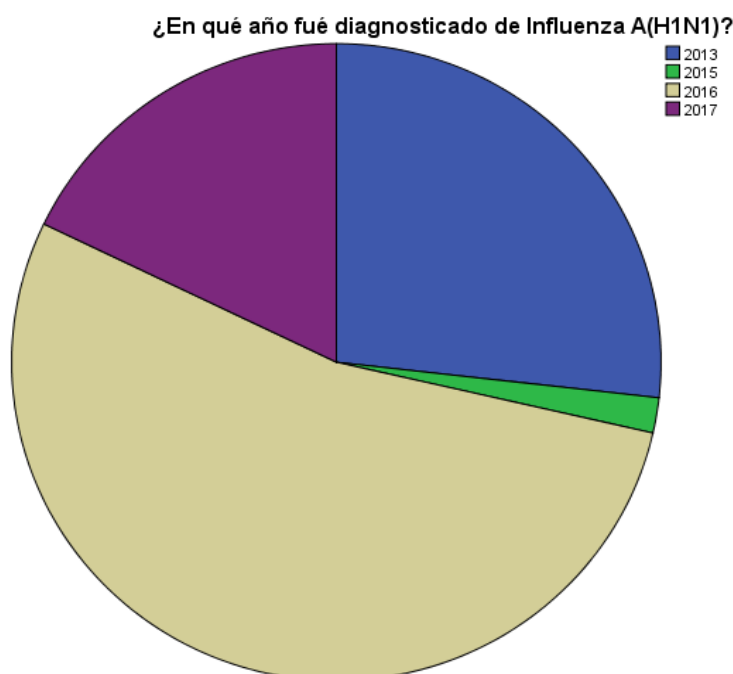


Figura 22 Representación Gráfica del año de diagnostico

Análisis:

En la figura 8, podemos observar que en el año 2016 se presentan la mayor cantidad de casos confirmados de la epidemia de Influenza A(H1N1) en personas de educación general básica con un 54%, seguido del año 2013 donde se presentó el 27% mientras que en los años 2015 y 2017 presentaron un 2% y 17% respectivamente. En este caso en particular observamos también que en el año 2014 no se presentaron casos confirmados en niños de educación general básica.

Tabla 5

Pregunta 5: Hospital que fue tratado

¿En qué unidad, Hospital o Casa de Salud fue tratado?					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	HCAM (IESS)	26	46,4	46,4	46,4
	H. Eugenio Espejo	3	5,4	5,4	51,8
	H. Pablo Arturo Suarez	2	3,6	3,6	55,4
	H. Vozandes	3	5,4	5,4	60,7
	H. del sur Enrique Garcés	9	16,1	16,1	76,8
	H. de Niños Baca Ortiz	13	23,2	23,2	100,0
	Total	56	100,0	100,0	

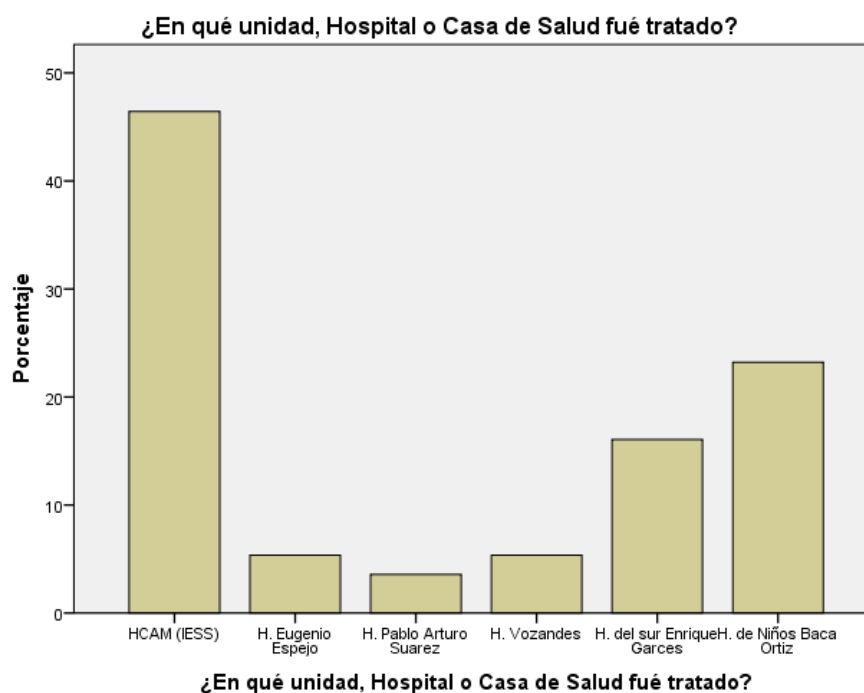


Figura 23 Representación Gráfica del lugar de tratamiento

Análisis:

En la figura 9, podemos observar que el hospital que más casos ha atendido en el periodo del 2013 al 2017 ha sido el Hospital Carlos Andrade Marín con un 47%, seguido por el Hospital de niños Baca Ortiz y Hospital del Sur Enrique Garcés con el 23% y 16% respectivamente, El Hospital Eugenio Espejo y Hospital Vozandes cada uno representó el 5%, por otro lado el Hospital Pablo Arturo Suarez representó a pena el 4% del total de atenciones de los diferentes hospitales en capacidad para dar solución a esta problemática.

Tabla 6

Pregunta 6: Área de tratamiento

		¿En qué área del hospital fue tratado?			
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Consulta Externa	18	32,1	32,1	32,1
	Emergencias	29	51,8	51,8	83,9
	UCI	9	16,1	16,1	100,0
	Total	56	100,0	100,0	



Figura 24 Representación Gráfica del lugar de tratamiento

Análisis:

De acuerdo a la figura 10, el 52% de las consultas de los pacientes que presentaron síntomas de la epidemia de Influenza A(H1N1) fueron atendidas en el área de emergencias, el 32% fueron atendidas por consulta externa y el 16% fueron tratadas con mucho más cuidado y precaución en la Unidad de Cuidados Intensivos.

Tabla 7

Pregunta 7: Vacuna Previo al contagio

¿El paciente recibió alguna vacuna contra la epidemia de Influenza A(H1N1) previo a su contagio?					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Si	7	12,5	12,5	12,5
	No	49	87,5	87,5	100,0
	Total	56	100,0	100,0	

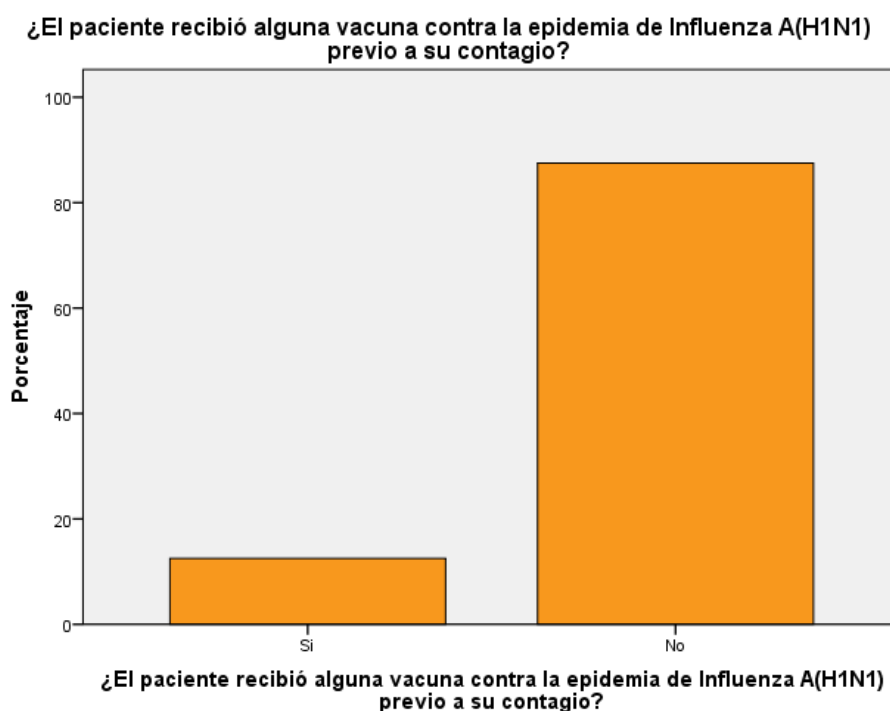


Figura 25 Representación Gráfica presencia de vacuna previo al contagio

Análisis:

De acuerdo a la figura 11, podemos observar que el 87,5% no tenía ningún tipo de vacuna, mientras que el 12,5% de las personas que enfermaron tenían una vacuna contra la epidemia de Influenza A(H1N1) y a pesar de eso contrajeron la enfermedad.

Tabla 8

Pregunta 8: Enfermedades previas al contagio

¿El paciente presentaba alguna enfermedad previa, al diagnóstico de la epidemia de Influenza A(H1N1)?					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Si	14	25,0	25,0	25,0
	No	42	75,0	75,0	100,0
Total		56	100,0	100,0	

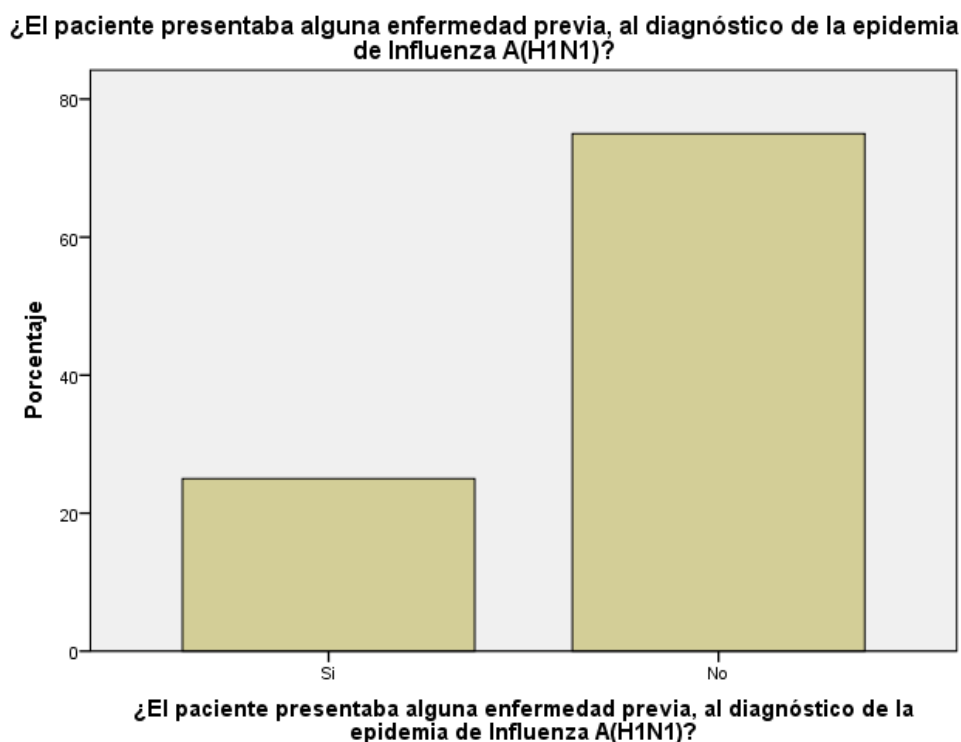


Figura 26 Representación Gráfica presencia de enfermedad previo al contagio

Análisis:

De acuerdo a la figura 12, podemos observar que un 75% de las personas que enfermaron con la epidemia de Influenza A (H1N1) no presentaban ningún tipo de enfermedad, mientras que el 25% de las personas si presentaron otro tipo de cuadros clínicos previo al contagio.

Tabla 9

Pregunta 9: Enfermedades previas al contagio

¿Cuál de las siguientes enfermedades presentaba el paciente previo al diagnóstico de la epidemia de Influenza A(H1N1)?		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Asma	2	3,6	3,6	3,6
	Problemas de corazón	4	7,1	7,1	10,7
	Enfermedades Neurológicas	7	12,5	12,5	23,2
	Diabetes	1	1,8	1,8	25,0
	Ninguna	42	75,0	75,0	100,0
	Total	56	100,0	100,0	

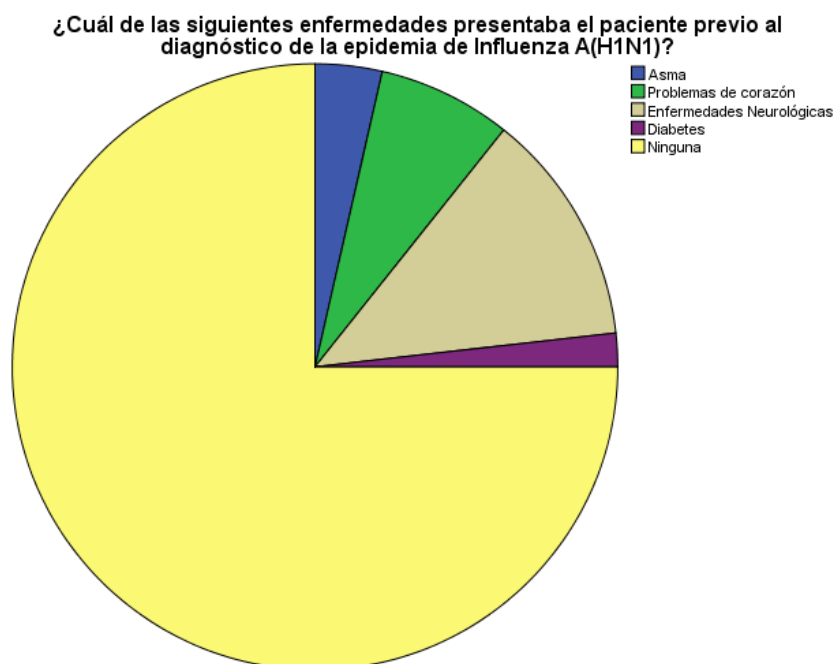


Figura 27 Representación Gráfica de enfermedades previo al contagio

Análisis:

De acuerdo a la figura 13, podemos observar que el 75 % de las personas no presentaban ninguna enfermedad previa al contagio de la epidemia A (H1N1), por otro lado, se puede observar que se presentaron cuatro tipos de enfermedades que afectaban a las personas antes de contraer la epidemia, siendo más frecuentes las enfermedades neurológicas con un 12% seguidas por problemas en el corazón con un 7%, problemas de asma con un 4% y cuadros de diabetes con un 2%.

Tabla 10

Pregunta 10: Información la epidemia de Influenza A(H1N1) previo al contagio

¿Le informaron o conocía usted qué es la Influenza A(H1N1), previo al contagio del paciente?					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Si	48	85,7	85,7	85,7
	No	8	14,3	14,3	100,0
Total		56	100,0	100,0	

¿Le informaron o conocía usted qué es la Influenza A(H1N1), previo al contagio del paciente?

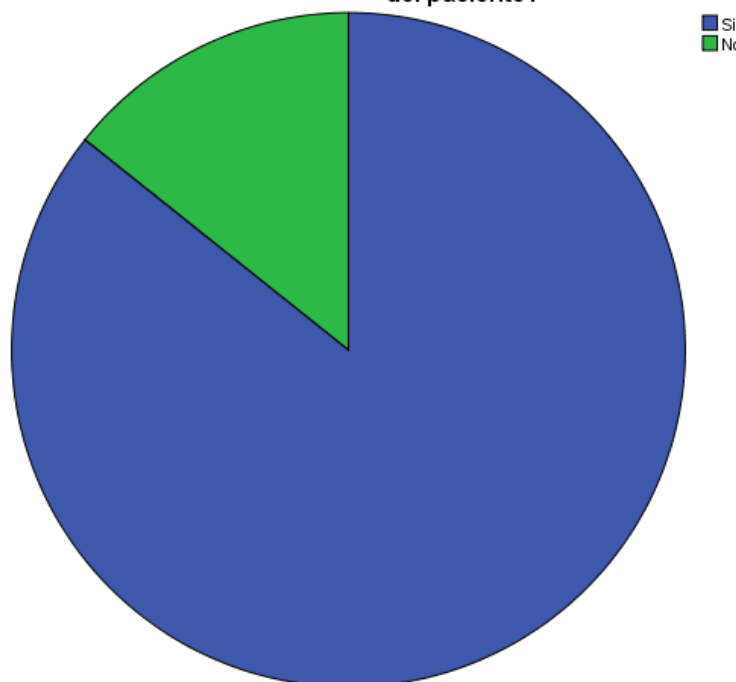


Figura 28 Representación Gráfica de información previo al contagio

Análisis:

De acuerdo a la figura 14, podemos observar que existe una pequeña cantidad de personas que no conocían nada acerca de la epidemia de Influenza A (H1N1), haciendo que el cuadro presentado sea peligroso ya que no saben cómo reconocer y diferencia este tipo de afecciones. El 85% conocen acerca de la epidemia por tal motivo pueden tomar acciones en base a sus conocimientos, haciendo que el cuadro presentado no tenga un nivel alto de complicaciones.

Tabla 11

Pregunta 11: Medios de información

¿Por qué medio recibió usted información sobre la Influenza A(H1N1)?					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Ninguno	8	14,3	14,3	14,3
	Folletos de gobierno	3	5,4	5,4	19,6
	Centros de salud	13	23,2	23,2	42,9
	Campañas de salud	6	10,7	10,7	53,6
	Unidad Educativa	10	17,9	17,9	71,4
	Televisión	6	10,7	10,7	82,1
	Radio	3	5,4	5,4	87,5
	Internet	7	12,5	12,5	100,0
	Total	56	100,0	100,0	

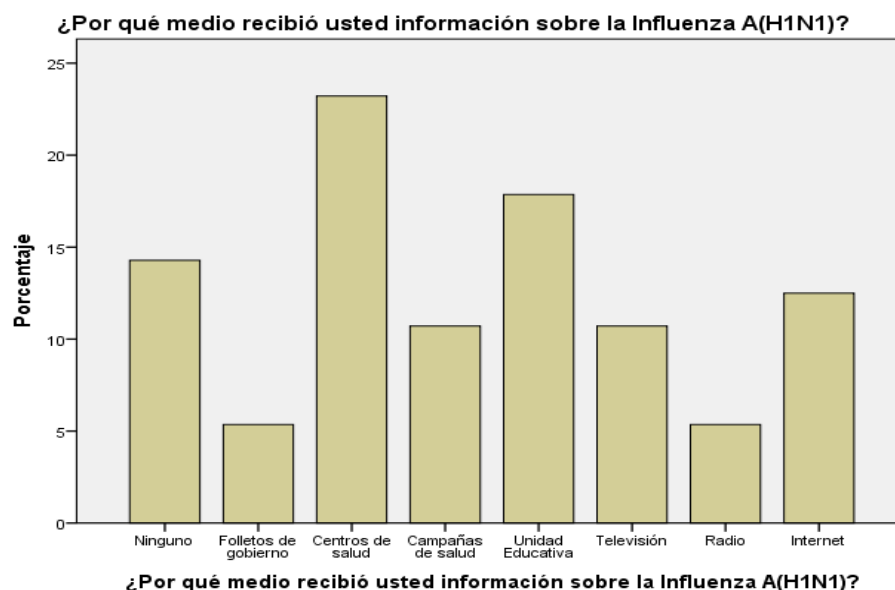


Figura 29 Representación Gráfica de medios de información previo al contagio.

Análisis:

De acuerdo a la figura 15, podemos observar que con un 23% el medio de comunicación que mejor informa son los centros de salud seguido por las unidades educativas con 18%. Existen otros medios de comunicación como la televisión, el internet, las campañas de salud, radio y folletos de gobierno que también son usados para informar

Tabla 12

Pregunta 12: Información de la unidad educativa

		¿La unidad educativa a la cual asiste el paciente cuenta con algún plan informativo acerca de la epidemia de Influenza A(H1N1)?			
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Si	40	71,4	71,4	71,4
	No	9	16,1	16,1	87,5
	Desconoce	7	12,5	12,5	100,0
Total		56	100,0	100,0	

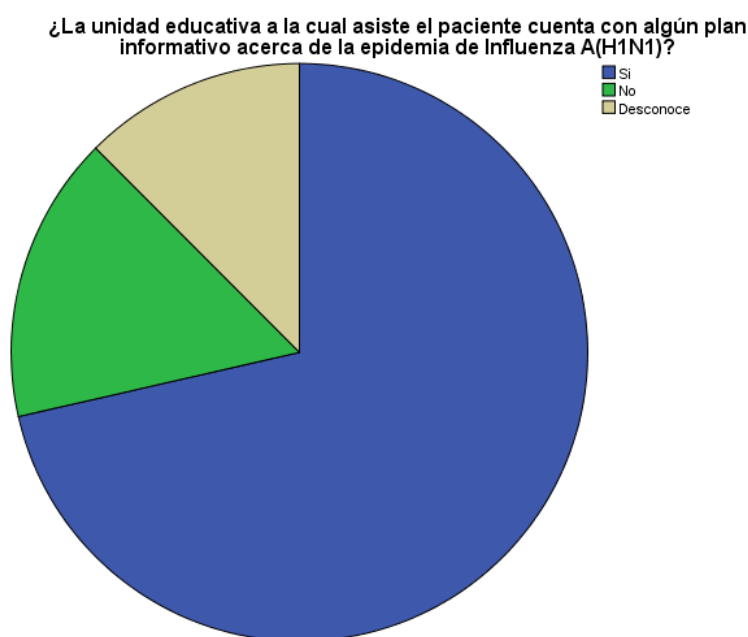


Figura 30 Representación Gráfica plan informativo de unidad educativa

Análisis:

En la figura 16, podemos observar que existe un 13% de personas que desconocen si existen planes informativos en las unidades educativas, mientras un 16% afirma que no existe ningún plan informativo vigente en las unidades educativas a donde asisten los niños que enfermaron con la epidemia de Influenza A (H1N1).

Tabla 13

Pregunta 13: Plan de acción del departamento médico

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Si	33	58,9	58,9	58,9
	No	5	8,9	8,9	67,9
	Desconoce	18	32,1	32,1	100,0
Total		56	100,0	100,0	

¿El departamento médico de la Unidad Educativa a la cual asiste el paciente cuenta con algún plan de acción frente al posible contagio de la epidemia de Influenza A(H1N1)?

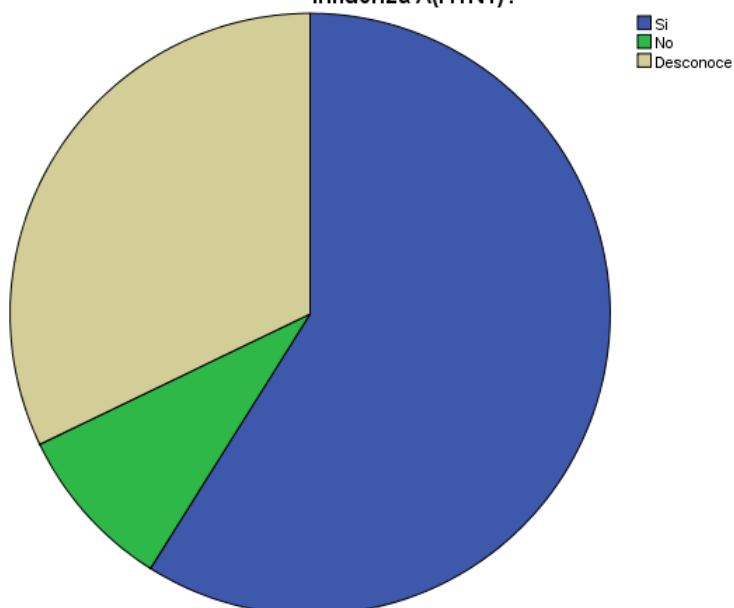


Figura 31 Representación Gráfica del plan de acción del departamento médico

Análisis:

Según la figura 17, podemos observar que un 32% de las personas desconocen si el departamento médico de la unidad educativa tiene un plan de acción en caso de presentarse la epidemia de Influenza A (H1N1) y un 9% de las personas afirma que la unidad educativa no cuenta con un procedimiento de acción frente a un posible contagio.

Tabla 14

Pregunta 14: Plan de contingencia de la unidad educativa

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Si	25	44,6	44,6	44,6
	No	7	12,5	12,5	57,1
	Desconoce	24	42,9	42,9	100,0
Total		56	100,0	100,0	

¿La Unidad Educativa a la cual asiste el paciente cuenta con algún plan de contingencia en caso de sospechar la existencia de pacientes enfermos con la epidemia de Influenza A(H1N1)?

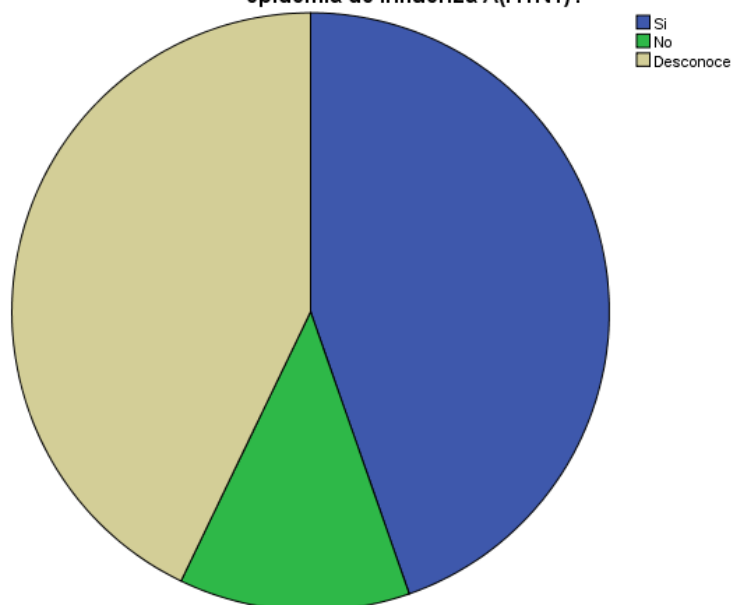


Figura 32 Representación Gráfica del plan de contingencia de la unidad educativa

Análisis:

Según la figura 18, podemos observar que un 43% de las personas desconocen si la unidad educativa tiene un plan de contingencia en caso de presentarse la epidemia de Influenza A (H1N1) y un 13% de las personas afirma que la unidad educativa no cuenta con un procedimiento de contingencia frente a un contagio. Estas cifras se vuelven alarmantes ya que los representantes desconocen procedimientos que pueden ayudar a prevenir próximos contagios.

Tabla 15

Pregunta 15: Posible trastorno social

¿El paciente presentó algún trastorno en su desenvolvimiento social, familiar o educativo después de confirmar el contagio de la epidemia de Influenza A(H1N1)?						
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado	
Válido	Si	47	83,9	83,9	83,9	
	No	9	16,1	16,1	100,0	
Total		56	100,0	100,0		

¿El paciente presentó algún trastorno en su desenvolvimiento social, familiar o educativo después de confirmar el contagio de la epidemia de Influenza A (H1N1)?

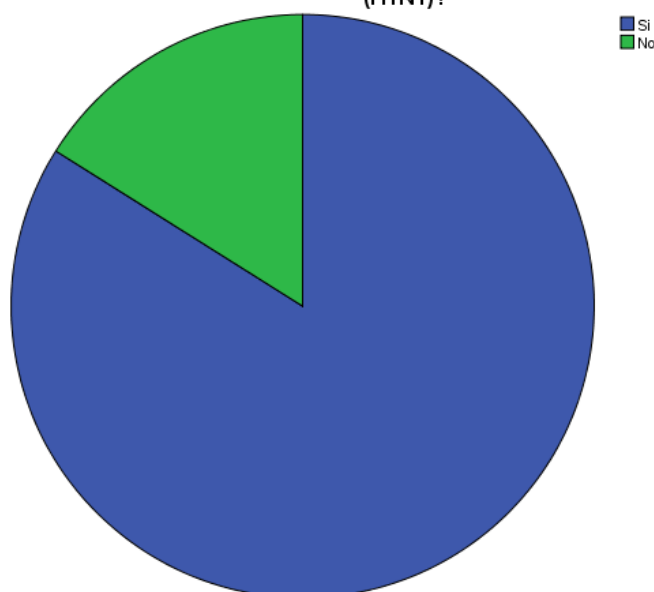


Figura 33 Representación Gráfica de posibles trastornos sociales

Análisis:

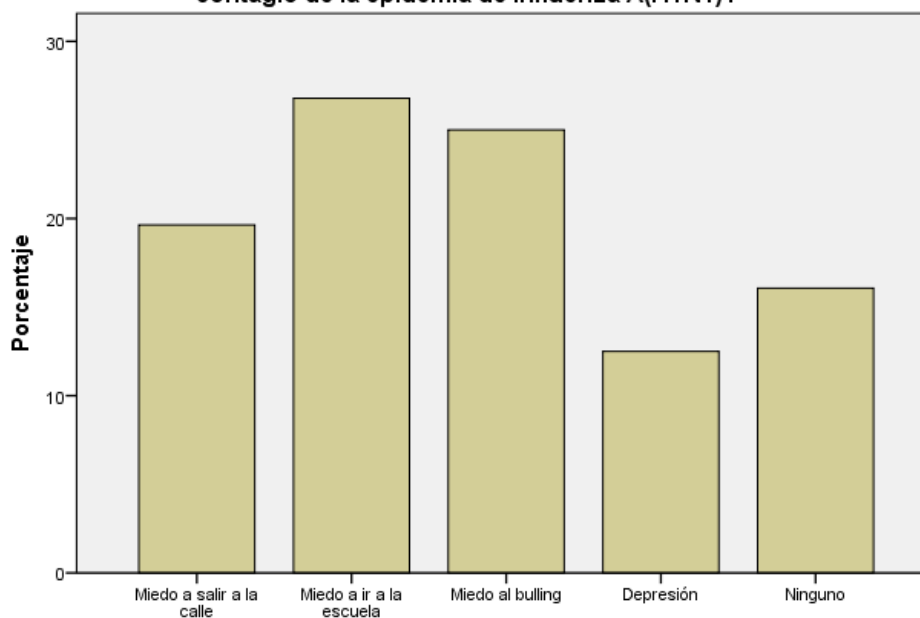
De acuerdo a la figura 19, el 84% de las personas presentaron algún trastorno en su desenvolvimiento social, familiar o educativo después de confirmar el contagio de la epidemia de influenza A(H1N1).

Tabla 16

Pregunta 16: Trastorno social

¿Cuál de los siguientes trastornos presentó el paciente después de confirmar el contagio de la epidemia de Influenza A(H1N1)?		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Miedo a salir a la calle	11	19,6	19,6	19,6
	Miedo a ir a la escuela	15	26,8	26,8	46,4
	Miedo al bullying	14	25,0	25,0	71,4
	Depresión	7	12,5	12,5	83,9
	Ninguno	9	16,1	16,1	100,0
	Total	56	100,0	100,0	

¿Cuál de los siguientes trastornos presentó el paciente después de confirmar el contagio de la epidemia de Influenza A(H1N1)?



¿Cuál de los siguientes trastornos presentó el paciente después de confirmar el contagio de la epidemia de Influenza A(H1N1)?

Figura 34 Representación Gráfica de presencia de trastornos sociales

Análisis:

En la figura 20, podemos ver cuáles son los trastornos presentes en las personas que enfermaron con la epidemia de Influenza A (H1N1), siendo el miedo a ir a la escuela y miedo al bullying los más representativos con 27% y 25% respectivamente. El miedo a salir a la calle se presenta con un 20% y la depresión con 12%.

Tabla 17

Pregunta 17: Paciente marginado

¿El paciente fue marginado o rechazado por haber enfermado con la epidemia de la Influenza A (H1N1)?					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Si	48	85,7	85,7	85,7
	No	8	14,3	14,3	100,0
	Total	56	100,0	100,0	

¿El paciente fue marginado o rechazado por haber enfermado con la epidemia de la Influenza A(H1N1)?

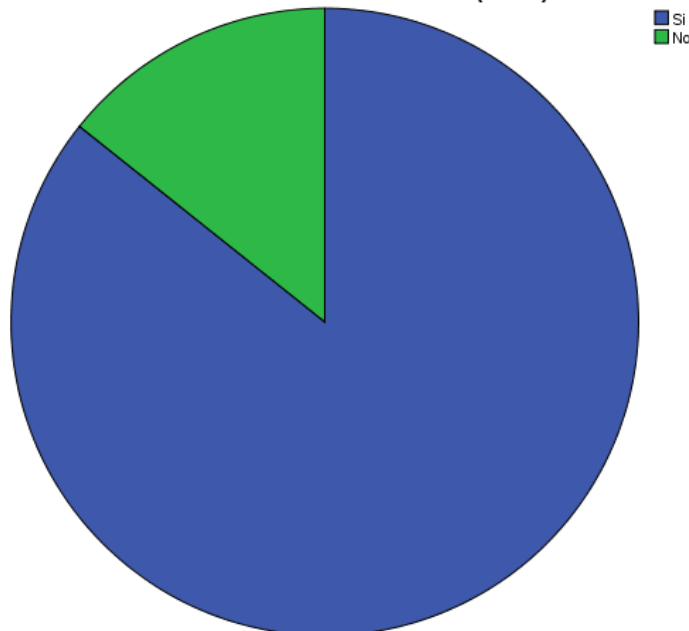


Figura 35 Representación Gráfica de posible rechazo

Análisis:

De acuerdo a la figura 21, el 86% de las personas fueron marginados o víctimas de rechazo por el hecho de haber enfermado con la epidemia de influenza A(H1N1).

Tabla 18

Pregunta 18: Afecciones por causa del rechazo

		¿Cómo afectó en el paciente el haber sido rechazado?			
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Falta de sueño	13	23,2	23,2	23,2
	Falta de apetito	9	16,1	16,1	39,3
	Llanto	7	12,5	12,5	51,8
	Rencor	8	14,3	14,3	66,1
	Ira	11	19,6	19,6	85,7
	Ninguno	8	14,3	14,3	100,0
	Total	56	100,0	100,0	

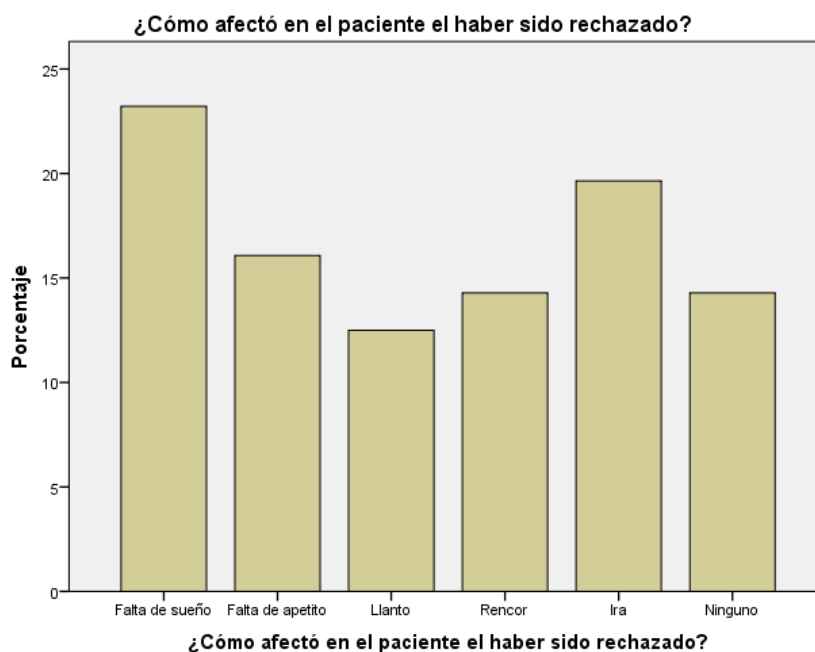


Figura 36 Representación Gráfica de afecciones por causa de rechazo

Análisis:

Según la figura 22, la falta de sueño y la ira con el 23% y 20% respectivamente son los trastornos que más afectaron a las personas que enfermaron con la epidemia de Influenza A (H1N1), seguidos por la falta de apetito con 16%, rencor con 14%, llanto con el 13% y ningún trastorno con el 14%.

Tabla 19

Pregunta 19: Personalidad del paciente

¿Considera usted que la personalidad del paciente ha sufrido algún cambio?					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Si	40	71,4	71,4	71,4
	No	9	16,1	16,1	87,5
	Desconoce	7	12,5	12,5	100,0
Total		56	100,0	100,0	

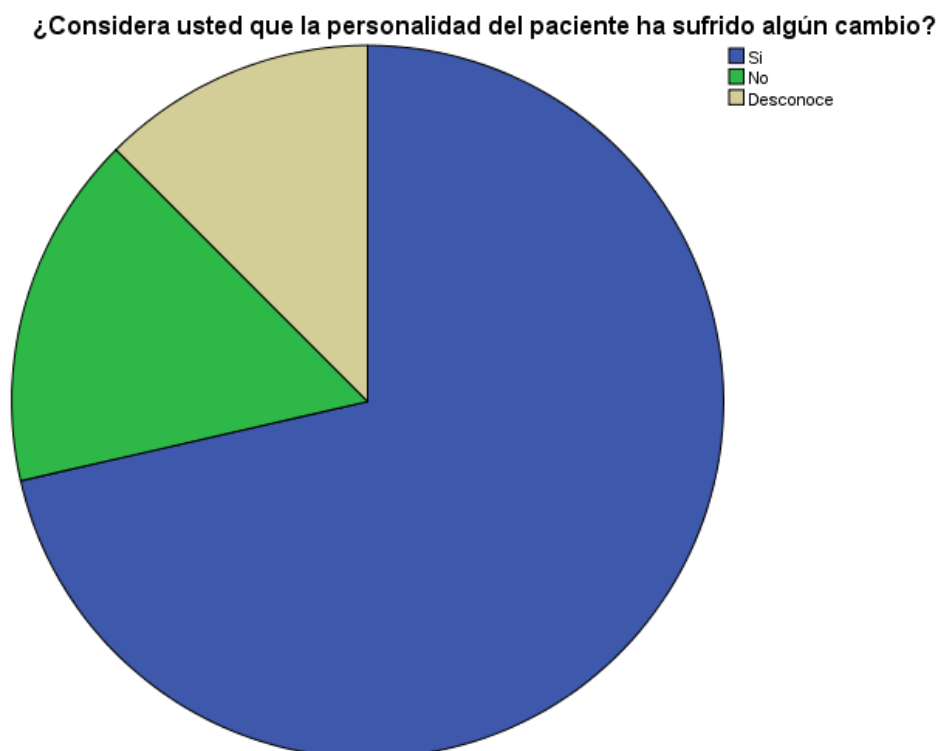


Figura 37 Representación Gráfica de posible cambio de personalidad

Análisis:

De acuerdo con la figura 22, el 71% de las personas presentan un cambio notable en su personalidad después de haber enfermado con la epidemia de Influenza A (H1N1), el 16% asegura que no ha sufrido cambios notables y un 13% desconoce si existe cambios ya que es difícil de notar cambios a simple vista.

Tabla 20

Pregunta 20: Comunicación con compañeros

		¿El paciente puede comunicarse con sus compañeros de escuela?			
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Siempre	7	12,5	12,5	12,5
	A veces	30	53,6	53,6	66,1
	No muy seguido	15	26,8	26,8	92,9
	Nunca	4	7,1	7,1	100,0
	Total	56	100,0	100,0	

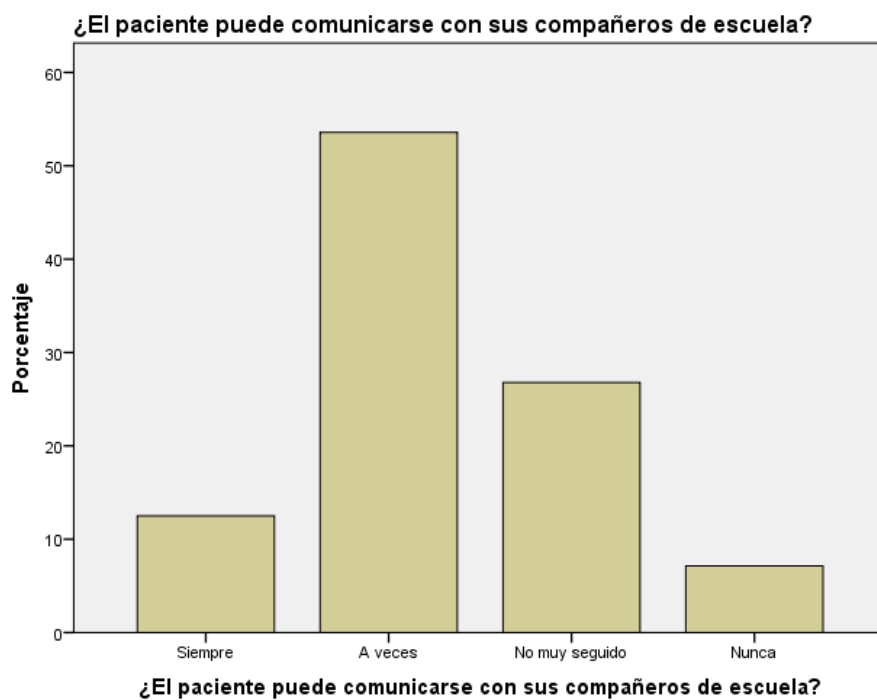


Figura 38 Representación Gráfica de comunicación con compañeros

Análisis:

De acuerdo con la figura 24, el 54% de las personas presentan una complicación notable para comunicarse con sus compañeros, el 27% dice que no muy seguido pueden comunicarse con sus compañeros y solo un 7% dice tener serias complicaciones al punto de no entablar conversaciones con sus compañeros de escuela.

Tabla 21

Pregunta 21: Rendimiento académico

		¿Considera que ha bajado su rendimiento académico?			
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Si	46	80,7	80,7	80,7
	No	9	15,8	15,8	96,5
	Desconoce	2	3,5	3,5	100,0
Total		57	100,0	100,0	



Figura 39 Representación Gráfica de rendimiento académico

Análisis:

Según la figura 25, se considera que el 81% de las personas han bajado su rendimiento académico después de haber enfermado con la epidemia de Influenza A(H1N1) un 16% asegura que no ha bajado su rendimiento y solo un 3% se desconoce ya que las calificaciones se han mantenido estables.

Tabla 22

Pregunta 22: Miedo a expresar sentimientos

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Siempre	18	32,1	32,1	32,1
	A veces	15	26,8	26,8	58,9
	No muy seguido	17	30,4	30,4	89,3
	Nunca	6	10,7	10,7	100,0
	Total	56	100,0	100,0	

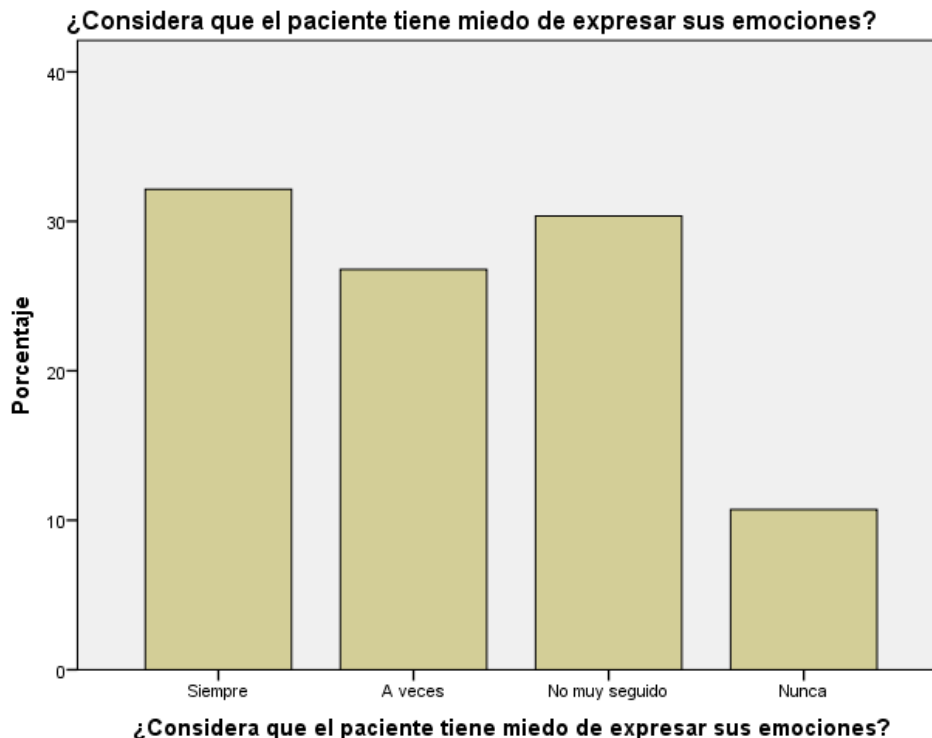


Figura 40 Representación Gráfica de miedo a expresar emociones

Análisis:

Según la figura 26, no existe mayor diferencia en el nivel de miedo del paciente a expresar sus sentimientos, considerando esto, el miedo se presenta “siempre”, a “veces” y “no muy seguido”, con el 32%, 27% y 30% respectivamente.

Tabla 23*Pregunta 23: Orientación DOBE*

		¿Recibe atención de algún profesional del departamento de orientación y bienestar estudiantil (DOBE)?			
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Siempre	10	17,9	17,9	17,9
	A veces	26	46,4	46,4	64,3
	No muy seguido	16	28,6	28,6	92,9
	Nunca	4	7,1	7,1	100,0
Total		56	100,0	100,0	

**Figura 41** Representación Gráfica de atención profesional

Análisis:

De acuerdo a la figura 27, solo el 18% de las personas han recibido orientación profesional por el departamento de bienestar estudiantil, el 46% ha recibido ayuda solo “a veces” con menor frecuencia y en menor énfasis, mientras que el 29% ha recibido ayuda “no muy seguido” y el 7% asegura que nunca recibieron ayuda del departamento de orientación y bienestar estudiantil de las instituciones educativas.

Tabla 24

Pregunta 24: Interacción con familiares

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Siempre	7	12,5	12,5	12,5
	A veces	16	28,6	28,6	41,1
	No muy seguido	32	57,1	57,1	98,2
	Nunca	1	1,8	1,8	100,0
	Total	56	100,0	100,0	

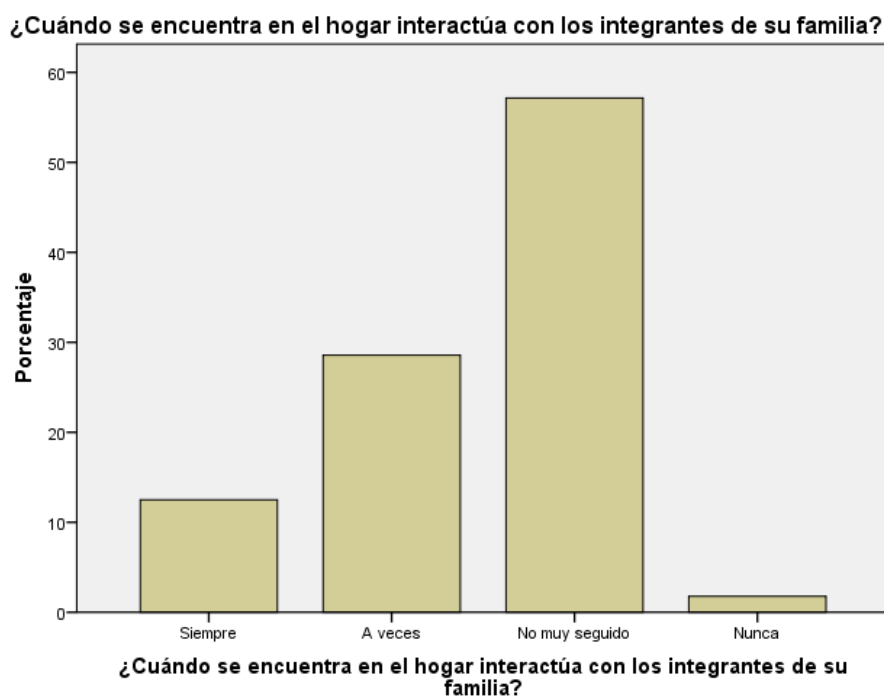


Figura 42 Representación Gráfica de interacción familiar

Análisis:

Según la figura 28, el 57% de las personas no interactúan muy seguido con la familia cuando se encuentran en sus hogares, el 29% interactúan solo a veces y el 12% lo hace siempre, sin embargo, existe un 2% de las personas que aseguran no interactuar con la familia en ninguna circunstancia.

Tabla 25

Pregunta 25: Discriminación familiar

¿Ha identificado algún tipo de discriminación por parte de los integrantes de la familia?					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Siempre	41	73,2	73,2	73,2
	A veces	9	16,1	16,1	89,3
	No muy seguido	6	10,7	10,7	100,0
Total		56	100,0	100,0	

¿Ha identificado algún tipo de discriminación por parte de los integrantes de la familia?

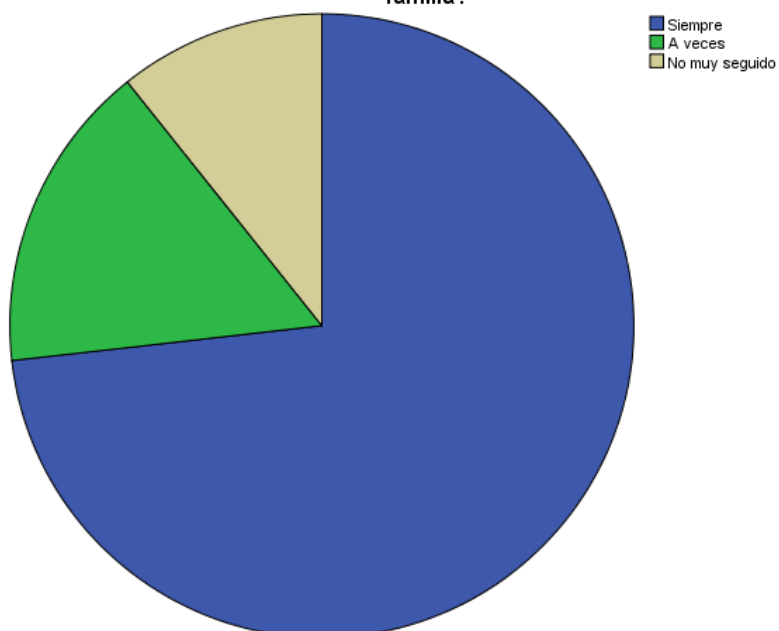


Figura 43 Representación Gráfica de posible discriminación familiar

Análisis:

De acuerdo a la figura 29, el 73% de las personas se han sentido marginados por parte de la familia, el 16% solo “a veces” y el 11% asegura que no muy seguido se sienten marginados por algún miembro de la familia.

Tabla 26

Pregunta 26: Apoyo psicológico

¿Ha recibido apoyo psicológico después de haber enfermado con la epidemia de Influenza A(H1N1)?					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Si	9	15,8	16,1	16,1
	No	47	82,5	83,9	100,0
	Total	56	98,2	100,0	
Perdidos	Sistema	1	1,8		
Total		57	100,0		

¿Ha recibido apoyo psicológico después de haber enfermado con la epidemia de Influenza A(H1N1)?

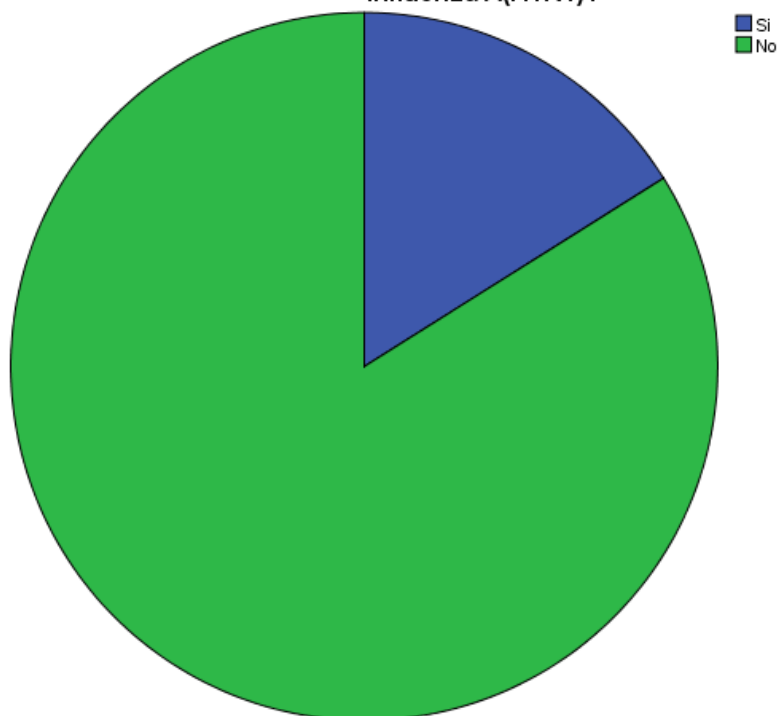


Figura 44 Representación Gráfica de ayuda psicológica profesional

Análisis:

Según la figura 29, el 82% de los pacientes que enfermaron con la epidemia de Influenza A (H1N1) aseguran no haber recibido ayuda psicológica profesional, apenas el 16% confirmó la atención profesional

Tabla 27

Pregunta 27: Miedo a asistir a lugares con aglomeración de personas

¿El paciente siente miedo de asistir a lugares donde hay aglomeración de gente (conciertos, ferias, parques)?					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Siempre	41	73,2	73,2	73,2
	A veces	8	14,3	14,3	87,5
	No muy seguido	7	12,5	12,5	100,0
	Total	56	100,0	100,0	

¿El paciente siente miedo de asistir a lugares donde hay aglomeración de gente (conciertos, ferias, parques)?

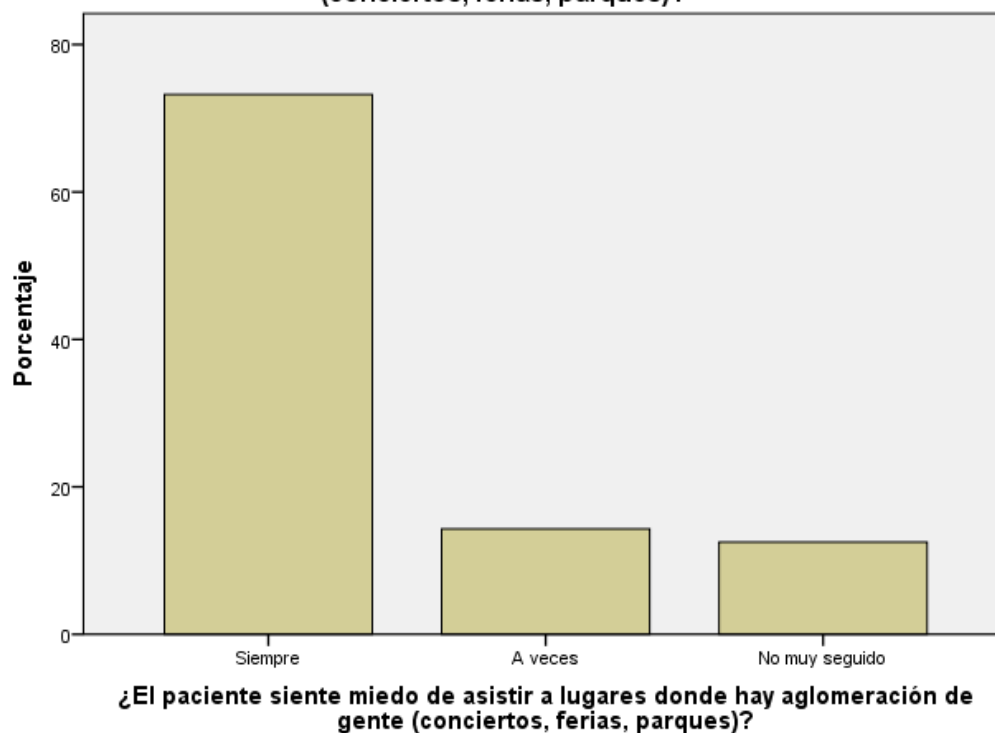


Figura 45 Representación Gráfica de miedo a salir

Análisis:

De acuerdo a la figura 31, podemos observar que 73% de las personas que enfermaron con la epidemia de Influenza A(H1N1) siente miedo a salir a lugares concurridos, esto se debe al miedo de contraer nuevamente dicha enfermedad.

4.2. Análisis Bivariado

Tabla 28

*Paciente Marginado * Posible Trastorno Paciente*

Tabla cruzada ¿El paciente presentó algún trastorno en su desenvolvimiento social, familiar o educativo después de confirmar el contagio de la epidemia de Influenza A (H1N1)?*¿El paciente fue marginado o rechazado por haber enfermado con la epidemia de la Influenza A(H1N1)?

		¿El paciente fue marginado o rechazado por haber enfermado con la epidemia de la Influenza A (H1N1)?		Total
		Si	No	
		¿El paciente presentó algún trastorno en su desenvolvimiento social, familiar o educativo después de confirmar el contagio de la epidemia de Influenza A (H1N1)?	Si	
	No	3	6	9
Total		48	8	56

Tabla 29

*Prueba de Chi2 Paciente Marginado * Posible Trastorno Paciente*

Pruebas de chi-cuadrado					
	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)	Significación exacta (bilateral)	Significación exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	24,028 ^a	1	,000		
Corrección de continuidad	19,202	1	,000		
Razón de verosimilitud	17,934	1	,000		
Prueba exacta de Fisher				,000	,000
Asociación lineal por lineal	23,599	1	,000		
N de casos válidos	56				

a. 1 casillas (25,0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 1,29.

b. Sólo se ha calculado para una tabla 2x2

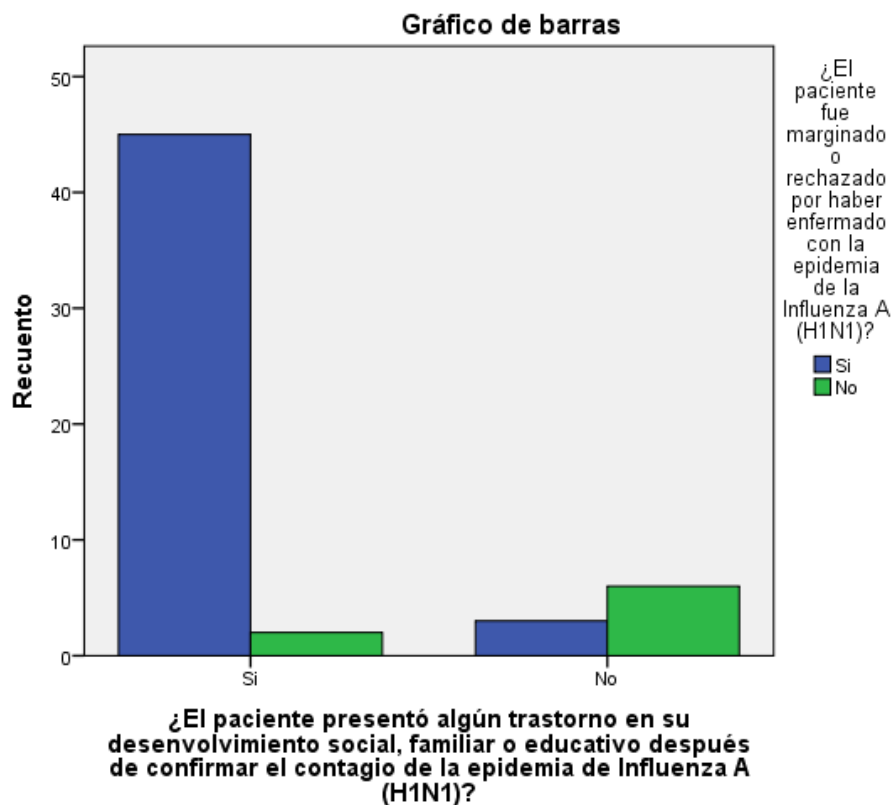


Figura 46 Paciente Marginado * Posible Trastorno Paciente

Análisis

De acuerdo a este cruce de variables podemos observar que 45 de los pacientes que fueron marginados por presentar la epidemia de Influenza A(H1N1) presentaron también algún trastorno en su desenvolvimiento social, familiar y/o educativo. Sin embargo 2 de los pacientes que no fueron marginados también presentaron algún trastorno en su desenvolvimiento social, familiar y/o educativo. Por otro lado 3 pacientes que fueron marginados por estar enfermos con la epidemia de Influenza A(H1N1) no presentaron algún trastorno en su desenvolvimiento social, familiar o educativo.

Tabla 30.*Paciente Marginado * Miedo a lugares abarrotados*

		¿El paciente fue marginado o rechazado por haber enfermado con la epidemia de la Influenza A(H1N1)?		Total
		Si	No	
		¿El paciente siente miedo de asistir a lugares donde hay aglomeración de gente (conciertos, ferias, parques)?	Siempre	
	A veces	1	7	8
	No muy seguido	6	1	7
Total		48	8	56

Tabla 31*Prueba Chi2 Paciente Marginado * Miedo a lugares abarrotados*

Pruebas de chi-cuadrado			
	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	41,854 ^a	2	,000
Razón de verosimilitud	34,163	2	,000
Asociación lineal por lineal	10,058	1	,002
N de casos válidos	56		

a. 2 casillas (33,3%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 1,00.

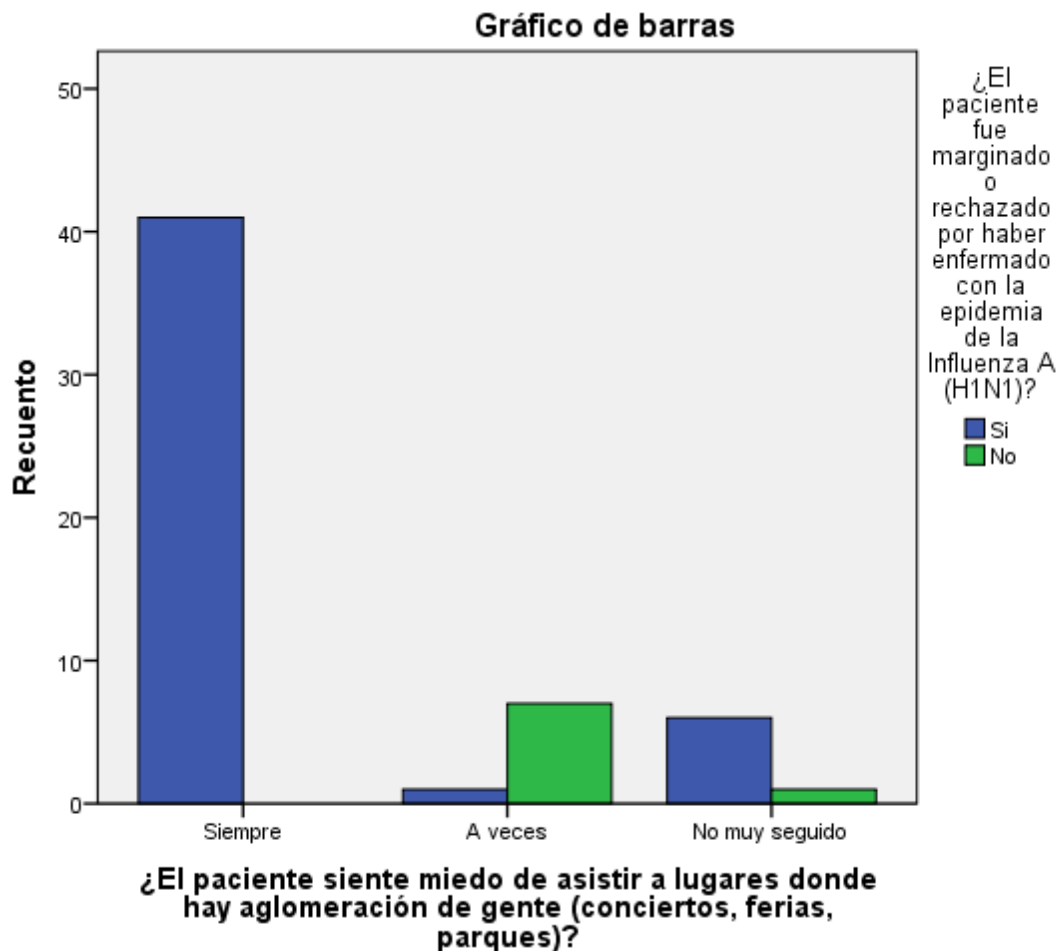


Figura 47 Paciente Marginado * Miedo a lugares abarrotados

Análisis

De acuerdo a este cruce de variables podemos observar que 41 de los pacientes que sí fueron marginados por presentar la epidemia de Influenza A(H1N1) presentaron también miedo extremo a asistir a lugares donde hay aglomeración de gente.

Sin embargo 7 de las pacientes que no fueron marginados también presentaron miedo moderado a asistir a lugares como ferias, conciertos y parques.

Por otro lado 6 pacientes que sí fueron marginados por estar enfermos con la epidemia de Influenza A(H1N1) si presentaron miedo leve a asistir a lugares donde hay aglomeración de gente.

Tabla 32*Paciente Marginado * Miedo a expresar emociones*

Tabla cruzada ¿Considera que el paciente tiene miedo de expresar sus emociones? * ¿El paciente fue marginado o rechazado por haber enfermado con la epidemia de la Influenza A(H1N1)?					
Recuento		¿El paciente fue marginado o rechazado por haber enfermado con la epidemia de la Influenza A(H1N1)?			Total
		Si	No		
¿Considera que el paciente tiene miedo de expresar sus emociones?	Siempre	18	0		18
	A veces	15	0		15
	No muy seguido	14	3		17
	Nunca	1	5		6
Total		48	8		56

Tabla 33*Prueba Chi2 Paciente Marginado * Miedo a expresar emociones*

	Pruebas de chi-cuadrado		Significación asintótica (bilateral)
	Valor	gl	
Chi-cuadrado de Pearson	29,018 ^a	3	,000
Razón de verosimilitud	24,682	3	,000
Asociación lineal por lineal	18,431	1	,000
N de casos válidos	56		

a. 4 casillas (50,0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es ,86.

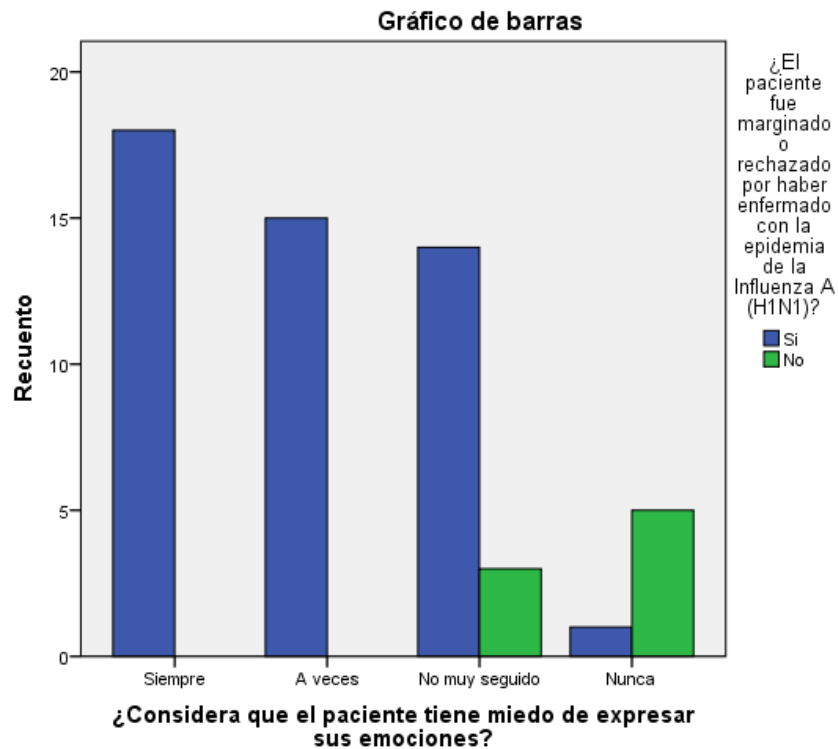


Figura 48 Paciente Marginado * Miedo a expresar emociones

Análisis

De acuerdo a este cruce de variables podemos observar que entre los pacientes que sí fueron marginados por presentar la epidemia de Influenza A(H1N1) se encuentran 18 pacientes que siempre tienen miedo de expresar sus sentimientos, 15 pacientes que solo a veces sienten miedo de expresar sus sentimientos, 14 pacientes que no expresa muy seguido sus sentimientos y apenas un paciente que nunca ha sentido miedo de expresar sus sentimientos a pesar de ser marginado.

Tabla 34*Rechazo paciente vs Consecuencias rechazo*

Pruebas de chi-cuadrado			
	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	56,000 ^a	5	,000
Razón de verosimilitud	45,933	5	,000
Asociación lineal por lineal	20,353	1	,000
N de casos válidos	56		

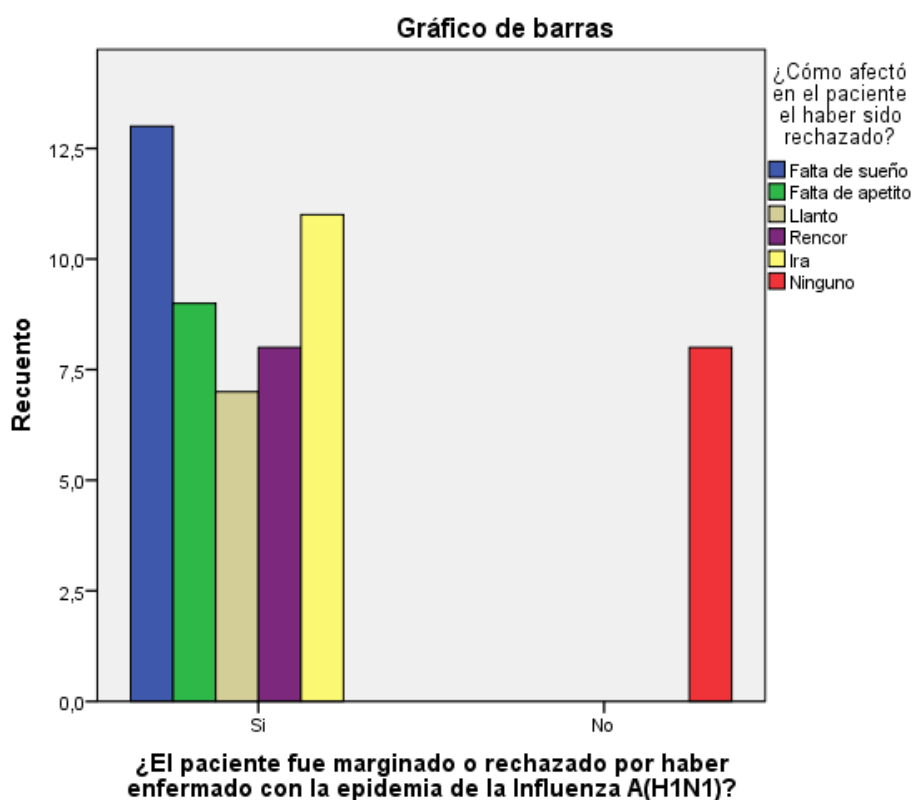
**Figura 49** *Rechazo pacientes vs Consecuencias rechazo*

Tabla cruzada ¿El paciente fue marginado o rechazado por haber enfermado con la epidemia de la Influenza A(H1N1)?^¿Cómo afectó en el paciente el haber sido rechazado?

			¿Cómo afectó en el paciente el haber sido rechazado?					Total	
			Falta de sueño	Falta de apetito	Llanto	Rencor	Ira		Ninguno
¿El paciente fue marginado o rechazado por haber enfermado con la epidemia de la Influenza A(H1N1)?	Si	% dentro de ¿El paciente fue marginado o rechazado por haber enfermado con la epidemia de la Influenza A(H1N1)?	23,2%	16,1%	12,5%	14,3%	19,6%	0,0%	85,7%
	No	% dentro de ¿El paciente fue marginado o rechazado por haber enfermado con la epidemia de la Influenza A(H1N1)?	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	14,3%	14,3%
Total		% dentro de ¿El paciente fue marginado o rechazado por haber enfermado con la epidemia de la Influenza A(H1N1)?	23,2%	16,1%	12,5%	14,3%	19,6%	14,3%	100,0%

Figura 50 Tabla cruzada Rechazo pacientes vs Consecuencias rechazo

Análisis:

El 23,2% de los estudiantes de unidades educativas del Distrito Metropolitano de Quito presentaron falta de sueño como consecuencia de haber sido rechazados o marginados por contraer la epidemia de Influenza A(H1N1). El 19,6% presentó ira como consecuencia de haber sido rechazados o marginados por contraer la epidemia de Influenza A(H1N1), El 16,1% presentó falta de apetito como consecuencia de haber sido rechazados o marginados por contraer la epidemia de Influenza A(H1N1). Sin embargo, el 14,3% de los estudiantes de unidades educativas del Distrito Metropolitano de Quito afirman que no tuvieron ninguna consecuencia ya que no fueron rechazados por contraer la epidemia de Influenza A(H1N1).

Hipótesis: H1: Los estudiantes de Educación General Básica del Distrito Metropolitano de Quito que enfermaron con la epidemia de Influenza A (H1N1) que sí fueron rechazados o marginados tuvieron problemas de sueño.

H0: Los estudiantes de Educación General Básica del Distrito Metropolitano de Quito que enfermaron con la epidemia de Influenza A (H1N1) que sí fueron rechazados o marginados no tuvieron problemas de sueño.

Resultados: $0,00 < 0,05$ Se acepta H1

Tabla 35*Apoyo psicológico vs Miedo a expresarse*

Pruebas de chi-cuadrado			
	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	14,343 ^a	3	,002
Razón de verosimilitud	11,395	3	,010
Asociación lineal por lineal	4,975	1	,026
N de casos válidos	56		

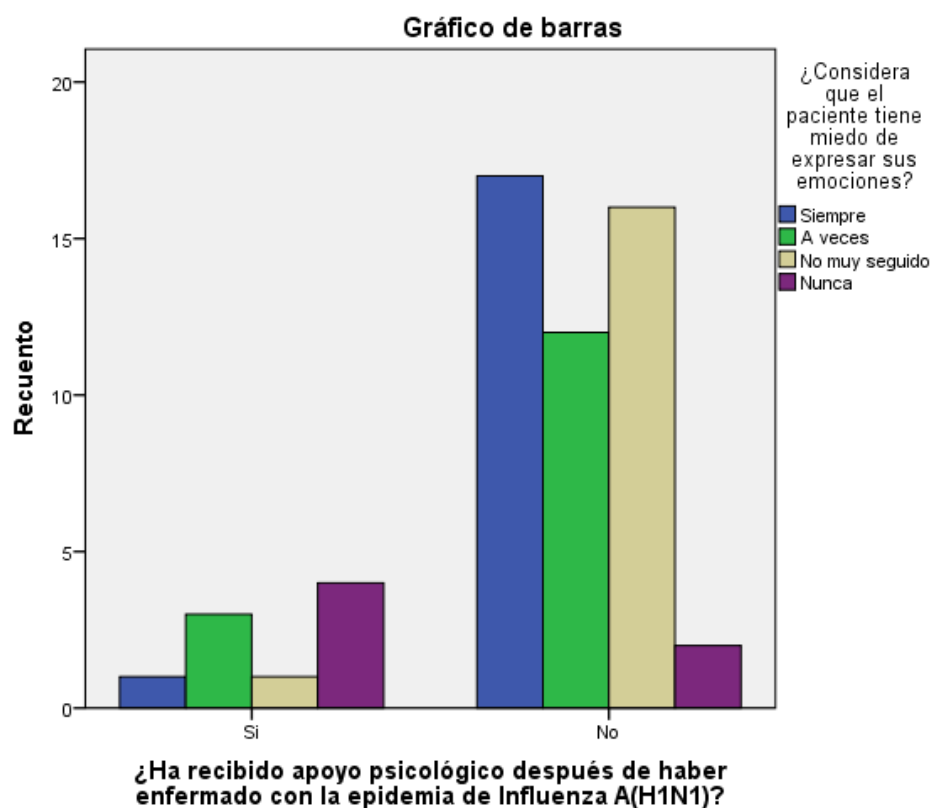
**Figura 51** Apoyo psicológico vs Miedo a expresarse

Tabla cruzada ¿Ha recibido apoyo psicológico después de haber enfermado con la epidemia de Influenza A(H1N1)?*¿Considera que el paciente tiene miedo de expresar sus emociones?

			¿Considera que el paciente tiene miedo de expresar sus emociones?				Total
			Siempre	A veces	No muy seguido	Nunca	
¿Ha recibido apoyo psicológico después de haber enfermado con la epidemia de Influenza A (H1N1)?	Si	% dentro de ¿Ha recibido apoyo psicológico después de haber enfermado con la epidemia de Influenza A (H1N1)?	1,8%	5,4%	1,8%	7,1%	16,1%
	No	% dentro de ¿Ha recibido apoyo psicológico después de haber enfermado con la epidemia de Influenza A (H1N1)?	30,4%	21,4%	28,6%	3,6%	83,9%
Total		% dentro de ¿Ha recibido apoyo psicológico después de haber enfermado con la epidemia de Influenza A (H1N1)?	32,1%	26,8%	30,4%	10,7%	100,0%

Figura 52 Tabla Cruzada Apoyo psicológico vs Miedo a expresarse

Análisis:

El 30,4% de los estudiantes de unidades educativas del Distrito Metropolitano de Quito que no tuvieron ayuda psicológica afirman que siempre tienen miedo de expresar sus sentimientos. Sin embargo, existe un 3,6% de los estudiantes de unidades educativas del Distrito Metropolitano de Quito que a pesar de no recibir ayuda psicológica aseguran que nunca tienen miedo de expresar sus sentimientos.

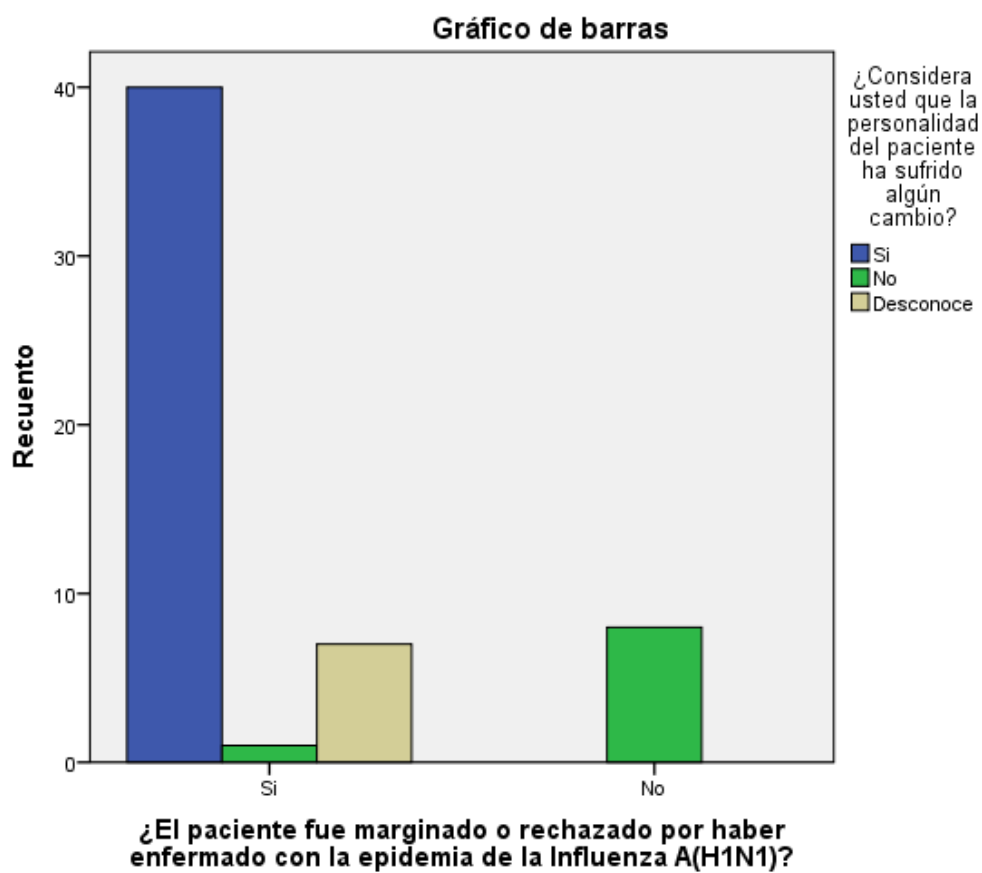
Hipótesis: H1: Los estudiantes de Educación General Básica del Distrito Metropolitano de Quito que enfermaron con la epidemia de Influenza A (H1N1) que no recibieron ayuda psicológica sí tuvieron problemas para expresar sus sentimientos.

H0: Los estudiantes de Educación General Básica del Distrito Metropolitano de Quito que enfermaron con la epidemia de Influenza A (H1N1) que sí recibieron ayuda psicológica no tuvieron problemas para expresar sus sentimientos.

Resultados: $0,002 < 0,05$ Se acepta H1

Tabla 36*Prueba Chi 2 Rechazo pacientes vs Cambio de personalidad*

Pruebas de chi-cuadrado			
	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	48,741 ^a	2	,000
Razón de verosimilitud	39,654	2	,000
Asociación lineal por lineal	6,470	1	,011
N de casos válidos	56		

**Figura 53** Rechazo pacientes vs Cambio de personalidad

**Tabla cruzada ¿El paciente fue marginado o rechazado por haber enfermado con la epidemia de la Influenza A(H1N1)?
*¿Considera usted que la personalidad del paciente ha sufrido algún cambio?**

			¿Considera usted que la personalidad del paciente ha sufrido algún cambio?			Total
			Si	No	Desconoce	
¿El paciente fue marginado o rechazado por haber enfermado con la epidemia de la Influenza A(H1N1)?	Si	% dentro de ¿El paciente fue marginado o rechazado por haber enfermado con la epidemia de la Influenza A(H1N1)?	71,4%	1,8%	12,5%	85,7%
	No	% dentro de ¿El paciente fue marginado o rechazado por haber enfermado con la epidemia de la Influenza A(H1N1)?	0,0%	14,3%	0,0%	14,3%
Total		Recuento % dentro de ¿El paciente fue marginado o rechazado por haber enfermado con la epidemia de la Influenza A(H1N1)?	40 71,4%	9 16,1%	7 12,5%	56 100,0%

Figura 54 Tabla Cruzada Rechazo pacientes vs Cambio de personalidad

4.3.Prueba de Hipótesis

HIPÓTESIS 1:

Los estudiantes de Educación General Básica de las Unidades Educativas del Distrito Metropolitano de Quito, que han sido contagiados con la epidemia de Influenza A(H1N1), presentan trastornos en su desenvolvimiento social, familiar y educativo.

Tabla 37

Trastornos pacientes vs Trastornos presentes

	¿Cuál de los siguientes trastornos presentó el paciente después de confirmar el contagio de la epidemia de Influenza A(H1N1)?	¿Considera que ha bajado su rendimiento académico?	¿Considera que el paciente tiene miedo de expresar sus emociones?
¿El paciente presentó algún trastorno en su desenvolvimiento social, familiar o educativo después de confirmar el contagio de la epidemia de Influenza A (H1N1)?	0,00	0,037	0,041

Tabla 38*Prueba Chi2 Trastornos pacientes vs Trastornos presentes*

Pruebas de chi-cuadrado			
	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	56,000 ^a	4	,000
Razón de verosimilitud	49,375	4	,000
Asociación lineal por lineal	29,084	1	,000
N de casos válidos	56		

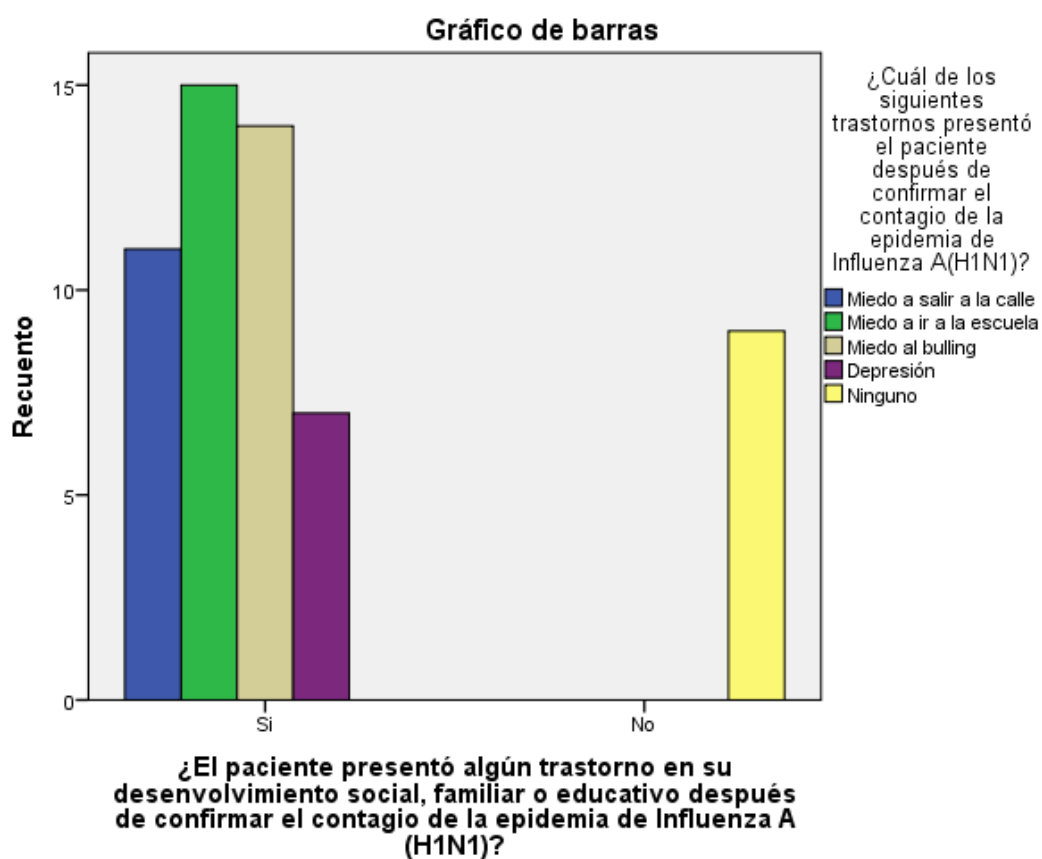
**Figura 55** Trastornos pacientes vs Trastornos presentes

Tabla cruzada ¿El paciente presentó algún trastorno en su desenvolvimiento social, familiar o educativo después de confirmar el contagio de la epidemia de Influenza A(H1N1)?*¿Cuál de los siguientes trastornos presentó el paciente después de confirmar el contagio de la epidemia de Influenza A(H1N1)?

			¿Cuál de los siguientes trastornos presentó el paciente después de confirmar el contagio de la epidemia de Influenza A(H1N1)?					Total
			Miedo a salir a la calle	Miedo a ir a la escuela	Miedo al bullying	Depresión	Ninguno	
¿El paciente presentó algún trastorno en su desenvolvimiento social, familiar o educativo después de confirmar el contagio de la epidemia de Influenza A(H1N1)?	Si	% dentro de ¿El paciente presentó algún trastorno en su desenvolvimiento social, familiar o educativo después de confirmar el contagio de la epidemia de Influenza A(H1N1)?	23,4%	31,9%	29,8%	14,9%	0,0%	100,0%
	No	% dentro de ¿El paciente presentó algún trastorno en su desenvolvimiento social, familiar o educativo después de confirmar el contagio de la epidemia de Influenza A(H1N1)?	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	100,0%	100,0%
Total		% dentro de ¿El paciente presentó algún trastorno en su desenvolvimiento social, familiar o educativo después de confirmar el contagio de la epidemia de Influenza A(H1N1)?	19,6%	26,8%	25,0%	12,5%	16,1%	100,0%

Figura 56 Tabla Cruzada Trastornos pacientes vs Trastornos presentes

Análisis:

El grado de significancia es $0,00 < 0,05$ se rechaza H_0 y se acepta H_1 , por lo que sí existe diferencia significativa entre la media de Si el paciente presentó trastornos y qué trastornos se presentaron.

El miedo a ir a la escuela con 31,9% y el miedo al bullying con el 29,8% son los porcentajes más representativos en cuanto a los trastornos presentes en estudiantes de unidades educativas del Distrito Metropolitano de Quito que afirmaron haber tenido algún trastorno por contraer la epidemia de Influenza A(H1N1). La depresión con el 14,9% representa el porcentaje con menor representación, pero sigue siendo alarmante ya que la depresión puede ser un trastorno peligroso y silencioso si no se trata a tiempo y mediante la ayuda de profesionales.

Hipótesis: Los estudiantes de Educación General Básica de las Unidades Educativas del Distrito Metropolitano de Quito, que han sido contagiados con la epidemia de Influenza A(H1N1), presentan trastornos en su desenvolvimiento social, familiar y educativo.

Hipótesis: H_1 : Los estudiantes de Educación General Básica del Distrito Metropolitano de Quito que enfermaron con la epidemia de Influenza A (H1N1) que sí sufrieron un trastorno en su desenvolvimiento social, familiar o educativo afirman que sí tienen miedo de asistir a la escuela.

H_0 : Los estudiantes de Educación General Básica del Distrito Metropolitano de Quito que enfermaron con la epidemia de Influenza A (H1N1) que sí sufrieron un trastorno en su desenvolvimiento social, familiar o educativo afirman que no tienen miedo de asistir a la escuela.

Resultados: $0,00 < 0,05$ Se acepta H_1

Tabla 39*Trastornos pacientes vs Rendimiento académico*

Pruebas de chi-cuadrado			
	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	6,575 ^a	2	,037
Razón de verosimilitud	5,615	2	,060
Asociación lineal por lineal	1,901	1	,168
N de casos válidos	56		

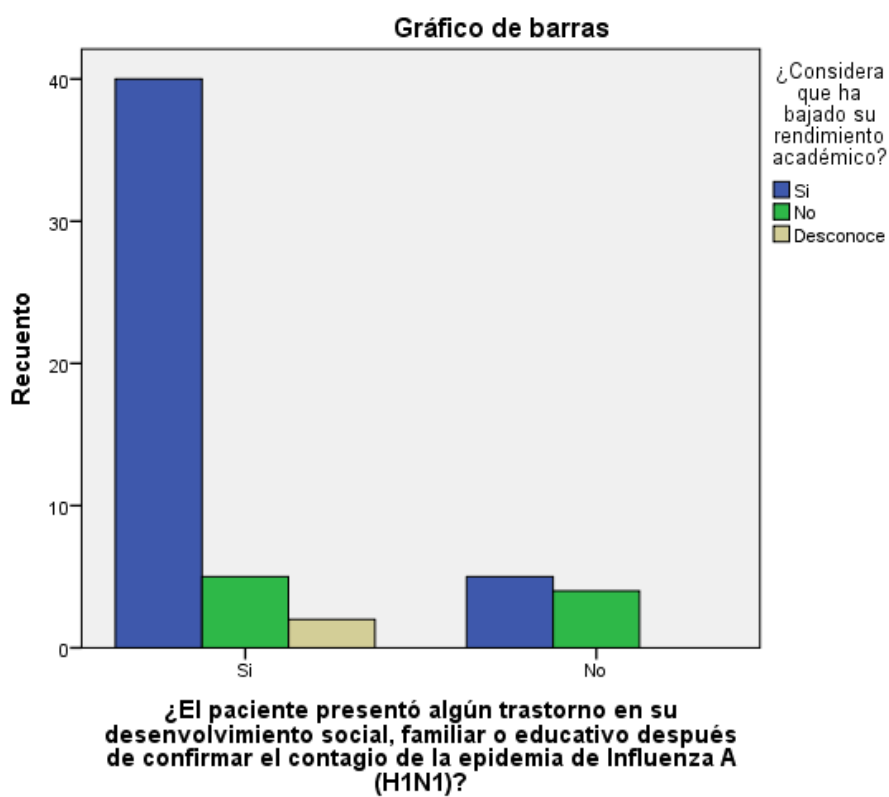
**Figura 57** Trastornos pacientes vs Rendimiento académico

Tabla cruzada ¿El paciente presentó algún trastorno en su desenvolvimiento social, familiar o educativo después de confirmar el contagio de la epidemia de Influenza A(H1N1)?*¿Considera que ha bajado su rendimiento académico?

			¿Considera que ha bajado su rendimiento académico?			Total
			Si	No	Desconoce	
¿El paciente presentó algún trastorno en su desenvolvimiento social, familiar o educativo después de confirmar el contagio de la epidemia de Influenza A(H1N1)?	Si	% dentro de ¿El paciente presentó algún trastorno en su desenvolvimiento social, familiar o educativo después de confirmar el contagio de la epidemia de Influenza A(H1N1)?	85,1%	10,6%	4,3%	100,0%
	No	% dentro de ¿El paciente presentó algún trastorno en su desenvolvimiento social, familiar o educativo después de confirmar el contagio de la epidemia de Influenza A(H1N1)?	55,6%	44,4%	0,0%	100,0%
Total		% dentro de ¿El paciente presentó algún trastorno en su desenvolvimiento social, familiar o educativo después de confirmar el contagio de la epidemia de Influenza A(H1N1)?	80,4%	16,1%	3,6%	100,0%

Figura 58 Tabla Cruzada Trastornos pacientes vs Rendimiento académico

Análisis:

El grado de significancia es $0,037 < 0,05$ se rechaza H_0 y se acepta H_1 , por lo que sí existe diferencia significativa entre la media de Si el paciente presentó trastornos y si ha presentado un rendimiento académico bajo.

El 85,1% de los estudiantes de unidades educativas del Distrito Metropolitano de Quito que afirmaron haber tenido algún trastorno por contraer la epidemia de Influenza A(H1N1), presentaron un bajo rendimiento académico. Sin embargo, un 55,6% de los estudiantes de unidades educativas del Distrito Metropolitano de Quito que no tuvieron ningún trastorno social, familiar o educativo también presentaron un bajo rendimiento académico.

Hipótesis: Los estudiantes de Educación General Básica de las Unidades Educativas del Distrito Metropolitano de Quito, que han sido contagiados con la epidemia de Influenza A(H1N1), presentan trastornos en su desenvolvimiento social, familiar y educativo.

Hipótesis: H_1 : Los estudiantes de Educación General Básica del Distrito Metropolitano de Quito que enfermaron con la epidemia de Influenza A (H1N1) que sí sufrieron un trastorno en su desenvolvimiento social, familiar o educativo afirman que sí tienen bajo rendimiento académico.

H_0 : Los estudiantes de Educación General Básica del Distrito Metropolitano de Quito que enfermaron con la epidemia de Influenza A (H1N1) que sí sufrieron un trastorno en su desenvolvimiento social, familiar o educativo afirman que no tienen bajo rendimiento académico.

Resultados: $0,037 < 0,05$ Se acepta H_1

Tabla 40*Trastornos pacientes vs Miedo a expresarse*

Pruebas de chi-cuadrado			
	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	8,281 ^a	3	,041
Razón de verosimilitud	7,435	3	,059
Asociación lineal por lineal	6,700	1	,010
N de casos válidos	56		

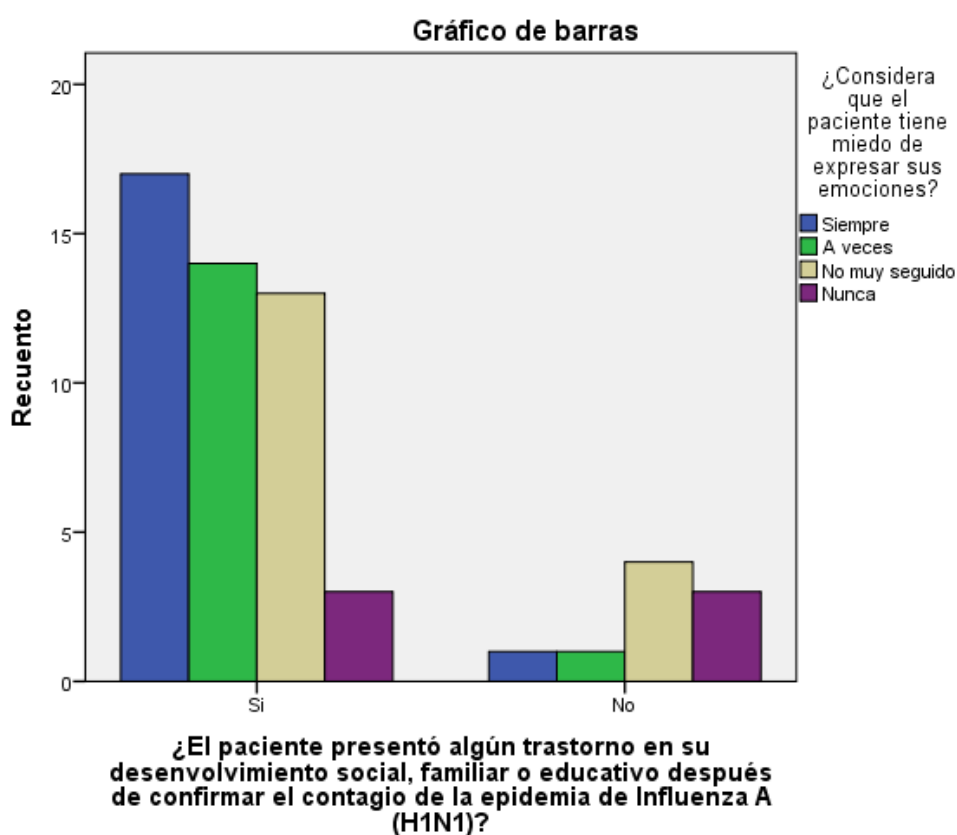
**Figura 59** Trastornos pacientes vs Miedo a expresarse

Tabla cruzada ¿El paciente presentó algún trastorno en su desenvolvimiento social, familiar o educativo después de confirmar el contagio de la epidemia de Influenza A(H1N1)?*¿Considera que el paciente tiene miedo de expresar sus emociones?

			¿Considera que el paciente tiene miedo de expresar sus emociones?				Total
			Siempre	A veces	No muy seguido	Nunca	
¿El paciente presentó algún trastorno en su desenvolvimiento social, familiar o educativo después de confirmar el contagio de la epidemia de Influenza A(H1N1)?	Si	% dentro de ¿El paciente presentó algún trastorno en su desenvolvimiento social, familiar o educativo después de confirmar el contagio de la epidemia de Influenza A(H1N1)?	30,4%	25,0%	23,2%	5,4%	83,9%
	No	% dentro de ¿El paciente presentó algún trastorno en su desenvolvimiento social, familiar o educativo después de confirmar el contagio de la epidemia de Influenza A(H1N1)?	1,8%	1,8%	7,1%	5,4%	16,1%
Total		% dentro de ¿El paciente presentó algún trastorno en su desenvolvimiento social, familiar o educativo después de confirmar el contagio de la epidemia de Influenza A(H1N1)?	32,1%	26,8%	30,4%	10,7%	100,0%

Figura 60 Tabla Cruzada Trastornos pacientes vs Miedo a expresarse

Análisis:

El grado de significancia es $0,041 < 0,05$ se rechaza H_0 y se acepta H_1 , por lo que sí existe diferencia significativa entre la media de Si el paciente presentó trastornos y si consideran que se presenta miedo al momento de expresar las emociones a los demás.

El 30,4% de los estudiantes de unidades educativas del Distrito Metropolitano de Quito que presentaron algún trastorno por contraer la epidemia de Influenza A(H1N1), afirman que siempre tiene miedo de expresar sus sentimientos. Sin embargo, un 5,4% de los estudiantes de unidades educativas del Distrito Metropolitano de Quito que sí tuvieron un trastorno social, familiar o educativo afirman que nunca tienen miedo de expresar sus sentimientos.

Hipótesis: Los estudiantes de Educación General Básica de las Unidades Educativas del Distrito Metropolitano de Quito, que han sido contagiados con la epidemia de Influenza A(H1N1), presentan trastornos en su desenvolvimiento social, familiar y educativo.

Hipótesis: H_1 : Los estudiantes de Educación General Básica del Distrito Metropolitano de Quito que enfermaron con la epidemia de Influenza A (H1N1) que sí sufrieron un trastorno en su desenvolvimiento social, familiar o educativo afirman que siempre tienen miedo de expresar sus sentimientos.

H_0 : Los estudiantes de Educación General Básica del Distrito Metropolitano de Quito que enfermaron con la epidemia de Influenza A (H1N1) que sí sufrieron un trastorno en su desenvolvimiento social, familiar o educativo afirman que nunca tienen miedo de expresar sus sentimientos.

Resultados: $0,041 < 0,05$ Se acepta H_1

HIPÓTESIS 2:

Los estudiantes de Educación General Básica del Distrito Metropolitano de Quito que enfermaron con la epidemia de Influenza A (H1N1) y sus familiares sí poseen información adecuada acerca de la epidemia de Influenza A(H1N1).

Tabla 41

Información Influenza vs Medio de información

	¿Por qué medio recibió usted información sobre la Influenza A (H1N1)?	¿El departamento médico de la Unidad Educativa a la cual asiste el paciente cuenta con algún plan de acción frente al posible contagio de la epidemia de Influenza A (H1N1)?	¿La Unidad Educativa a la cual asiste el paciente cuenta con algún plan de contingencia en caso de sospechar la existencia de pacientes enfermos con la epidemia de Influenza A (H1N1)?
¿Le informaron o conocía usted qué es la Influenza A(H1N1), previo al contagio del paciente?	0,00	0,00	0,002

Tabla 42

Prueba Chi² Información Influenza vs Medio de información

	Pruebas de chi-cuadrado		
	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	56,000 ^a	7	,000
Razón de verosimilitud	45,933	7	,000
Asociación lineal por lineal	20,879	1	,000
N de casos válidos	56		

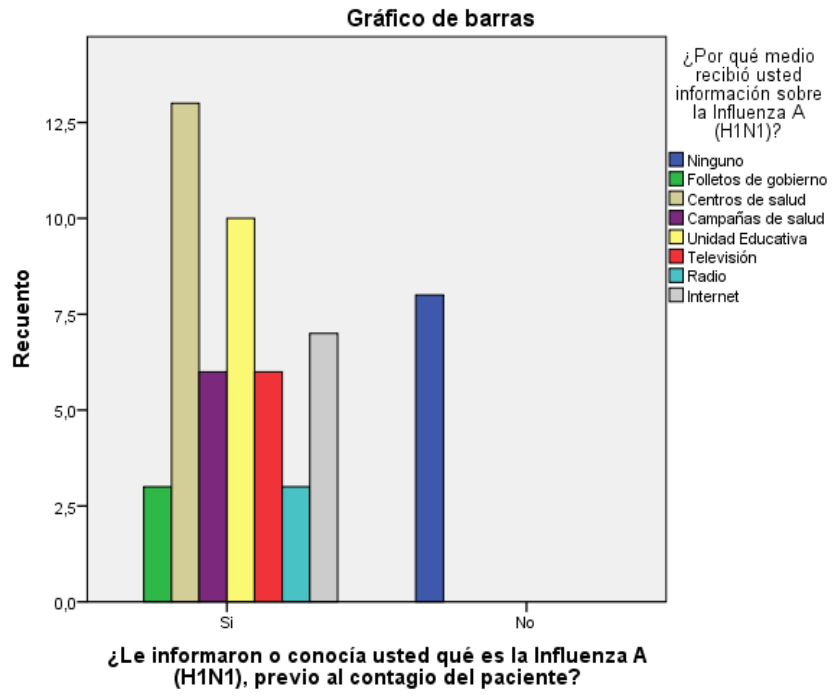


Figura 61 Información Influenza vs Medio de información

Tabla cruzada ¿Le informaron o conocía usted qué es la Influenza A(H1N1), previo al contagio del paciente? ¿Por qué medio recibió usted información sobre la Influenza A(H1N1)?

			¿Por qué medio recibió usted información sobre la Influenza A(H1N1)?							Total	
			Ninguno	Folletos de gobierno	Centros de salud	Campañas de salud	Unidad Educativa	Televisión	Radio		Internet
¿Le informaron o conocía usted qué es la Influenza A(H1N1), previo al contagio del paciente?	Si	% dentro de ¿Le informaron o conocía usted qué es la Influenza A(H1N1), previo al contagio del paciente?	0,0%	5,4%	23,2%	10,7%	17,9%	10,7%	5,4%	12,5%	85,7%
	No	% dentro de ¿Le informaron o conocía usted qué es la Influenza A(H1N1), previo al contagio del paciente?	14,3%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	14,3%
Total		% dentro de ¿Le informaron o conocía usted qué es la Influenza A(H1N1), previo al contagio del paciente?	14,3%	5,4%	23,2%	10,7%	17,9%	10,7%	5,4%	12,5%	100,0%

Figura 62 Tabla Cruzada Información Influenza vs Medio de información

Análisis:

El grado de significancia es $0,00 < 0,05$ se rechaza H_0 y se acepta H_1 , por lo que sí existe diferencia significativa entre la media de Si el paciente tenía información y mediante qué medios recibió información.

El 17,9% de los estudiantes que enfermaron con la epidemia de Influenza A(H1N1) afirman que recibieron información adecuada acerca de la influenza A(H1N1) en las unidades educativas a las cuales asisten. Sin embargo, el 14,3% de los estudiantes aseguran que no recibieron información por ningún medio de comunicación, institución de salud o unidad educativa.

Hipótesis: Los estudiantes de Educación General Básica del Distrito Metropolitano de Quito que enfermaron con la epidemia de Influenza A (H1N1) y sus familiares sí poseen información adecuada acerca de la epidemia de Influenza A(H1N1).

Hipótesis: H_1 : Los estudiantes de Educación General Básica del Distrito Metropolitano de Quito que enfermaron con la epidemia de Influenza A (H1N1) sí recibieron información adecuada.

H_0 : Los estudiantes de Educación General Básica del Distrito Metropolitano de Quito que enfermaron con la epidemia de Influenza A (H1N1) no recibieron información adecuada.

Resultados: $0,00 < 0,05$ Se acepta H_1

Tabla 43*Información Influenza vs Planificación Departamento médico*

<i>Pruebas de chi-cuadrado</i>			
	<i>Valor</i>	<i>gl</i>	<i>Significación asintótica (bilateral)</i>
<i>Chi-cuadrado de Pearson</i>	19,704 ^a	2	,000
<i>Razón de verosimilitud</i>	21,202	2	,000
<i>Asociación lineal por lineal</i>	17,563	1	,000
<i>N de casos válidos</i>	56		

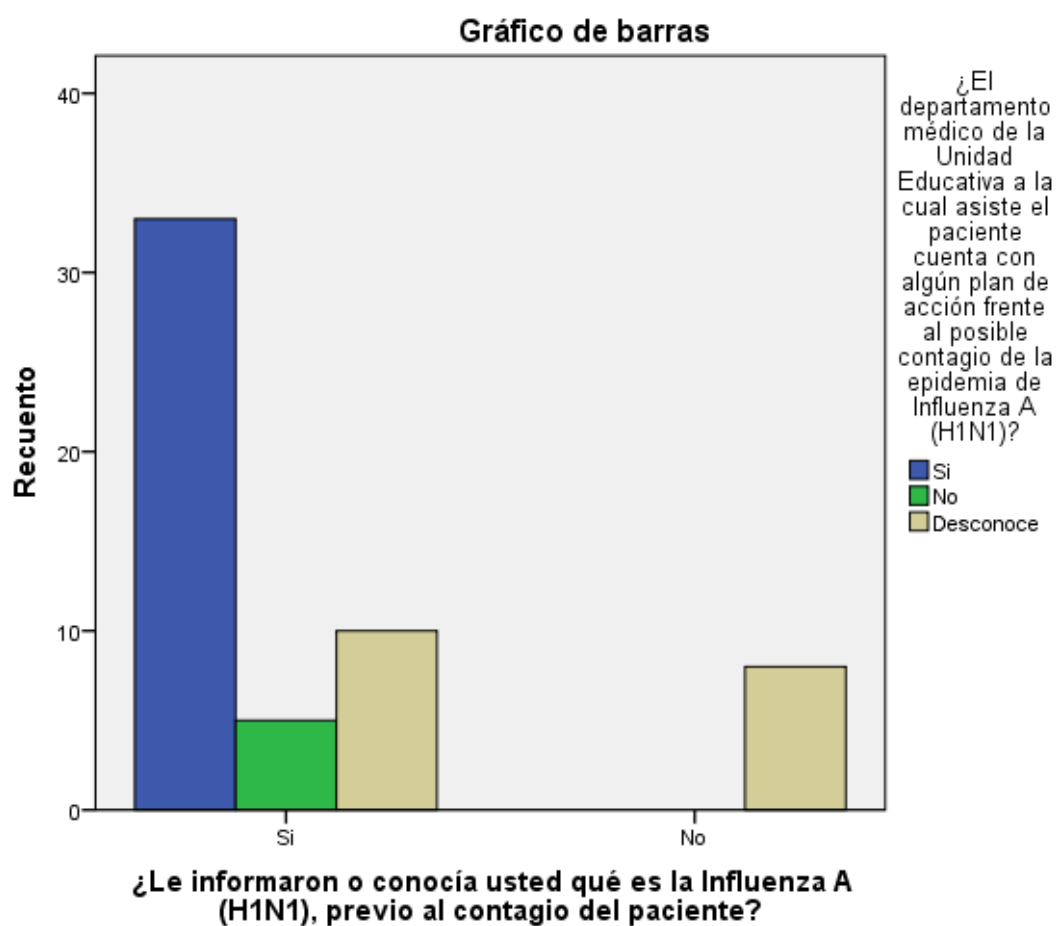
**Figura 63** Información Influenza vs Planificación Departamento médico

Tabla cruzada ¿Le informaron o conocía usted qué es la Influenza A(H1N1), previo al contagio del paciente?^¿El departamento médico de la Unidad Educativa a la cual asiste el paciente cuenta con algún plan de acción frente al posible contagio de la epidemia de Influenza A(H1N1)?

			¿El departamento médico de la Unidad Educativa a la cual asiste el paciente cuenta con algún plan de acción frente al posible contagio de la epidemia de Influenza A(H1N1)?			Total
			Si	No	Desconoce	
¿Le informaron o conocía usted qué es la Influenza A(H1N1), previo al contagio del paciente?	Si	% dentro de ¿Le informaron o conocía usted qué es la Influenza A(H1N1), previo al contagio del paciente?	58,9%	8,9%	17,9%	85,7%
	No	% dentro de ¿Le informaron o conocía usted qué es la Influenza A(H1N1), previo al contagio del paciente?	0,0%	0,0%	14,3%	14,3%
Total		% dentro de ¿Le informaron o conocía usted qué es la Influenza A(H1N1), previo al contagio del paciente?	58,9%	8,9%	32,1%	100,0%

Figura 64 Información Influenza vs Planificación Departamento médico

Análisis:

El grado de significancia es $0,00 < 0,05$ se rechaza H_0 y se acepta H_1 , por lo que sí existe diferencia significativa entre la media de Si el paciente tenía información y la existencia de un plan de acción del departamento médico de la institución.

El 58,9% de los estudiantes que enfermaron con la epidemia de Influenza A(H1N1) que sí tenían información adecuada acerca de la influenza A(H1N1) afirman que los departamentos médicos de las unidades educativas a las cuales asisten sí cuentan con planes de acción en caso de sospecha o confirmación de la existencia de pacientes de la epidemia de influenza A(H1N1). Sin embargo, el 14,3% de los estudiantes que no recibieron información por ningún medio de comunicación, institución de salud o unidad educativa aseguraron que los departamentos médicos no cuentan con planes de acción en caso de sospecha o confirmación de la existencia de pacientes de la epidemia de influenza A(H1N1).

Hipótesis: Los estudiantes de Educación General Básica del Distrito Metropolitano de Quito que enfermaron con la epidemia de Influenza A (H1N1) y sus familiares sí poseen información adecuada acerca de la epidemia de Influenza A(H1N1).

Hipótesis: H_0 : Los departamentos médicos de las Unidades Educativas de Educación General Básica del Distrito Metropolitano de Quito no cuentan con planes de acción en caso de sospecha o confirmación de la existencia de pacientes de la epidemia de influenza A(H1N1).

H_1 : Los departamentos médicos de las Unidades Educativas de Educación General Básica del Distrito Metropolitano de Quito sí cuentan con planes de acción en caso de sospecha o confirmación de la existencia de pacientes de la epidemia de influenza A(H1N1).

Resultados: $0,00 < 0,05$ Se rechaza H_0 y se acepta H_1

Tabla 44*Información Influenza vs Planificación Unidad Educativa*

Pruebas de chi-cuadrado			
	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	12,444 ^a	2	,002
Razón de verosimilitud	15,380	2	,000
Asociación lineal por lineal	10,858	1	,001
N de casos válidos	56		

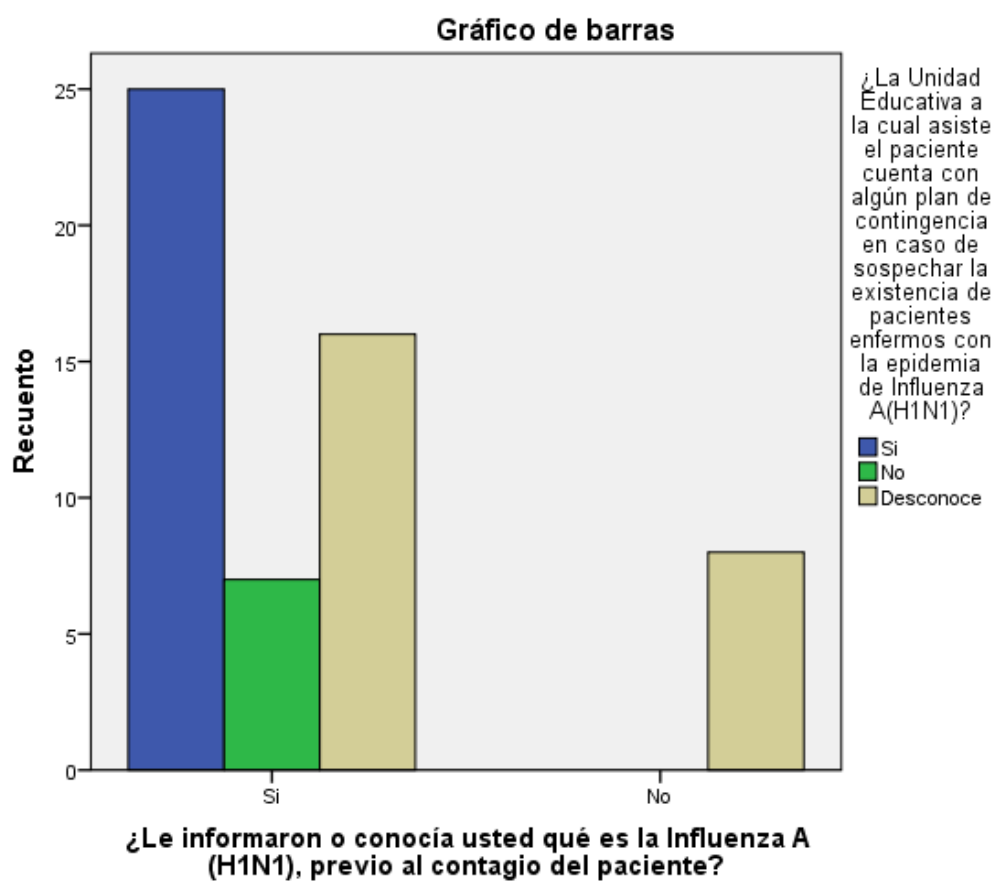
**Figura 65** Información Influenza vs Planificación Unidad Educativa

Tabla cruzada ¿Le informaron o conocía usted qué es la Influenza A(H1N1), previo al contagio del paciente? ¿La Unidad Educativa a la cual asiste el paciente cuenta con algún plan de contingencia en caso de sospechar la existencia de pacientes enfermos con la epidemia de Influenza A(H1N1)?

			¿La Unidad Educativa a la cual asiste el paciente cuenta con algún plan de contingencia en caso de sospechar la existencia de pacientes enfermos con la epidemia de Influenza A (H1N1)?			Total
			Si	No	Desconoce	
¿Le informaron o conocía usted qué es la Influenza A(H1N1), previo al contagio del paciente?	Si	% dentro de ¿Le informaron o conocía usted qué es la Influenza A(H1N1), previo al contagio del paciente?	44,6%	12,5%	28,6%	85,7%
	No	% dentro de ¿Le informaron o conocía usted qué es la Influenza A(H1N1), previo al contagio del paciente?	0,0%	0,0%	14,3%	14,3%
Total		% dentro de ¿Le informaron o conocía usted qué es la Influenza A(H1N1), previo al contagio del paciente?	44,6%	12,5%	42,9%	100,0%

Figura 66 Tabla Cruzada Información Influenza vs Planificación Unidad Educativa

Análisis:

El grado de significancia es $0,002 < 0,05$ se rechaza H_0 y se acepta H_1 , por lo que sí existe diferencia significativa entre la media de Si el paciente tenía información y la existencia de un plan de contingencia de la unidad educativa.

El 44,6% de los estudiantes que enfermaron con la epidemia de Influenza A(H1N1) que sí tenían información adecuada acerca de la influenza A(H1N1) afirman que las unidades educativas a las cuales asisten sí cuentan con planes de contingencia en caso de sospecha o confirmación de la existencia de pacientes de la epidemia de influenza A(H1N1). Sin embargo, el 14,3% de los estudiantes que no recibieron información por ningún medio de comunicación, institución de salud o unidad educativa aseguraron que las unidades educativas a las cuales asisten no cuentan con planes de contingencia en caso de sospecha o confirmación de la existencia de pacientes de la epidemia de influenza A(H1N1).

Hipótesis: Los estudiantes de Educación General Básica del Distrito Metropolitano de Quito que enfermaron con la epidemia de Influenza A (H1N1) y sus familiares sí poseen información adecuada acerca de la epidemia de Influenza A(H1N1).

Hipótesis: H_1 : Las Unidades Educativas de Educación General Básica del Distrito Metropolitano de Quito si cuentan con planes de contingencia en caso de sospecha o confirmación de la existencia de pacientes de la epidemia de influenza A(H1N1).

H_0 : Las Unidades Educativas de Educación General Básica del Distrito Metropolitano de Quito no cuentan con planes de contingencia en caso de sospecha o confirmación de la existencia de pacientes de la epidemia de influenza A(H1N1).

Resultados: $0,002 < 0,05$ Se acepta H_0

HIPÓTESIS 3:

Las personas que han enfermado con la epidemia de Influenza A (H1N1) sienten temor de salir a lugares públicos.

Tabla 45*Rechazo paciente vs Miedo de paciente*

Pruebas de chi-cuadrado			
	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	41,854 ^a	2	,000
Razón de verosimilitud	34,163	2	,000
Asociación lineal por lineal	10,058	1	,002
N de casos válidos	56		

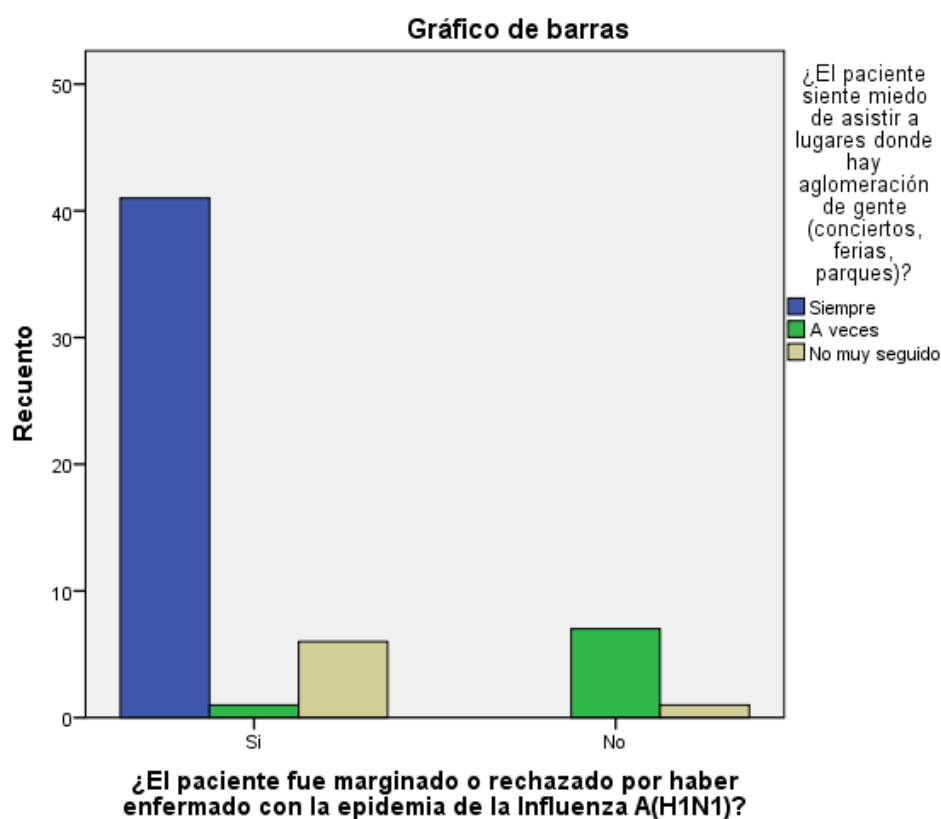
**Figura 67** Rechazo paciente vs Miedo de paciente

Tabla cruzada ¿El paciente fue marginado o rechazado por haber enfermado con la epidemia de la Influenza A(H1N1)? ¿El paciente siente miedo de asistir a lugares donde hay aglomeración de gente (conciertos, ferias, parques)?

			¿El paciente siente miedo de asistir a lugares donde hay aglomeración de gente (conciertos, ferias, parques)?			Total
			Siempre	A veces	No muy seguido	
¿El paciente fue marginado o rechazado por haber enfermado con la epidemia de la Influenza A(H1N1)?	Si	% dentro de ¿El paciente fue marginado o rechazado por haber enfermado con la epidemia de la Influenza A(H1N1)?	73,2%	1,8%	10,7%	85,7%
	No	% dentro de ¿El paciente fue marginado o rechazado por haber enfermado con la epidemia de la Influenza A(H1N1)?	0,0%	12,5%	1,8%	14,3%
Total		% dentro de ¿El paciente fue marginado o rechazado por haber enfermado con la epidemia de la Influenza A(H1N1)?	73,2%	14,3%	12,5%	100,0%

Figura 68 Tabla Cruzada Rechazo paciente vs Miedo de paciente

Análisis:

El grado de significancia es $0,00 < 0,05$ se rechaza H_0 y se acepta H_1 , por lo que sí existe diferencia significativa entre la media de Si el paciente fue marginado y si el paciente siente miedo de asistir a lugares públicos.

El 73,2% de los estudiantes que sí fueron rechazados o marginados por enfermarse de la epidemia de influenza A(H1N1) afirman que siempre presentan miedo de asistir a lugares donde hay aglomeración de personas. Sin embargo, el 12,5% de los estudiantes que no fueron rechazados o marginados por enfermarse de la epidemia de influenza A(H1N1) aseguran que solo a veces presentan miedo de asistir a lugares donde hay aglomeración de personas.

Hipótesis: Las personas que han enfermado con la epidemia de Influenza A (H1N1) sienten temor de salir a lugares públicos.

Hipótesis: H_1 : Los estudiantes de Educación General Básica del Distrito Metropolitano de Quito sí sienten miedo de salir a lugares donde existe conglomeración de personas.

H_0 : Los estudiantes de Educación General Básica del Distrito Metropolitano de Quito no sienten miedo de salir a lugares donde existe conglomeración de personas.

Resultados: $0,00 < 0,05$ Se acepta H_1

HIPÓTESIS 4:

Los estudiantes de Educación General Básica del Distrito Metropolitano de Quito que enfermaron con la epidemia de Influenza A (H1N1) son rechazados o marginados por sus familiares

Tabla 46*Rechazo paciente vs Rechazo familia*

Pruebas de chi-cuadrado			
	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	35,329 ^a	2	,000
Razón de verosimilitud	26,996	2	,000
Asociación lineal por lineal	5,108	1	,024
N de casos válidos	56		

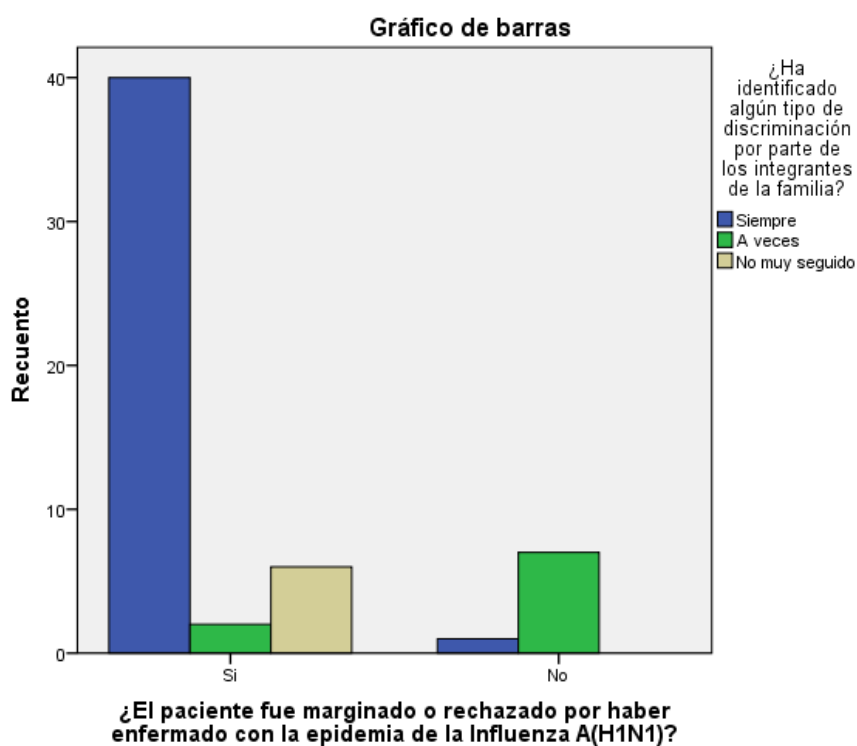
**Figura 69** Rechazo paciente vs Rechazo familia

Tabla cruzada ¿El paciente fue marginado o rechazado por haber enfermado con la epidemia de la Influenza A(H1N1)?*¿Ha identificado algún tipo de discriminación por parte de los integrantes de la familia?

			¿Ha identificado algún tipo de discriminación por parte de los integrantes de la familia?			Total
			Siempre	A veces	No muy seguido	
¿El paciente fue marginado o rechazado por haber enfermado con la epidemia de la Influenza A(H1N1)?	Si	% dentro de ¿El paciente fue marginado o rechazado por haber enfermado con la epidemia de la Influenza A(H1N1)?	71,4%	3,6%	10,7%	85,7%
	No	% dentro de ¿El paciente fue marginado o rechazado por haber enfermado con la epidemia de la Influenza A(H1N1)?	1,8%	12,5%	0,0%	14,3%
Total		% dentro de ¿El paciente fue marginado o rechazado por haber enfermado con la epidemia de la Influenza A(H1N1)?	73,2%	16,1%	10,7%	100,0%

Figura 70 Tabla Cruzada Rechazo paciente vs Rechazo familia

Análisis:

El grado de significancia es $0,00 < 0,05$ se rechaza H_0 y se acepta H_1 , por lo que sí existe diferencia significativa entre la media de Si el paciente fue marginado y si la familia marginó al paciente.

El 71,4% de los estudiantes que sí fueron rechazados o marginados por enfermar de la epidemia de influenza A(H1N1) afirman que siempre son rechazados o marginados por sus familiares. Sin embargo, el 1,8% de los estudiantes que no percibieron un rechazo por enfermar de la epidemia de influenza A(H1N1) aseguran que solo a veces son rechazados o marginados por sus familiares.

Hipótesis: Los estudiantes de Educación General Básica del Distrito Metropolitano de Quito que enfermaron con la epidemia de Influenza A (H1N1) son rechazados o marginados por sus familiares

Hipótesis: H_1 : Los estudiantes de Educación General Básica del Distrito Metropolitano de Quito que enfermaron con la epidemia de Influenza A(H1N1) sienten que sí son rechazados o marginados por su familia.

H_0 : Los estudiantes de Educación General Básica del Distrito Metropolitano de Quito que enfermaron con la epidemia de Influenza A(H1N1) sienten que no son rechazados o marginados por su familia.

Resultados: $0,00 < 0,05$ Se acepta H_1

Tabla 47*Información previa * Medios de información*

Tabla cruzada ¿Le informaron o conocía usted qué es la Influenza A(H1N1), previo al contagio del paciente? *¿Por qué medio recibió usted información sobre la Influenza A(H1N1)?

		¿Por qué medio recibió usted información sobre la Influenza A(H1N1)?								Total
		Ninguno	Folleto de gobierno	Centros de salud	Campañas de salud	Unidad Educativa	Televisión	Radio	Internet	
¿Le informaron o conocía usted qué es la Influenza A(H1N1), previo al contagio del paciente?	Si	0	3	13	6	10	6	3	7	48
	No	8	0	0	0	0	0	0	0	8
Total		8	3	13	6	10	6	3	7	56

Tabla 48*Prueba Chi2 Información previa * Medios de información*

	Pruebas de chi-cuadrado		
	Valor	Gl	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	56,000 ^a	7	,000
Razón de verosimilitud	45,933	7	,000
Asociación lineal por lineal	20,879	1	,000
N de casos válidos	56		

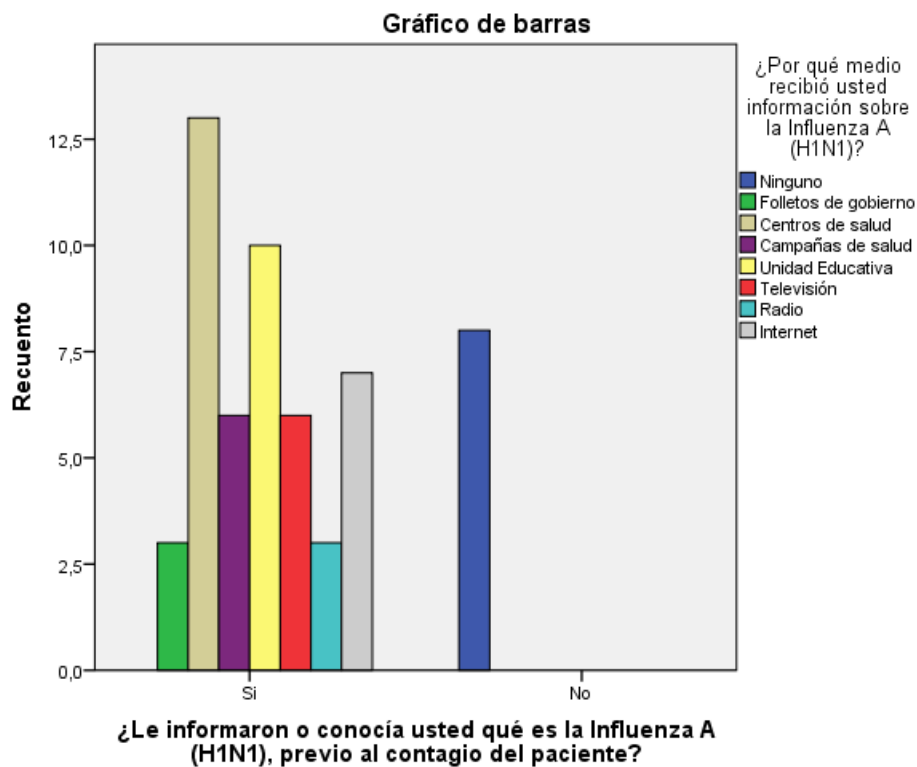


Figura 71 Información previa * Medios de información

Análisis:

De acuerdo a este cruce de variables podemos observar que entre los pacientes que sí tenían información de la epidemia de Influenza A(H1N1) se encuentran 3 personas que se han informado mediante folletos de gobierno, 13 personas mediante centros de salud, 6 personas mediante campañas de salud, 10 personas por medio de unidades educativas, 6 personas mediante televisión, 3 personas mediante radio y 7 personas mediante el internet. Pudiendo concluir que los medios de información más efectivos son los centros de salud y las instituciones educativas.

Tabla 49*Possible trastorno social * Trastornos sociales*

Tabla cruzada ¿El paciente presentó algún trastorno en su desenvolvimiento social, familiar o educativo después de confirmar el contagio de la epidemia de Influenza A(H1N1)?*¿Cuál de los siguientes trastornos presentó el paciente después de confirmar el contagio de la epidemia de Influenza A(H1N1)?

		¿Cuál de los siguientes trastornos presentó el paciente después de confirmar el contagio de la epidemia de Influenza A(H1N1)?					Total
		Miedo a salir a la calle	Miedo a ir a la escuela	Miedo al bullying	Depresión	Ninguno	
¿El paciente presentó algún trastorno en su desenvolvimiento social, familiar o educativo después de confirmar el contagio de la epidemia de Influenza A(H1N1)?	Si	11	15	14	7	0	47
	No	0	0	0	0	9	9
Total		11	15	14	7	9	56

Tabla 50*Prueba Chi2 Possible trastorno social * Trastornos sociales*

	Pruebas de chi-cuadrado			Significación asintótica (bilateral)
	Valor	gl		
Chi-cuadrado de Pearson	56,000 ^a	4		,000
Razón de verosimilitud	49,375	4		,000
Asociación lineal por lineal	29,084	1		,000
N de casos válidos	56			

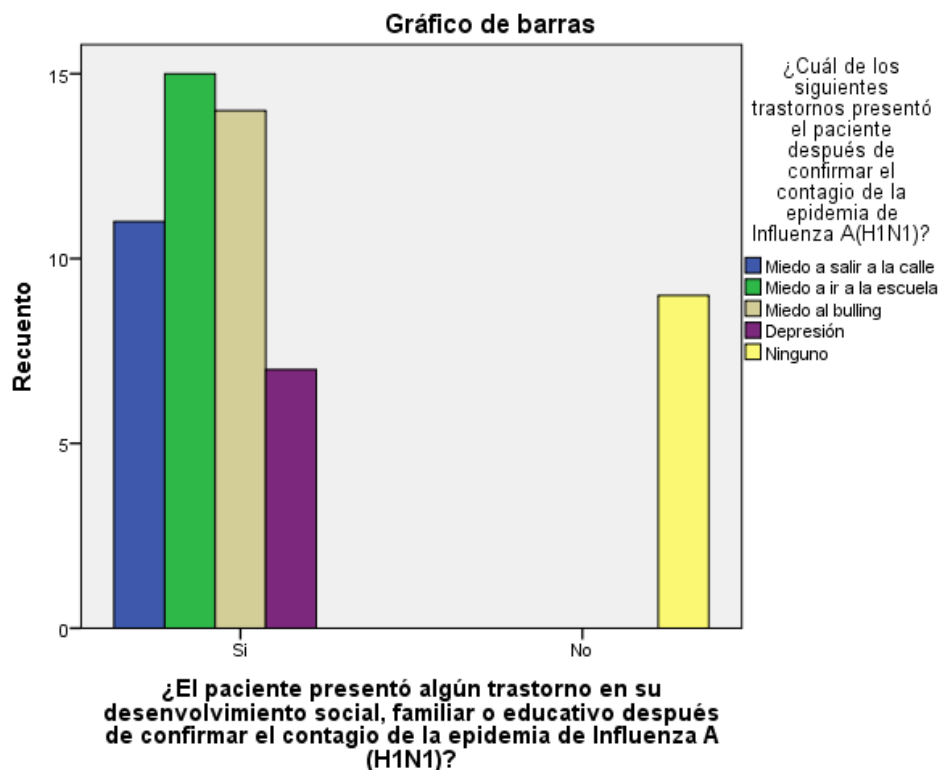


Figura 72 Posible trastorno social * Trastornos sociales

Análisis:

De acuerdo a este cruce de variables podemos observar que entre los pacientes que sí presentaron trastornos en su desenvolvimiento social se encuentran 15 personas que tienen miedo de ir a la escuela, 14 personas tienen miedo al bullying, 11 personas que presentan miedo a salir a la calle, 7 personas presentan depresión. Pudiendo concluir que el trastorno más evidente es miedo a ir a la escuela, seguido por miedo al bullying.

Tabla 51*Personalidad paciente * Comunicación Paciente*

Tabla cruzada ¿Considera usted que la personalidad del paciente ha sufrido algún cambio?
*¿El paciente puede comunicarse con sus compañeros de escuela?

		¿El paciente puede comunicarse con sus compañeros de escuela?				Total
		Siempre	A veces	No muy seguido	Nunca	
¿Considera usted que la personalidad del paciente ha sufrido algún cambio?	Si	1	25	11	3	40
	No	6	3	0	0	9
	Desconoce	0	2	4	1	7
Total		7	30	15	4	56

Tabla 52*Prueba Chi 2 Personalidad paciente * Comunicación Paciente*

	Pruebas de chi-cuadrado		
	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	33,277 ^a	6	,000
Razón de verosimilitud	27,535	6	,000
Asociación lineal por lineal	,019	1	,889
N de casos válidos	56		

a. 9 casillas (75,0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es ,50.

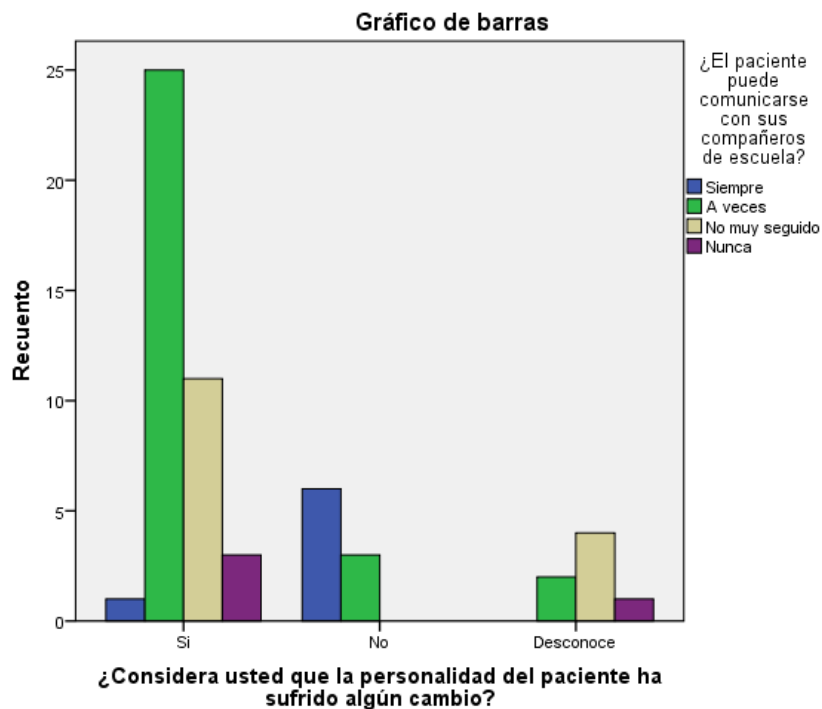


Figura 73 Personalidad paciente * Comunicación Paciente

Análisis

De acuerdo a este cruce de variables podemos observar que entre los pacientes que sí presentaron cambios en su personalidad se encuentran 25 personas que dicen que se comunican solamente a veces con sus compañeros de clases, 11 personas que no muy seguido se comunican con sus compañeros, 3 aseguran que nunca hablan con sus compañeros y una sola persona dice que siempre se comunica con sus compañeros.

Tabla 53*Rechazo Paciente * Comunicación Paciente*

Tabla cruzada ¿Cómo afectó en el paciente el haber sido rechazado? *¿El paciente puede comunicarse con sus compañeros de escuela?

		¿El paciente puede comunicarse con sus compañeros de escuela?				Total
		Siempre	A veces	No muy seguido	Nunca	
¿Cómo afectó en el paciente el haber sido rechazado?	Falta de sueño	1	7	4	1	13
	Falta de apetito	0	6	3	0	9
	Llanto	0	4	2	1	7
	Rencor	0	5	1	2	8
	Ira	0	6	5	0	11
	Ninguno	6	2	0	0	8
Total		7	30	15	4	56

Tabla 54*Prueba Chi2 Rechazo Paciente * Comunicación Paciente*

	Pruebas de chi-cuadrado		
	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	41,750 ^a	15	,000
Razón de verosimilitud	35,441	15	,002
Asociación lineal por lineal	4,231	1	,040
N de casos válidos	56		

a. 22 casillas (91,7%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es ,50.

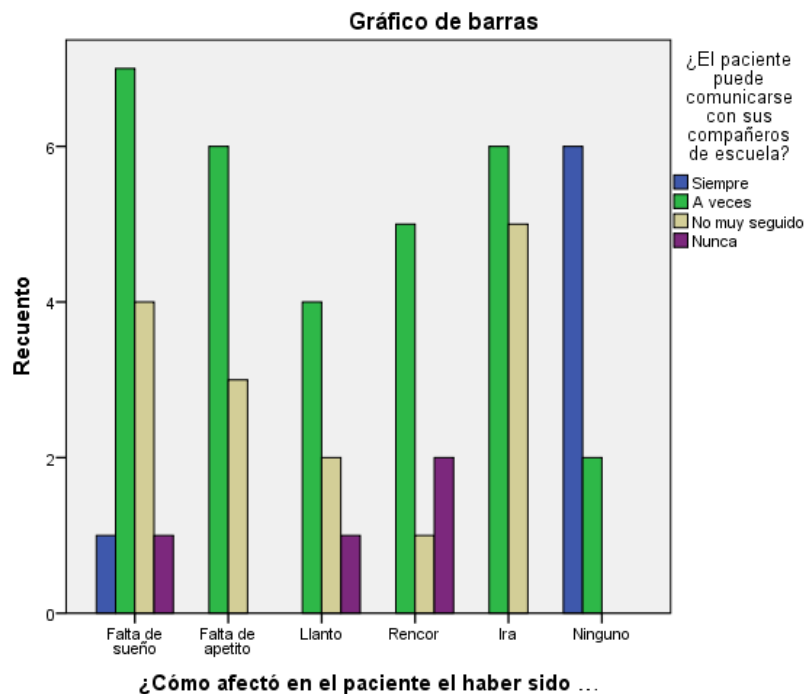


Figura 74 Rechazo Paciente * Comunicación Paciente

Análisis:

De acuerdo a este cruce de variables podemos observar cómo cambió la comunicación de las personas que presentaron afecciones a causa del rechazo por estar enfermos con la epidemia de Influenza A (H1N1)

Falta de sueño, 7 personas dicen que a veces se comunican con sus compañeros de escuela, 4 personas lo hacen no muy seguido, una persona asegura que siempre se comunica con sus compañeros y solo una persona no se comunica con ningún compañero de escuela

Falta de apetito, 6 personas dicen que a veces se comunican con sus compañeros de escuela, 3 personas lo hacen no muy seguido. Llanto Problemas de sueño, 4 personas dicen que a veces

se comunican con sus compañeros de escuela, 2 personas lo hacen no muy seguido y solo una persona no se comunica con ningún compañero de escuela

Rencor Problemas de sueño, 5 personas dicen que a veces se comunican con sus compañeros de escuela, 1 persona lo hace no muy seguido, y solo 2 personas no se comunican con ningún compañero de escuela

Ira Problemas de sueño, 6 personas dicen que a veces se comunican con sus compañeros de escuela, 5 personas lo hacen no muy seguido

Personas que no presentaron ninguna afección, 6 personas se comunican siempre con sus compañeros y solo dos lo hacen a veces.

Tabla 55

*Género Paciente * Plan de contingencia*

Tabla cruzada Género del paciente*¿La Unidad Educativa a la cual asiste el paciente cuenta con algún plan de contingencia en caso de sospechar la existencia de pacientes enfermos con la epidemia de Influenza A(H1N1)?

Recuento		¿La Unidad Educativa a la cual asiste el paciente cuenta con algún plan de contingencia en caso de sospechar la existencia de pacientes enfermos con la epidemia de Influenza A(H1N1)?			Total
		Si	No	Desconoce	
Género del paciente	Femenino	11	3	12	26
	Masculino	14	4	12	30
Total		25	7	24	56

Tabla 56
*Prueba Chi2 Género Paciente * Plan de contingencia*

	Pruebas de chi-cuadrado		Significación asintótica (bilateral)
	Valor	gl	
Chi-cuadrado de Pearson	,218 ^a	2	,897
Razón de verosimilitud	,218	2	,897
Asociación lineal por lineal	,173	1	,678
N de casos válidos	56		

a. 2 casillas (33,3%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 3,25.

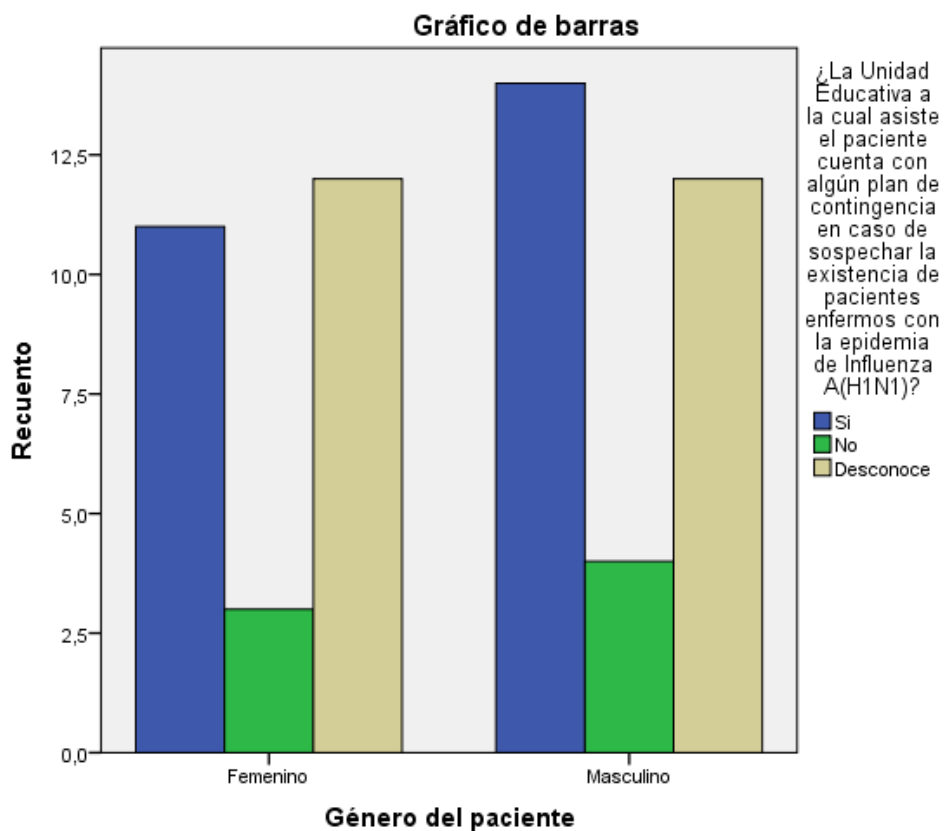


Figura 75 Género Paciente * Plan de contingencia

Análisis:

De acuerdo a este cruce de variables podemos observar cuál es la organización que tienen las unidades educativas de educación general básica a la que asisten los pacientes.

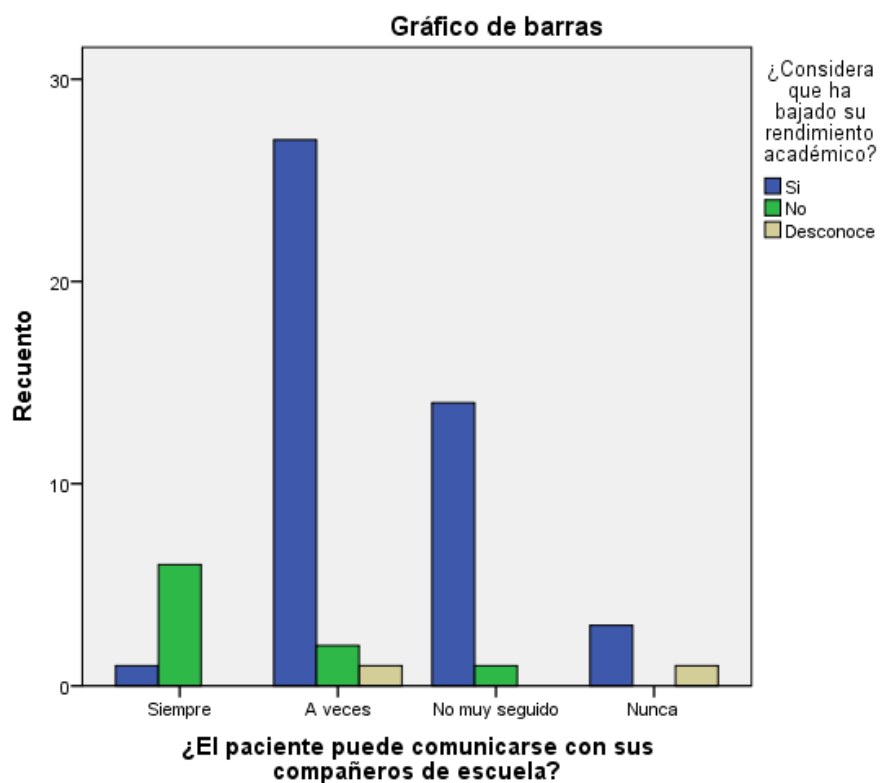
Existen 11 unidades educativas de educación general básica donde asisten pacientes de género femenino donde si existen planes de contingencia en caso de sospechar la existencia de caso de epidemia de Influenza A (H1N1), existen 3 establecimientos donde no tienen estos planes de contingencia y 12 donde se desconoce si realmente los tienen o están por realizarlos ya que no son socializados.

Existen 14 unidades educativas de educación general básica donde asisten pacientes de género femenino donde si existen planes de contingencia en caso de sospechar la existencia de caso de epidemia de Influenza A (H1N1), existen 4 establecimientos donde no tienen estos planes de contingencia y 12 donde se desconoce si realmente los tienen o están por realizarlos ya que no son socializados.

Tabla 57*Comunicación paciente * Rendimiento académico*

Pruebas de chi-cuadrado			
	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	34,656 ^a	6	,000
Razón de verosimilitud	25,005	6	,000
Asociación lineal por lineal	2,615	1	,106
N de casos válidos	56		

a. 9 casillas (75,0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es ,14.

**Figura 76** Comunicación paciente * Rendimiento académico

Análisis:

De acuerdo a este cruce de variables podemos observar que entre los pacientes que tienen un bajo rendimiento académico también se presentan dificultades para comunicarse con sus compañeros.

Podemos observar que del grupo de personas que siempre se comunican con sus compañeros solo hay uno que ha bajado en rendimiento académico por otro lado podemos identificar que hay 6 personas que no presentan problemas para comunicarse y que tampoco han bajado su rendimiento académico.

De las personas que se comunican “a veces” con sus compañeros, se puede observar a 27 personas que sí han bajado su rendimiento académico y tan solo hay 2 personas que no presentan problemas para comunicarse y que no han presentado bajo rendimiento académico

Se identifica a 14 personas pertenecientes al grupo de los que no se comunican muy seguido con sus compañeros que sí han bajado su rendimiento académico y hay una sola persona que no presenta problemas para comunicarse y que no ha presentado bajo rendimiento académico.

De las personas que no se comunica nunca con sus compañeros presenta una persona que ha sí ha bajado su rendimiento académico.

Tabla 58*Atención DOBE * Plan de contingencia*

Tabla cruzada ¿Recibe atención de algún profesional del departamento de orientación y bienestar estudiantil (DOBE)? *¿La Unidad Educativa a la cual asiste el paciente cuenta con algún plan de contingencia en caso de sospechar la existencia de pacientes enfermos con la epidemia de Influenza A(H1N1)?

		¿La Unidad Educativa a la cual asiste el paciente cuenta con algún plan de contingencia en caso de sospechar la existencia de pacientes enfermos con la epidemia de Influenza A(H1N1)?			Total
		Si	No	Desconoce	
¿Recibe atención de algún profesional del departamento de orientación y bienestar estudiantil (DOBE)?	Siempre	5	2	3	10
	A veces	13	2	11	26
	No muy seguido	5	3	8	16
	Nunca	2	0	2	4
Total		25	7	24	56

Tabla 59*Prueba Chi2 Atención DOBE * Plan de contingencia*

Pruebas de chi-cuadrado			
	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	3,456 ^a	6	,750
Razón de verosimilitud	3,996	6	,677
Asociación lineal por lineal	,804	1	,370
N de casos válidos	56		

a. 8 casillas (66,7%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es ,50.

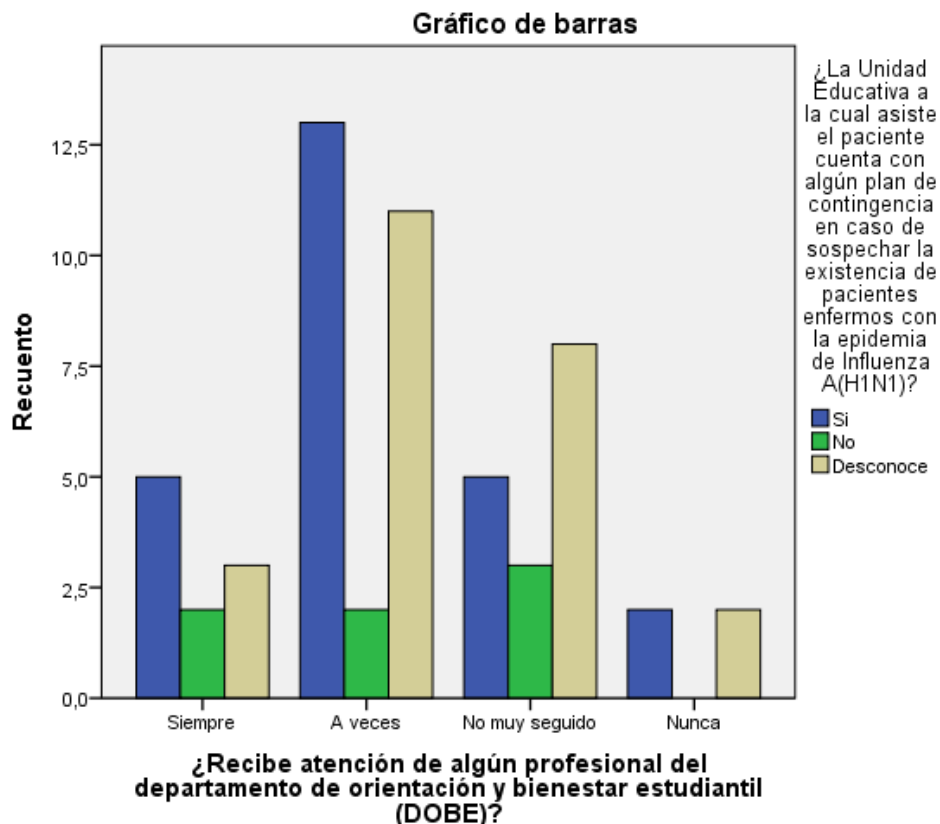


Figura 77 Atención DOBE * Plan de contingencia

Análisis

De acuerdo a este cruce de variables podemos observar que entre los pacientes que siempre reciben atención del DOBE 5 personas dicen que la unidad educativa a la que asisten si poseen planes de contingencia, mientras que 2 personas dicen que no hay un plan de contingencia, y 3 personas desconocen totalmente si existen o no planes de contingencia. Entre los pacientes que solamente a veces reciben atención del DOBE hay 13 personas que confirman que la unidad educativa a la que asisten si poseen planes de contingencia, mientras que 2 personas dicen que no hay un plan de contingencia, y 11 personas desconocen totalmente si existen o no planes de contingencia. Entre los pacientes que no muy seguido reciben atención del DOBE hay 5 personas que confirman que la unidad educativa a la que asisten si poseen planes de contingencia, mientras

que 3 personas dicen que no hay un plan de contingencia, y 8 personas desconocen totalmente si existen o no planes de contingencia.

Entre los pacientes que solamente a veces reciben atención del DOBE hay 2 personas que confirman que la unidad educativa a la que asisten si poseen planes de contingencia, mientras que 2 persona desconoce totalmente si existen o no planes de contingencia.

CAPÍTULO V: DISCUSIÓN

5.1. Informe de resultados finales

Estudio del IMPACTO PSICOSOCIAL DE LA INFLUENZA A (H1N1) EN ESTUDIANTES DE EDUCACIÓN GENERAL BÁSICA DE LAS UNIDADES EDUCATIVAS UBICADAS EN EL DISTRITO METROPOLITANO DE QUITO, DURANTE LOS AÑOS 2013 A 2017, se lo realizo mediante un estudio descriptivo con la finalidad de identificar y determinar de manera cuantitativa el impacto psicosocial causado en personas que han enfermado con la epidemia de Influenza A (H1N1).

Con los resultados obtenidos podemos proceder a demostrar la hipótesis planteada: Los estudiantes de Educación General Básica de las Unidades Educativas del Distrito Metropolitano de Quito, que han sido contagiados con la epidemia de Influenza A(H1N1), presentan trastornos en su desenvolvimiento social, familiar y educativo.

5.2. Análisis individual de las variables

- El parentesco que tiene la persona responsable del paciente. Se distribuye de la siguiente forma 40% Madres, 23% Padres, 11% Hermano(a), 16% Abuelo(a), 7% Tío(a), 3% Otros. Por lo señalado la mayoría de niños están bajo la responsabilidad de las madres.
- Las personas que han enfermado con la epidemia de Influenza A (H1N1) corresponden al 46% Femenino mientras que el 54% es Masculino. La epidemia se presenta en mayor cantidad con el género masculino sin tener razón aparente o con alguna condición médica comprobable que justifique este resultado.
- Las personas con mayor índice de contagio se encuentran entre edades de 4 a 6 años con un 52% seguidos por las personas de edades entre 7 y 9 años con un 30%, mientras que las personas de edades entre 10 a 12 y 13 A 15 años representan el 9% respectivamente.

- En el año 2016 se presentan la mayor cantidad de casos confirmados de la epidemia de Influenza A (H1N1) en personas de educación general básica con un 54%, seguido del año 2013 donde se presentó el 27% mientras que en los años 2015 y 2017 presentaron un 2% y 17% respectivamente. En este caso en particular observamos también que en el año 2014 no se presentaron casos confirmados en niños de educación general básica.
- El hospital que más casos ha atendido en el periodo del 2013 al 2017 ha sido el Hospital Carlos Andrade Marín con un 47%, seguido por el Hospital de niños Baca Ortiz y Hospital del Sur Enrique Garcés con el 23% y 16% respectivamente, El Hospital Eugenio Espejo y Hospital Vozandes cada uno representó el 5%, por otro lado, el Hospital Pablo Arturo Suarez representó a pena el 4% del total de atenciones de los diferentes hospitales en capacidad para dar solución a esta problemática.
- El 52% de las consultas de los pacientes que presentaron síntomas de la epidemia de Influenza A (H1N1) fueron atendidas en el área de emergencias, el 32% fueron atendidas por consulta externa y el 16% fueron tratadas con mucho más cuidado y precaución en la Unidad de Cuidados Intensivos.
- El 87,5% de pacientes no tenían ningún tipo de vacuna, mientras que el 12,5% de las personas que enfermaron tenían una vacuna contra la epidemia de Influenza A (H1N1) y a pesar de eso contrajeron la enfermedad.
- Un 75% de las personas que enfermaron con la epidemia de Influenza A (H1N1) no presentaban ningún tipo de enfermedad, mientras que el 25% restante de las personas si presentaron otro tipo de cuadros clínicos previo al contagio.
- El 75 % de las personas no presentaban ninguna enfermedad previa al contagio de la epidemia A (H1N1), por otro lado, se puede observar que se presentaron cuatro tipos de

enfermedades que afectaban a las personas antes de contraer la epidemia, siendo más frecuentes las enfermedades neurológicas con un 12% seguidas por problemas en el corazón con un 7%, problemas de asma con un 4% y cuadros de diabetes con un 2%.

- Existe una pequeña cantidad de personas que no conocían nada acerca de la epidemia de Influenza A (H1N1), haciendo que el cuadro presentado sea peligroso ya que no saben cómo reconocer y diferenciar este tipo de afecciones. El 85% de los pacientes sí conocen acerca de la epidemia por tal motivo pueden tomar acciones en base a sus conocimientos, haciendo que el cuadro presentado no tenga un nivel alto de complicaciones.
- El medio de comunicación que mejor informa con un 23% son los centros de salud seguido por las unidades educativas con 18%. Existen otros medios de comunicación como la televisión con el 11%, el internet 12%, las campañas de salud 11%, radio 5% y folletos de gobierno con 5% que también son usados para informar, por otro lado, un 15% de las personas afirman que no recibieron información por ninguno de los canales antes mencionados.
- Existe un 13% de personas que desconocen si existen planes informativos en las unidades educativas, mientras un 16% afirma que no existe ningún plan informativo vigente en las unidades educativas a donde asisten los niños que enfermaron con la epidemia de Influenza A (H1N1). Por otro lado, el 71% de las personas si conocen el plan informativo de las unidades educativas.
- El 59% de las personas conocen el procedimiento que el departamento médico debe seguir en caso de un posible caso, 32% de las personas desconocen si el departamento médico de la unidad educativa tiene un plan de acción en caso de presentarse la epidemia de Influenza A (H1N1) y un 9% de las personas afirma que la unidad educativa no cuenta

con un procedimiento de acción frente a un posible contagio.

- El 44% de las personas plan sí conocen el plan contingencia de la unidad educativa en caso de llegar a tener un caso de la epidemia de Influenza A (H1N1), el 43% de las personas desconocen de un plan de contingencia y un 13% de las personas afirma que la unidad educativa no cuenta con un procedimiento de contingencia frente a un contagio.
- El 84% de las personas sí presentaron algún trastorno en su desenvolvimiento social, familiar o educativo después de confirmar el contagio de la epidemia de influenza A (H1N1), mientras que el 16% no tuvieron ninguna repercusión
- Los trastornos presentes en las personas que enfermaron con la epidemia de Influenza A (H1N1), fueron: el miedo a ir a la escuela y miedo al bullying los más representativos con 27% y 25% respectivamente. El miedo a salir a la calle se presenta con un 20% y la depresión con 12%.
- El 86% de las personas que enfermaron con la epidemia de Influenza A (H1N1) aseguran que fueron marginados o víctimas de rechazo, y apenas el 14% de las personas no tuvo inconvenientes con el rechazo.
- Se presentaron varias afecciones en los pacientes que enfermaron con la epidemia de Influenza A (H1N1), la falta de sueño y la ira con el 23% y 20% respectivamente son los trastornos que más afectaron a las personas, seguidos por la falta de apetito con 16%, rencor con 14%, llanto con el 13% y ningún trastorno con el 14%.
- El 71% de las personas presentan un cambio notable en su personalidad después de haber enfermado con la epidemia de Influenza A (H1N1), el 16% asegura que no ha sufrido cambios notables y un 13% desconoce si existe cambios ya que es difícil de notar cambios a simple vista.

- El 54% de las personas presentan una complicación notable para comunicarse con sus compañeros, el 27% dice que no muy seguido pueden comunicarse con sus compañeros y solo un 7% dice tener serias complicaciones al punto de no entablar conversaciones con sus compañeros de escuela.
- El 81% de las personas refleja una notoria baja de su rendimiento académico después de haber enfermado con la epidemia de Influenza A (H1N1) un 16% asegura que no ha bajado su rendimiento y solo un 3% se desconoce ya que las calificaciones se han mantenido estables.
- No existe mayor diferencia en el nivel de miedo del paciente a expresar sus sentimientos, considerando esto, el miedo se presenta “siempre”, a “veces” y “no muy seguido”, con el 32%, 27% y 30% respectivamente
- El 18% de las personas han recibido orientación profesional por el departamento de bienestar estudiantil, el 46% ha recibido ayuda solo “a veces” con menor frecuencia y en menor énfasis, mientras que el 29% ha recibido ayuda “no muy seguido” y el 7% asegura que nunca recibieron ayuda del departamento de orientación y bienestar estudiantil de las instituciones educativas.
- El 57% de las personas no interactúan muy seguido con la familia cuando se encuentran en sus hogares, el 29% interactúan solo a veces y el 12% lo hace siempre, sin embargo, existe un 2% de las personas que aseguran no interactuar con la familia en ninguna circunstancia.
- El 73% de las personas se han sentido marginados por parte de la familia, el 16% solo “a veces” y el 11% asegura que no muy seguido se sienten marginados
- El 82% de los pacientes que enfermaron con la epidemia de Influenza A (H1N1) aseguran

no haber recibido ayuda psicológica profesional, apenas el 16% confirmó la atención profesional

- El 73% de las personas que enfermaron con la epidemia de Influenza A (H1N1) sienten miedo a salir a lugares concurridos, esto se debe al miedo de contraer nuevamente dicha enfermedad.

5.3. Análisis de la relación entre las variables

- Podemos observar que 45 de los pacientes que fueron marginados por presentar la epidemia de Influenza A(H1N1) presentaron también algún trastorno en su desenvolvimiento social, familiar y/o educativo; sin embargo 2 de los pacientes que no fueron marginados también presentaron algún trastorno en su desenvolvimiento social, familiar y/o educativo. Por otro lado 3 pacientes que fueron marginados por estar enfermos con la epidemia de Influenza A(H1N1) no presentaron algún trastorno en su desenvolvimiento social, familiar o educativo.
- Podemos observar que 41 de los pacientes que sí fueron marginados por presentar la epidemia de Influenza A(H1N1) también presentaron miedo extremo a asistir a lugares donde hay aglomeración de gente. Sin embargo 7 de las pacientes que no fueron marginados también presentaron miedo moderado a asistir a lugares como ferias, conciertos y parques. Por otro lado 6 pacientes que sí fueron marginados por estar enfermos con la epidemia de Influenza A(H1N1) si presentaron miedo leve a asistir a lugares donde hay aglomeración de gente.

- Podemos observar que entre los pacientes que sí fueron marginados por presentar la epidemia de Influenza A(H1N1) se encuentran 18 pacientes que siempre tienen miedo de expresar sus sentimientos, 15 pacientes que solo a veces sienten miedo de expresar sus sentimientos, 14 pacientes que no expresa muy seguido sus sentimientos y apenas un paciente que nunca ha sentido miedo de expresar sus sentimientos a pesar de ser marginado.
- De los canales por donde los pacientes se informaron acerca de la epidemia de Influenza A(H1N1) se encuentran 3 personas mediante folletos de gobierno, 13 personas mediante centros de salud, 6 personas mediante campañas de salud, 10 personas por medio de unidades educativas, 6 personas mediante televisión, 3 personas mediante radio y 7 personas mediante el internet. Pudiendo concluir que los medios de información más efectivos son los centros de salud y las instituciones educativas.
- De los pacientes que sí presentaron trastornos en su desenvolvimiento social se encuentran 15 personas que tienen miedo de ir a la escuela, 14 personas tienen miedo al bullying, 11 personas que presentan miedo a salir a la calle, 7 personas presentan depresión. Pudiendo concluir que el trastorno más evidente es miedo a ir a la escuela, seguido por miedo al bullying.
- Podemos observar que entre los pacientes que sí presentaron cambios en su personalidad se encuentran 25 personas que dicen que se comunican solamente a veces con sus compañeros de clases, 11 personas que no se comunican muy seguido con sus

compañeros, 3 aseguran que nunca hablan con sus compañeros y una sola persona dice que siempre se comunica con sus compañeros.

- Podemos observar cómo cambió la comunicación de las personas que presentaron afecciones a causa del rechazo por estar enfermos con la epidemia de Influenza A (H1N1). Falta de sueño, 7 personas dicen que a veces se comunican con sus compañeros de escuela, 4 personas lo hacen no muy seguido, una persona asegura que siempre se comunica con sus compañeros y solo una persona no se comunica con ningún compañero de escuela. Falta de apetito, 6 personas dicen que a veces se comunican con sus compañeros de escuela, 3 personas lo hacen no muy seguido. Llanto Problemas de sueño, 4 personas dicen que a veces se comunican con sus compañeros de escuela, 2 personas lo hacen no muy seguido y solo una persona no se comunica con ningún compañero de escuela. Por rencor, 5 personas dicen que a veces se comunican con sus compañeros de escuela, 1 persona lo hace no muy seguido, y solo 2 personas no se comunican con ningún compañero de escuela. Por ira 6 personas dicen que a veces se comunican con sus compañeros de escuela, 5 personas lo hacen no muy seguido. Personas que no presentaron ninguna afección, 6 personas se comunican siempre con sus compañeros y solo dos lo hacen a veces.
- Podemos observar cuál es la organización que tienen las unidades educativas de educación general básica a la que asisten los pacientes. Existen 11 unidades educativas de educación general básica donde asisten pacientes de género femenino donde si existen planes de contingencia en caso de sospechar la existencia de caso de epidemia de

Influenza A (H1N1), existen 3 establecimientos donde no tienen estos planes de contingencia y 12 donde se desconoce si realmente los tienen o están por realizarlos ya que no son socializados. Existen 14 unidades educativas de educación general básica donde asisten pacientes de género femenino donde si existen planes de contingencia en caso de sospechar la existencia de caso de epidemia de Influenza A (H1N1), existen 4 establecimientos donde no tienen estos planes de contingencia y 12 donde se desconoce si realmente los tienen o están por realizarlos ya que no son socializados.

- Observamos que entre los pacientes que tienen un bajo rendimiento académico también se presentan dificultades para comunicarse con sus compañeros. Del grupo de personas que siempre se comunican con sus compañeros solo hay uno que ha bajado en rendimiento académico por otro lado podemos identificar que hay 6 personas que no presentan problemas para comunicarse y que tampoco han bajado su rendimiento académico. De las personas que se comunican “a veces” con sus compañeros, se puede observar a 27 personas que sí han bajado su rendimiento académico y tan solo hay 2 personas que no presentan problemas para comunicarse y que no han presentado bajo rendimiento académico. Se identifica a 14 personas pertenecientes al grupo de los que no se comunican muy seguido con sus compañeros que sí han bajado su rendimiento académico y hay una sola persona que no presenta problemas para comunicarse y que no ha presentado bajo rendimiento académico. De las personas que no se comunica nunca con sus compañeros presenta una persona que ha sí ha bajado su rendimiento académico.

- Entre los pacientes que siempre reciben atención del DOBE 5 personas dicen que la unidad educativa a la que asisten si poseen planes de contingencia, mientras que 2 personas dicen que no hay un plan de contingencia, y 3 personas desconocen totalmente si existen o no planes de contingencia. Entre los pacientes que solamente a veces reciben atención del DOBE hay 13 personas que confirman que la unidad educativa a la que asisten si poseen planes de contingencia, mientras que 2 personas dicen que no hay un plan de contingencia, y 11 personas desconocen totalmente si existen o no planes de contingencia. Entre los pacientes que no muy seguido reciben atención del DOBE hay 5 personas que confirman que la unidad educativa a la que asisten si poseen planes de contingencia, mientras que 3 personas dicen que no hay un plan de contingencia, y 8 personas desconocen totalmente si existen o no planes de contingencia. Entre los pacientes que solamente a veces reciben atención del DOBE hay 2 personas que confirman que la unidad educativa a la que asisten si poseen planes de contingencia, mientras que 2 personas desconocen totalmente si existen o no planes de contingencia.

CAPÍTULO VI: PROPUESTA

6.1. Antecedentes de la propuesta

La información obtenida en el estudio previamente expuesto, permitió conocer de una manera amplia los factores de comportamiento de la muestra censada en cuanto al impacto psicosocial de la epidemia Influenza A(H1N1) en los estudiantes de educación general básica de las Unidades Educativas del Distrito Metropolitano de Quito, entre los años 2013 a 2017. Mediante el análisis de las conclusiones se pudo deducir que el principal problema es por Bullying repercutiendo en un 25% del total de la muestra conjugándose el mismo con el 27% de representación la inasistencia a clases es decir no acudir al centro educativo por este efecto.

6.2. Justificación de la propuesta

Por medio de esta propuesta se espera aportar con el desarrollo difusivo aportando con información a la ciudadanía en general, ya que la difusión de cómo evitar esta pandemia actualmente es escasa o persigue un inadecuado direccionamiento por lo que, el manejo del tema resulta hasta evasivo y racista en los casos analizados por la muestra censada.

Según, (Cevallos María del Carmen), el análisis de contenido de los medios de comunicación sobre salud y temas médicos se ha incrementado en países de Europa y los Estados Unidos; en América Latina no es una tradición consolidada porque se han realizado pocas investigaciones en los últimos tiempos (Polino, 2017), no hay estudios sobre la cobertura mediática y riesgos asociados a la primera pandemia de este siglo...sin duda, el tratamiento informativo de una pandemia como la de la A(H1N1) implicó serios desafíos para los medios de comunicación ecuatorianos en general..., ya que se convierten en protagonistas claves y en muchas ocasiones la

información contribuye no precisamente a generar confianza y calma en la población, sino ansiedad y angustia por los probables riesgos que la población pudiera atravesar.

En las características de la información, los principales asuntos tratados en las unidades de análisis también fueron clasificados como se detalla a continuación: características de la A(H1N1), propagación de la influenza, datos, medidas para prevenir o controlar la enfermedad; impacto de la gripe en el turismo, impacto económico, personalización anecdótica / de interés humano, prevención / control, propagación de la enfermedad o la victimización, antecedentes científico médicos, investigación y desarrollo.

En lo expuesto anteriormente se puede evidenciar que la victimización fue un factor a tratar en la difusión de la pandemia, pero lamentablemente esta información no ha sido direccionada funcionalmente aún falta sumar esfuerzos comunicativos.

Continuando con lo citado, se percibe que es necesario implementar una propuesta con políticas de mejora comunicacional que contribuyan al beneficio informativo de la ciudadanía.

6.3. Objetivos de la propuesta

6.3.1. Objetivo General de la Propuesta

Crear una propuesta dirigida a mejorar la comunicación de la información de esta pandemia hacia la ciudadanía, que permita ofrecer una comunicación y asesoramiento pleno que genere confianza y cambios culturales.

6.3.2. Objetivos Específicos

- Determinar las causas frecuentes de desinformación y aislamiento.
- Establecer estilos de comunicación que ayuden a la adaptación adecuada de los afectados en la ciudadanía.
- Desarrollar un plan de comunicación que mejore la difusión de la información.

6.4. Desarrollo de la propuesta

- Causas frecuentes de desinformación o aislamiento:

Tabla 60.

Causas frecuentes de desinformación o aislamiento

Causas frecuentes de desinformación o aislamiento	Porcentaje
Comunicación confusa en Centros de Salud	16%
Escasez de material informativo en redes sociales por medios oficiales	11%
Escasez de material informativo POP	24%
Miedo de salir a la calle por discriminación	8%
Miedo a ir a la escuela por discriminación	14%
Miedo al bullying	15%
Depresión	12%
Total	100%

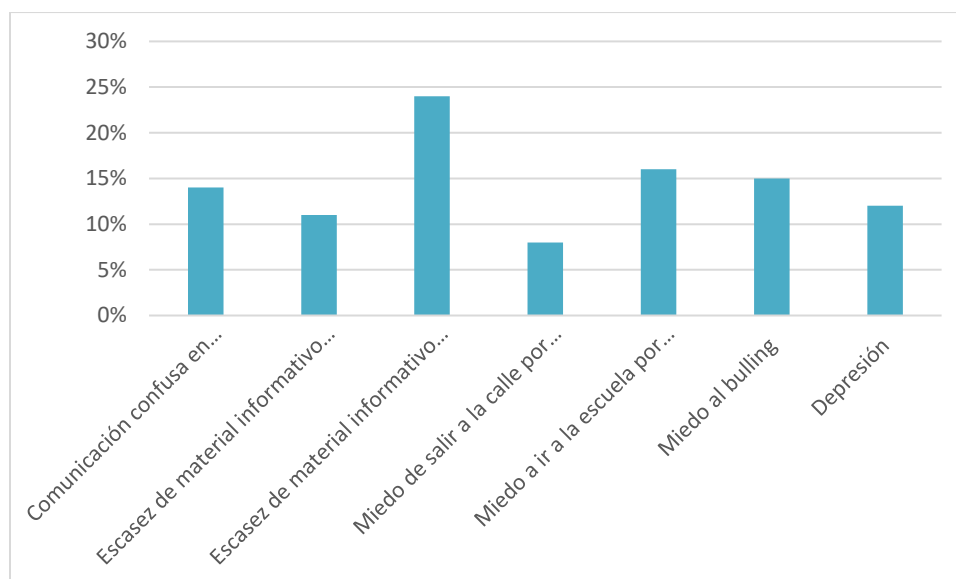


Figura 78 Porcentaje de incidencia en causas de desinformación o aislamiento

Análisis: La ciudadanía al no contar con fuentes informativas o asesoramiento médico especializado en Unidades de control médico oficial, presenta temor a la exposición pública o desconoce cómo proceder ante el contagio de esta pandemia, en la representación gráfica podemos evidenciar que con un 24% de representatividad la ciudadanía no posee información física mediante material POP, seguidamente de comunicación no efectiva en Centros de Salud.

- Establecer estilos de comunicación que ayuden a la adaptación adecuada de los afectados en la ciudadanía:
 1. Cada Unidad de Atención Médica o Líder debe conocer procedimientos de atención y asesoramiento para las fases:
 - Pre Pandémica
 - Pandémica
 - Post Pandémica
 2. Se realizará una Coordinación interinstitucional y creación de redes de trabajo.
 3. Estimular el espíritu solidario y favorecer la participación de la comunidad.

4. Las Unidades de atención médica deberán manejar una comunicación social, información y orientación sobre qué está ocurriendo, qué se está haciendo, transmitir organización, seguridad, autoridad moral, sosiego, apoyo, ánimo.

- **Identificación y cuantificación de ciudadanos vulnerables**

Condiciones que influyen en la vulnerabilidad

Tabla 61

Identificación y cuantificación de ciudadanos vulnerables

Condiciones que influyen en la	Grupos Poblacionales
Edad y Género	Niños, niñas y adolescentes Ancianos (as) / Mujeres
Nacionalidades y Pueblos	Poblaciones indígenas, afro ecuatorianos, montubios.
Antecedentes de Enfermedades o discapacidades físicas y/o psíquicas	Personas discapacitadas Enfermos psiquiátricos de larga evolución y trastornos psiquiátricos anteriores
Condiciones Económicas y socioculturales	Grupos en pobreza y pobreza extrema Marginalidad en grandes ciudades
Antecedentes de eventos Traumáticos	Grupos de poblaciones que han sido víctimas de la violencia en sus diferentes formas. Comunidades que son afectadas frecuentemente por desastres
Condiciones de trabajo en situaciones de catástrofes o estados de emergencia.	Miembros de los equipos institucionales y comunitarios de respuesta.

Fuente: (Chavez Hernan)

- Realización del diagnóstico psicosocial de las personas mentalmente afectadas por la pandemia, mediante la aplicación del test de screening SRQ.

- Levantamiento de un censo de los recursos humanos de salud mental o con capacitaciones previas que tenga el área.
- Capacitación sobre los recursos de salud del área para identificar, tratar y/o remitir los siguientes problemas de salud mental propios de las catástrofes:
 - ✓ Episodios depresivos
 - ✓ Trastornos de estrés agudo
 - ✓ Duelos Patológicos
 - ✓ Trastornos de adaptación
 - ✓ Trastornos de estrés postraumático
- Desarrollo de los contenidos promocionales que deben difundirse entre la población del área con el fin de proporcionar seguridad, disminuir los temores y el posible pánico.
- Organización de los grupos de apoyo psicosocial, con maestros, sacerdotes, y otros líderes comunitarios que serán el soporte psíquico y espiritual de la comunidad afectada.
- Establecimiento de un Plan de recuperación emocional de las personas afectadas y tratadas que abarque un periodo mínimo de seis meses posteriores a la pandemia.

- Identificación y cuantificación de ciudadanos vulnerables
- Protocolizar el manejo de los diferentes casos en la pandemia.

Flujograma de información del subsistema de Vigilancia Nacional Intensificada de ETI e IRAG

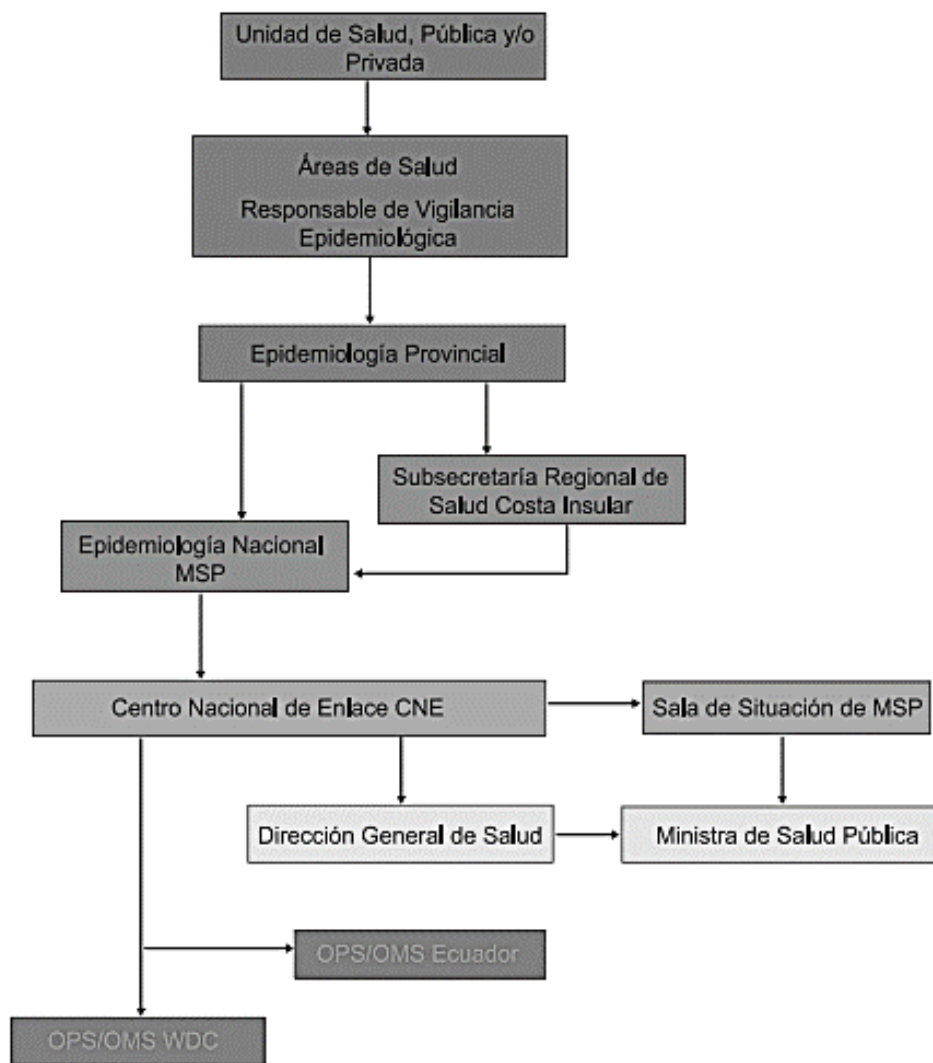


Figura 79 Flujograma transmisión información de subsistema vigilancia de la pandemia

Fuente: (Ministerio de Salud Pública)

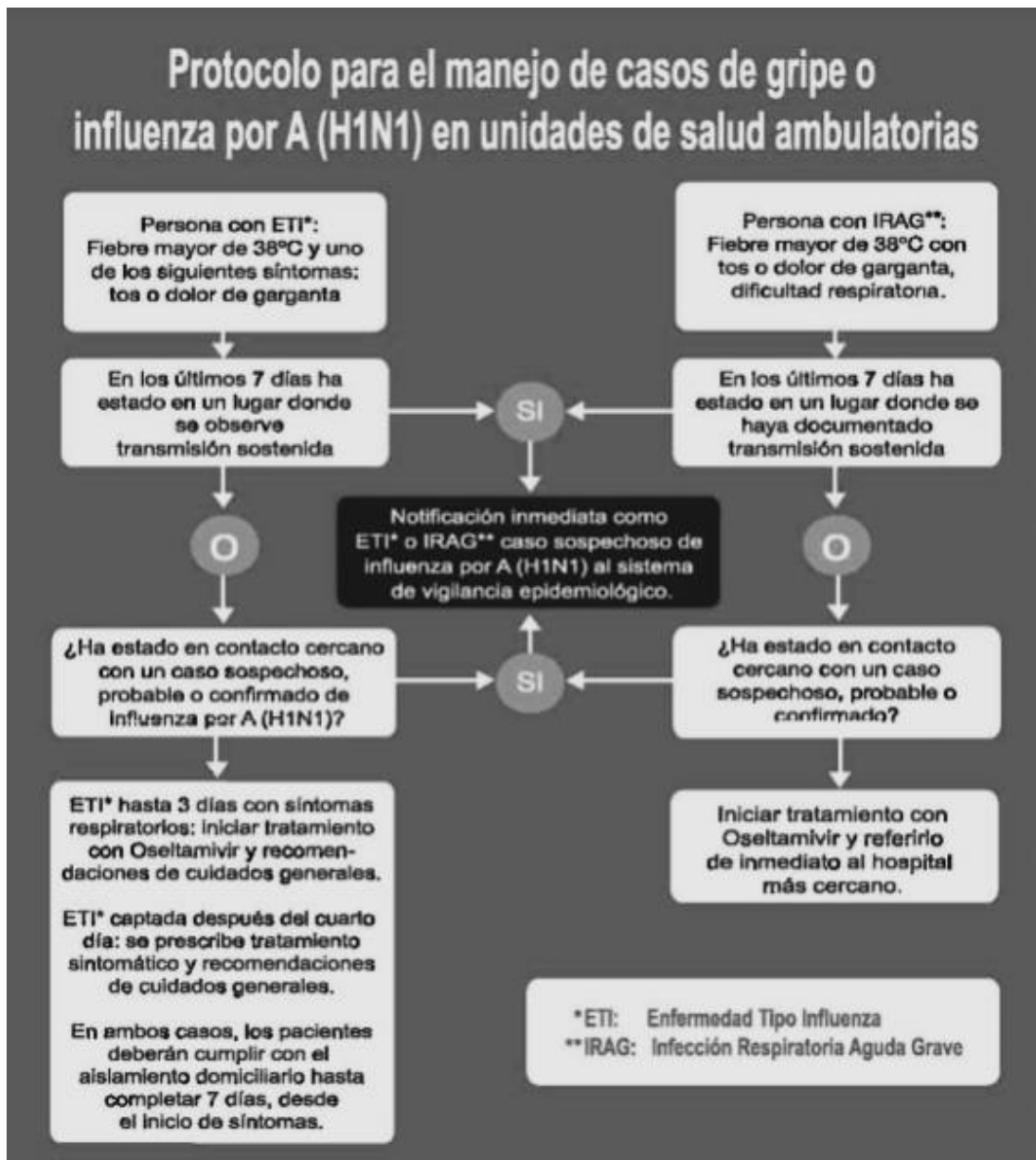


Figura 80 Protocolo manejo pandemia A(H1N1) Unidades de Salud Ambulatorias

Fuente: (Ministerio de Salud Pública)

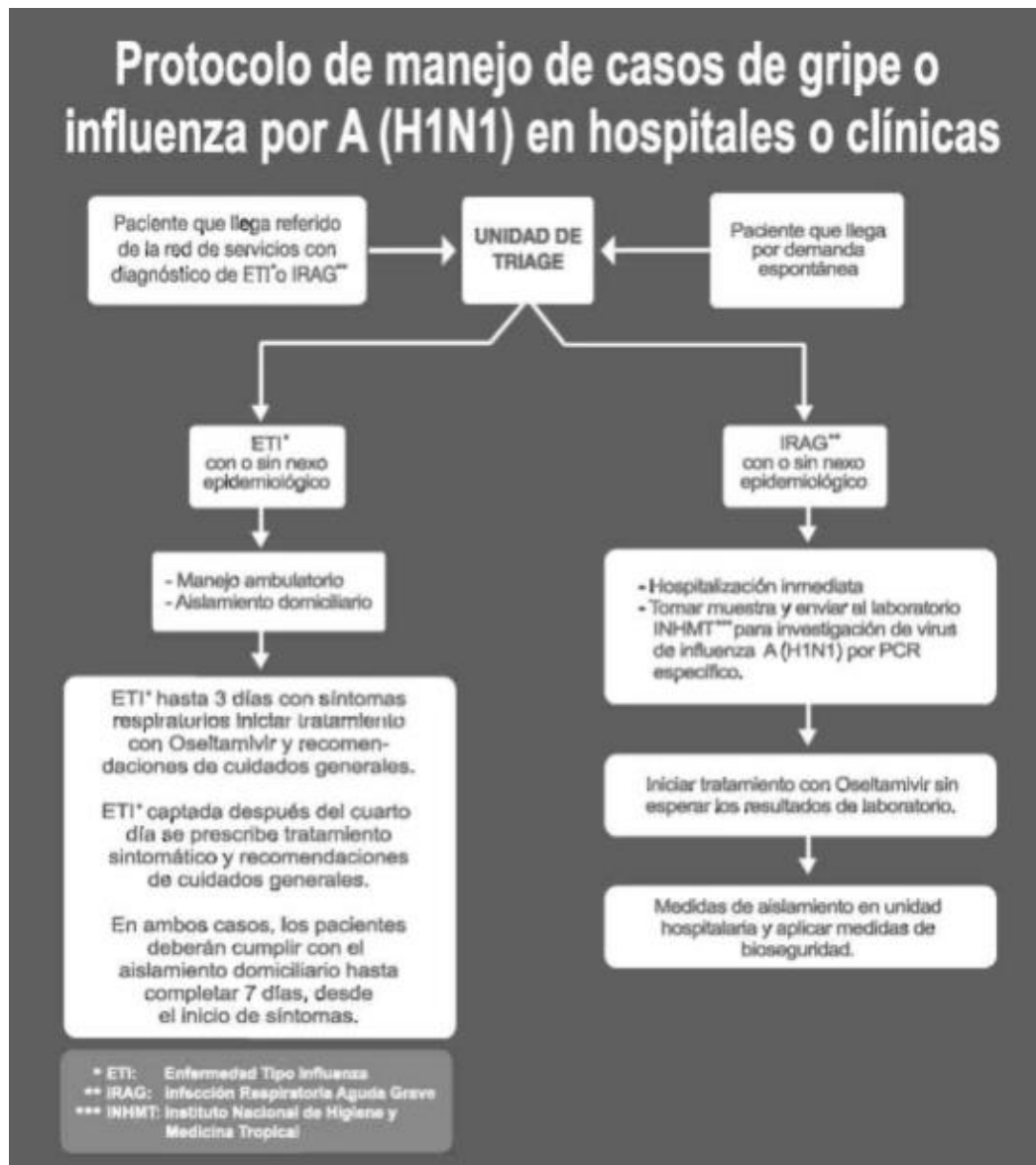


Figura 81 Protocolo manejo de pandemia A(H1N1) en Hospitales o Clínicas

Fuente: (Ministerio de Salud Pública)

- Comunicación del riesgo a la población, con énfasis en grupos vulnerables, sensibilización e información sobre el tema.
 - ✓ Manejo Publicitario de Comunicación para información y prevención de Influenza.

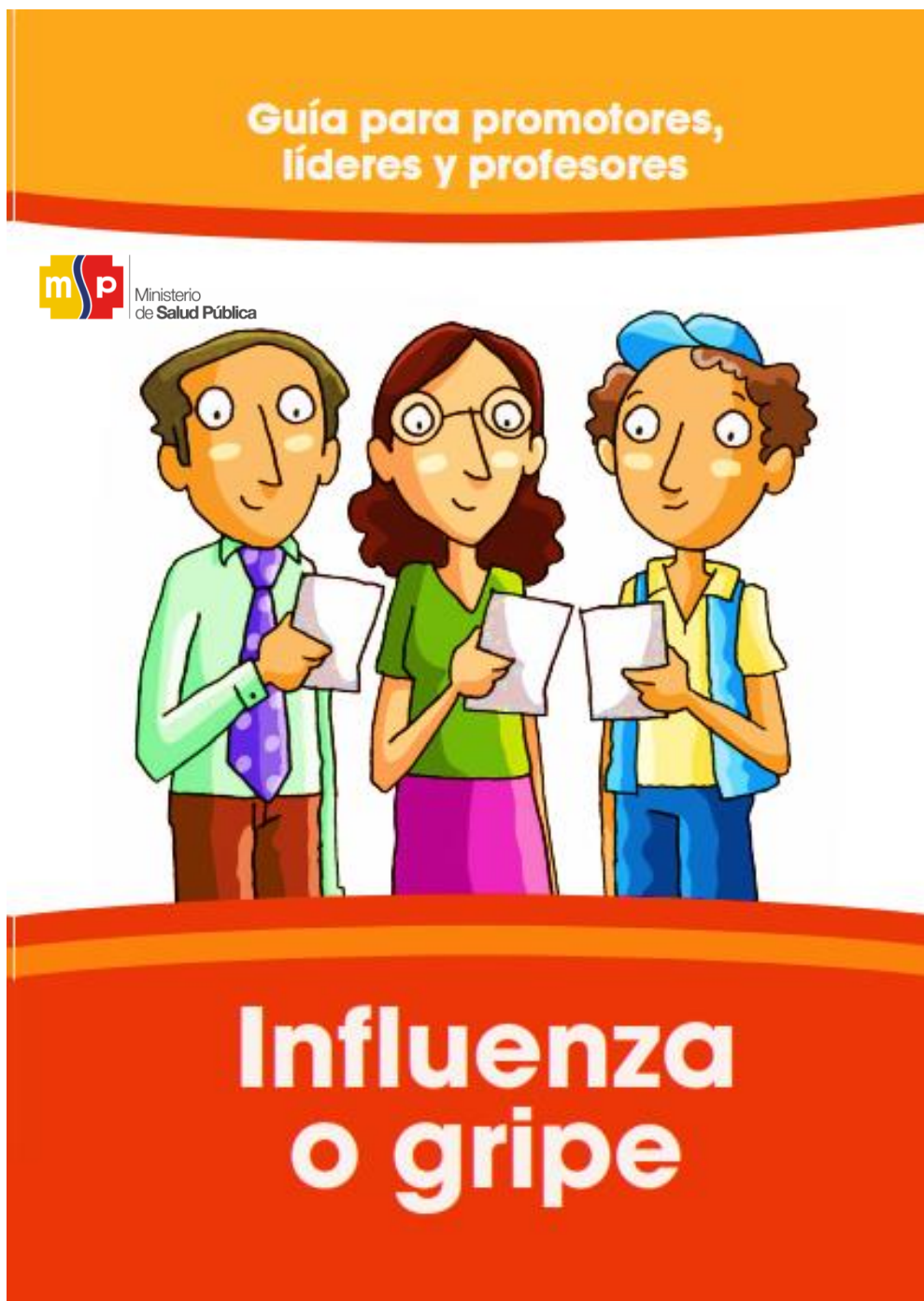


Figura 82 Imagen publicitaria Guía Prevención Pandemia A(H1N1) público general

Fuente: (Ministerio de Salud Pública)

¿Cómo se identifican los virus de la influenza?

Se identifican por el tipo y subtipo de virus. Ejemplo:

A: tipo de virus influenza

H1N1: Subtipo de virus

¿La influenza es lo mismo que el resfriado común?



No es lo mismo. Los síntomas de la influenza son más severos que los del resfriado común y pueden afectar el cuerpo entero. El resfriado común afecta a la nariz y la garganta y comienza lentamente con dolor o molestia en la garganta, estornudos y congestión nasal.

Habitualmente la influenza comienza repentinamente con fiebre alta, dolor de garganta, tos, dolor de cabeza y decaimiento. El virus que causa la influenza es diferente al que causa el resfriado común.

¿Cómo se contagia la influenza o gripe?

Todos los tipos de influenza se contagian de las siguientes formas:

- a. De persona a persona, a través de las secreciones de nariz y boca, al toser, estornudar, hablar, cantar.
- b. Por contacto: besos, manos contaminadas por los virus de un enfermo. Por ejemplo, si un enfermo no se lava las manos y coge algún objeto, que luego es tocado por las manos de personas sanas, se contaminan. Luego, si la persona sana se toca los ojos, nariz o boca con las manos contaminadas puede contagiarse de influenza.



Figura 83 Tríptico difusión en establecimientos médicos público general

Fuente: (Ministerio de Salud Pública)

¿Qué debo hacer si tengo estos síntomas?

Si una persona presenta alguno de los signos o síntomas señalados anteriormente, debe acudir a la consulta médica en el establecimiento de salud más cercano. ¡No se automedique!

¿Qué le pasa a las personas con enfermedades crónicas?

La influenza puede causar una enfermedad más grave en personas con enfermedades crónicas porque su organismo tiene las defensas más débiles. Estas enfermedades crónicas pueden ser de los pulmones, corazón, riñones, hígado, sangre y la diabetes. También incluyen el embarazo y la inmunosupresión.

¿La influenza se puede complicar?

Si se puede complicar por lesiones causadas por el virus o por infecciones secundarias por bacterias en las áreas lesionadas por el virus. Son más comunes las infecciones bacterianas como neumonías, otitis, sinusitis, rinitis, bronconeumonía, laringitis obstructiva, incluso en algunos casos puede causar la muerte.



¿Existe tratamiento para la influenza?

En la mayoría de los casos, la influenza o gripe se trata con reposo y tomar abundantes líquidos.

Hay medicamentos que reducen los síntomas y otros que combaten el virus (antivirales) que son útiles en los casos más graves.

Los medicamentos deben tomarse solamente bajo prescripción médica.

Figura 84 Tríptico acción y lugares de manejo de pandemia

Fuente: (Ministerio de Salud Pública)

MEDIDAS PARA PREVENIR



Ministerio
de Salud Pública

GRUPE A(H1N1)

<p>¿Cómo se contagia la influenza?</p>	<p>De persona a persona. El virus de la influenza viaja a través de las gotitas de saliva que se expulsan al hablar, toser o estornudar. También se contagia por tocar superficies contaminadas con este virus, por ejemplo: manija de las puertas, teclados, teléfonos, barandales.</p>	
<p>¿Cuáles son los síntomas de la influenza?</p>	<p>Fiebre, tos, dolor de cabeza, secreción nasal, dolor muscular, dolor de articulaciones, decaimiento y puede haber diarrea. Si presenta estos síntomas debe acudir al Centro de Salud más cercano.</p>	
<p>¡¡ Signos de alarma !!</p>	<p>Si se presenta dificultad para respirar, dolor de pecho, flemas con sangre y confusión o somnolencia, acudir de inmediato al hospital.</p>	
<p>¿Qué medidas se deben tomar para no contagiarse?</p>	<p>Mantenerse alejados de personas enfermas, lavarse las manos frecuentemente con agua y jabón. Evitar ir a sitios concurridos, no compartir alimentos, vasos o cubiertos.</p>	
<p>¿Si estoy enfermo qué medidas se deben tomar para no contagiar a los demás?</p>	<p>Si usted presenta los síntomas de la Influenza, le recomendamos quedarse en casa, usar cubrebocas y mantenerse en reposo. Al toser o estornudar cubrirse nariz y boca con pañuelo desechable o con el ángulo interno del codo, tirar el pañuelo en una funda plástica. No saludar con beso ni dar la mano. Una vez transcurridas 24 horas sin fiebre podrá reintegrarse a sus actividades normales.</p>	

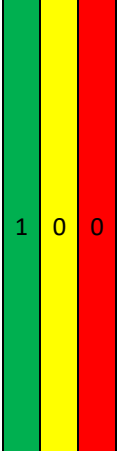
Figura 85 Propuesta de Tríptico publicitario para difusión a la ciudadanía

- Localizar personal competente en salud mental en cada área
- Capacitar a equipos sobre el tema: Preparación de grupos de apoyo emocional y consejería.
- Identificar grupos vulnerables desde el punto de vista psicosocial.
- Protección preventiva a los grupos que lo requieran, (debe imponerse autoritariamente en casos necesarios).

- Desarrollar un plan de comunicación que mejore la difusión de la información.

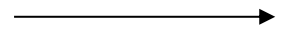
Tabla 62

Propuesta Plan de Comunicación sobre la Pandemia A(H1N1)

PROPUESTA PLAN DE COMUNICACIÓN DMQ										
Objetivo General	Socializar en todas la Unidades Médico Ambulatorias Clínicas y Hospitales las políticas de manejo informativo comunicacional sobre la pandemia A(H1N1) para culturizar y asesorar a la ciudadanía.									
Objetivos Específicos	1. Definir las herramientas formales para desarrollar una campaña activa de disminución de contagio mediante el uso de Material POP, Redes Sociales y con Grupos líderes.									
Públicos	2. Establecer procesos de comunicación que fortalezcan el conocimiento del proceso de devoluciones e incentiven a reducir los índices de pre contagio, contagio y post contagio, mediante reconocimientos monetarios o verbales.									
	3. Fortalecer la imagen publicitaria institucional colaborando con el Ministerio de Salud mediante la realización de campañas activas informativas en espacios públicos concurridos.									
Mensajes	Personal Médico Especializado									
	Conocer el proceso comunicacional Que los actores (Personal médico especializado) entienda su rol para cumplir sus procesos comunicacionales.									
Objetivo	Público	Estrategia	Táctica	Meta	Semaforización	Recursos	Indicadores	Responsable	Presupuesto	Cronograma
1. Definir las herramientas formales para desarrollar una campaña activa comunicacional de disminución de contagio mediante el uso de Material POP, Redes Sociales y con Grupos líderes.	Unidad Personal Administrativa Médica Ministerio de Salud	Creación de conciencia sobre las causas de la pandemia A(H1N1)	Dinámica en las Unidades Médicas ambulatorias, Clínicas y Hospitales: Presentación del proceso comunicacional donde los actores entiendan cuál es su rol de desempeño.	En periodos cuatrimestrales		Facilitadores asesores, compromisos	(Número de capacitadores aprobados /Número de facilitadores capacitados en el cuatrimestre) * 100	Coordinador de Trade Marketing Comunicacion al MSP	\$ 12.000,00	Primera semana de la pandemia

CONTINÚA

		Atención Psiquiátrica a personas con Trastornos Mentales definidos		2	2	1					
		Material comunicacional por etapas de pandemia: • FASE PSOT PANDÉMICA									
		Buena estrategia de comunicación social		1	0	0					
		Capacitación continua en servicio a equipos que trabajan en recuperación, prevenir S. Burnout	En periodos cuatrimestrales	6	4	1	Consolidación de coordinación interinstitucional en unidades médicas de salud	Número de Unidades Médicas validadas en las tres fases / Número de Unidades totales en las que se concluyó la difusión	Psicólogo Institucional MSP	\$50.000,00 (para trasladar y cancelar al personal a cada unidad médica)	Segunda semana de la pandemia
		Atención de Salud mental a personas y familias que fueron afectadas, atención de salud mental a los equipos que ayudaron		2	1	1					
		For talecer nuevos proyectos de vida		6	1	0					



CONTINÚA

			Consolidar la coordinación interinstitucional y la organización comunitaria		2	1	1					
			Discutir experiencias y lecciones aprendidas		1	1	0					
3. Fortalecer la imagen publicitaria institucional colaborando con el Ministerio de Salud mediante la realización de campañas activas informativas de la pandemia en espacios públicos concurridos.	Unidad Personal Administrativa Médica Ministerio de Salud	Mayor diversidad comunicacional ante el uso de modelos de comunicación virtual en espacios públicos concurridos	Visita activa a espacios públicos concurridos con ayuda de las Unidades médicas ambulatorias exponiendo información efectiva de la pandemia	Mensual	4	1	1	Información facilitadores	Número de Unidades Médicas ambulatorias capacitadas / Número Total de Unidades médicas ambulatorias planificadas	Comunicador Capacitador Representante MSP	\$35.000,00 (para capacitar a cada unidad médica)	Cuarta semana de la pandemia
Total Presupuestado										\$ 202.000,00		

CAPÍTULO VII: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

Conclusiones

Después de realizar la investigación obtuvimos datos importantes que nos ayudan a entender el impacto psicosocial que ocasiona la epidemia de la Influenza en estudiantes de educación general básica del distrito metropolitano de Quito, sabemos que el 84% de las personas sí presentaron algún trastorno en su desenvolvimiento social, familiar o educativo después de confirmar el contagio de la epidemia de influenza A (H1N1), que se ven reflejados en

- El 27% de las personas tienen Miedo a ir a la escuela
 - El 25% de las personas tienen Miedo al bullying
 - Miedo a salir a la calle se presenta con un 20%
 - La depresión con 12%, la cual puede llegar a ser la más peligrosa ya que es una afección silenciosa y puede traer serios trastornos los cuales lleve a la persona a realizar actos en contra de su propia integridad.
- De acuerdo a los datos acerca del entorno familiar y social pudimos determinar que 45 de los pacientes que fueron marginados por presentar la epidemia de Influenza A(H1N1) presentaron también algún trastorno en su desenvolvimiento social, familiar y/o educativo, es decir que no solo afecta su entorno escolar, sino también el entorno familiar donde pierden la confianza para comunicarse y para buscar ayuda a los problemas ocasionados en sus entornos sociales.
 - Existe un temor latente por salir a lugares y compartir espacios cerrados o de mucha aglomeración de personas, ya que no desean contraer nuevamente la enfermedad puesto que puede empeorar y posiblemente no puedan combatirla.

- Sabemos por fuentes secundarias que tanto el Ministerio de Salud Pública como el Ministerio de Educación elaboraron diferentes planes de acción, los cuales fueron entregados a los diferentes organismos gubernamentales para ser distribuidos y socializados con las personas que se encuentran en unidades educativas, centros de salud y espacios públicos. El problema radica en que a pesar de existir el material didáctico y adecuado para informar no existe un control que evidencie cual es el proceso de capacitación o socialización de dicho material.
- Las unidades educativas tienen planes de acción que ayudan a resguardar la salud de los estudiantes, en muchos de los casos las unidades educativas no informan de manera oportuna a los padres de familia o representantes de los alumnos cuales son los procedimientos a seguir en caso de presentarse una emergencia de tipo viral.
- Falta de programas continuos que ayuden a todos los niños con orientación en caso de enfermar con la epidemia de Influenza A(H1N1), ya que el bullying se encuentra presente en las diferentes unidades educativas. Se produce un ambiente hostil donde marginan a las personas y ocasionan temor por ir a la escuela o salir a la calle.
- Al presentarse este tipo de agresiones psicológicas en los pacientes que enfermaron con la epidemia de Influenza A(H1N1), pueden desarrollar problemas de depresión, de alimentación, de falta de sueño, irritabilidad, aislamiento de la sociedad y temor por las personas en general.

Recomendaciones

- Capacitar de manera continua a los docentes y personal administrativo de las unidades

educativas para que se encuentren preparados para manejar cualquier situación que pueda presentarse en el futuro

- Realizar charlas dirigidas al núcleo familiar para que sean un soporte en el tratamiento de afecciones psicosociales de las personas que hayan enfermado con la epidemia de Influenza A(H1N1)
- Crear y poner en marcha campañas que reduzcan el bullying escolar, para crear un ambiente seguro para todos los estudiantes de las unidades educativas que sienten miedo de asistir a clases.
- Crear un plan de seguimiento a personas que presenten cuadros de depresión para evitar que se desarrollen serios trastornos los cuales lleve a la persona a realizar actos en contra de su propia integridad.
- Se recomienda realizar actividades conjuntas a los ministerios o subsecretarías para tener eventos que sean divertidos e informativos a la vez, que estén dirigidos para los estudiantes y su entorno social.
- Distribuir y socializar la información entregada por los ministerios a los padres de familia y representantes, para crear una cultura de prevención y sobre todo para tener a todos preparados en caso de necesitar actuar frente a un problema de salud.
- Distribuir información en conciertos, plazas, centros comerciales y lugares de convenciones en general para que toda la ciudadanía esté enterada de cómo actuar.
- Se recomienda que tener el contacto de un médico de confianza para realizar consulta en caso de sospechar la presencia de la epidemia de Influenza A(H1N1)

BIBLIOGRAFÍA

- Alarcón, K. (2015). *Diseño de un Modelo de Servicio para Farmaenlace en sus dos Unidades de Negocio bajo el Enfoque Kano, Ciclos de Servicio y Servqual*. Universidad de las Fuerzas Armadas ESPE, Departamento de Ciencias.
- Albrecht, K. (1998). *La revolución del servicio*. 3R Editores.
- Albrecht, K. (2011). *Gerencia del servicio*.
- American Marketing Association. (julio de 2009). *www.marketingpower.com*. Recuperado el 8 de diciembre de 2016, de http://www.marketingpower.com/_layouts/Dictionary.aspx?dLetter=C
- Andreasen, A. R. (1994). Social Marketing: Its Definition and Domain. *Journal of Public Policy & Marketing*, 108-114.
- Armas, L. (Febrero de 2011). *Estudio sobre el Comportamiento del Consumidor*. Facultad de Ciencias Económicas y Negocios. Quito: Universidad Tecnológica Equinoccial Repositorio Digital.
- AVATIUN CONSULT. (2018). *Programa Integral de Gestión y Cultura de Servicio al Cliente*. Documento no publicado, Quito.
- Bermejo, P., & Izquierdo, R. (2013). *Tu dinero y tu cerebro: Por qué tomamos decisiones erróneas y cómo evitarlas según la neuroeconomía*. Penguin Random House Grupo Editorial España.

- Bigné, E., & Andreu, L. (2004). Modelo cognitivo-afectivo de la satisfacción en servicios de ocio y turismo. *Cuadernos de Economía y Dirección de la Empresa*, 21, 089-120.
- Blackwell, Roger D. (2001). *Comportamiento del consumidor* (9na ed.). México: Thomson.
- Blackwell, Roger D. (2001). *Comportamiento del Consumidor* (9na ed.). México: Thomson.
- Blackwell, Roger D. (2001). *Comportamiento del Consumidor* (9na ed.). México: Thomson.
- Blackwell, Roger D. (2001). *Comportamiento del Consumidor* (9na ed.). México: Thomson.
- Blackwell, Roger D. (2001). *Comportamiento del Consumidor* (9na ed.). México: Thomson.
- Blajan, L., Gee, R., & Gimeno, E. (1987). *www.oie.int*. Recuperado el 17 de Abril de 2017, de <https://www.oie.int/doc/ged/D8461.PDF>
- Blakwell, Roger D. (2001). *Comportamiento del Consumidor* (9na ed.). México: Thomson.
- Blázquez, S. (27 de Junio de 2015). *economia.elpais.com*. Recuperado el 18 de Marzo de 2017, de http://economia.elpais.com/economia/2015/06/26/actualidad/1435315494_296503.html
- Blog-Top Punto Com. (14 de Julio de 2007). *www.blog-top.com*. Recuperado el 25 de Diciembre de 2016, de <http://www.blog-top.com/el-ciclo-phva-planear-hacer-verificar-actuar/>
- Bolívar, P. F. (Marzo de 2014). El marketing aplicado al ámbito social . *El marketing aplicado al ámbito social* . Madrid, España.
- Bon, J., Jonh, A., Kolthof, A., Pieper, Tjassing, R., Veen, A., y otros. (2008). *Gestión de Servicios TI basado en ITIL® V3 - Guía de Bolsillo*. Holanda: Van Haren .

Butler, J. (1986). *Geografía económica: Aspectos espaciales y ecológicos de la actividad económica*. Mexico D.F.: Limusa.

Cevallos María del Carmen, C. P. (s.f.). *Issuu*. Obtenido de https://issuu.com/ciespalmediaciones/docs/gripe_ah1n1_informe

Chavez Hernan, O. (s.f.). *Ministerio de Salud Pública del Ecuador*. Obtenido de <https://aplicaciones.msp.gob.ec/salud/archivosdigitales/documentosDirecciones/dnn/archivos/MANUAL%20ATENCION%20PRIMARIA%20EN%20SALUD%20MENTAL.pdf>

Chiriboga, D. (2010). *Manejo Adecuado de los Desechos Infecciosos Generados en las Instituciones de Salud en el Ecuador*. Quito: Ministerio de Salud Pública.

Consortio de Organizaciones Privadas de Promoción al desarrollo de la Micro y Pequeña Empresa. (Marzo de 2009). http://sptf.info/images/ciclo_de_servicio.pdf. (COPEME, Ed.) Recuperado el 20 de Diciembre de 2016, de http://sptf.info/images/ciclo_de_servicio.pdf

CONSULT, A. (2018). *Programa Integral de Gestión y Cultura de Servicio al Cliente*. Obtenido de www.avatiumconsult.com

De la Cruz, C., & Zúñiga, J. (Agosto de 2016). www.dspace.espol.edu.ec. Recuperado el 07 de Junio de 2017, de <https://www.dspace.espol.edu.ec/retrieve/94751/D-P12733.pdf>

Definición MX. (08 de 07 de 2013). *Definición MX*. Obtenido de <https://definicion.mx/psicosocial/>

Dirección Nacional de Vigilancia Epidemiológica. (2018). Sistema de Vigilancia Centinela de IRAG/SIVE. *Sistema de Vigilancia Centinela de IRAG/SIVE*.

Duque, E., & Parra, M. (2015). Análisis de los modelos de medición de calidad percibida del servicio aplicados en la industria de hospitalidad. *Revista RPE*, 2(2), 36-53.

Ecuador, O. (15 de Mayo de 2009). *ECUADOR: 73 CASOS CONFIRMADOS DE INFLUENZA A (H1N1)*. Recuperado el 15 de Abril de 2018, de www.paho.org:

https://www.paho.org/ecu/index.php?option=com_content&view=article&id=159:ecuador-73-casos-confirmados-influenza-h1n1&Itemid=360

Erikson, E. (2005). Las etapas del Desarrollo Psicosocial. *REVISTA LASALLISTA DE INVESTIGACIÓN*.

Escuela de Psicología Universidad de Los Andes Santiago de Chile . (2005).

<https://cuidadospaliativos.org/uploads/2010/05/Conceptos,%20teor%C3%ADas%20y%20factores%20psicosociales%20en%20la%20adaptaci%C3%B3n%20al%20c%C3%A1ncer.pdf>. Obtenido de

<https://cuidadospaliativos.org/uploads/2010/05/Conceptos,%20teor%C3%ADas%20y%20factores%20psicosociales%20en%20la%20adaptaci%C3%B3n%20al%20c%C3%A1ncer.pdf>.

Escuela de Psicología Universidad de Los Andes Santiago de Chile. (2005). *Conceptos, teorías y factores psicosociales en la adaptación al cáncer* . Obtenido de

<https://cuidadospaliativos.org/uploads/2010/05/Conceptos,%20teor%C3%ADas%20y%20factores%20psicosociales%20en%20la%20adaptaci%C3%B3n%20al%20c%C3%A1ncer.pdf>:

<https://cuidadospaliativos.org/uploads/2010/05/Conceptos,%20teor%C3%ADas%20y%20factores%20psicosociales%20en%20la%20adaptaci%C3%B3n%20al%20c%C3%A1ncer.pdf>

factores%20psicosociales%20en%20la%20adaptaci%C3%B3n%20al%20c%C3%A1ncer.
pdf

Experience, W. C. (Noviembre de 2016). *Qué es experiencia del cliente*. Recuperado el Octubre de 2018, de <https://www.wowcx.com/que-es-experiencia-de-cliente/>

Ferrel, O., & Hartline, M. D. (2012). *Estrategia de marketing* (Quinta ed.). México: Cengage Learning.

Ferrell, O. C., & Hartline, M. D. (2012). *Estrategia de marketing* (5ta ed.). (M. Treviño, & M. Carril, Trans.) México, D.F.: Cengage Learning.

Folkman, S., & Lazarus, R. (1986). *Estrés y procesos cognitivos*. Barcelona: Ediciones Martínez Roca.

foresecuador.ec. (2010). *www.foresecuador.ec*. Recuperado el 5 de Febrero de 2017, de <http://www.foresecuador.ec/forum/ecuador/tr%C3%A1mites/34066-requisitos-para-sacar-la-patente-municipal-de-quito>

Gannio, L. (2017). *MBA y educación ejecutiva*. (L. Gannio, Productor) Obtenido de <https://mba.americaeconomia.com/articulos/columnas/customer-experience-el-poder-de-conocer-el-deseo-del-cliente>

García, I. (2001). *CRM: gestión de la relación con los clientes*. Madrid: FC Editorial.

González, M. (2015). *Experiencia de cliente*. LID Editorial.

Grönroos, C. (2000). *Marketing y gestión de servicios: la gestión de los momentos de verdad y la competencia en los servicios*. Ediciones Díaz de Santos.

Guajardo, E. (2008). *Administración de la calidad total*. México: Editorial Pax México.

Guerri, M. (2018). *Psicología Psicoactiva*. Obtenido de Psicoactiva:

<https://www.psicoactiva.com/blog/las-8-edades-del-hombre-la-teoria-del-desarrollo-psicosocial-erik-erikson/>

Hernández Sampieri, Fernández Collado, & Baotista Luco. (2010). *Metodología de la Investigación* (Vol. Quinto). MX, MX: McGRAW-HILL.

Hernández, P. (2011). La importancia de la satisfacción del usuario. *Documentación de las Ciencias de la Información*, 34, 349-368.

Hernández, R., Fernández, C., & Baptista, M. (2010). *Metodología de la investigación* (5ta ed.). México D.F: McGraw-Hill.

Ildefonso, G. E. (2014). *MARKETING DE LOS SERVICIOS* (Cuarta ed.). Madrid: ESIC.

INEC. (2018). *INEC*. Obtenido de <http://www.ecuadorencifras.gob.ec/los-divorcios-crecieron-8345-en-diez-anos-en-ecuador/>

INSTITUTO DE LA CIUDAD DE QUITO. (2015). *Estadísticas del DMQ*. Recuperado el 24 de Abril de 2018, de <https://www.institutodelaciudad.com.ec/documentos/folletosdescarga/Folleto1.pdf>

- Investigación y evaluación, S. C. (2009). *Academia*. Obtenido de http://www.academia.edu/34354189/Impacto_Psicosocial_de_la_Epidemia_de_Influenza_A_H1N1_en_Pacientes_Familiares_Pacientes_y_Personal_de_Salud_del_de_ral_Un_Estudio_Exploratorio_2009
- Kotler, P. &. (2003). *Fundamentos de Marketing* (Vol. 6ta Edición). Mexico: Pearson Educación.
- Kotler, P. (2007). *Marketing management*. Pearson.
- Kotler, P. K. (2016). En *Dirección de marketing*. México: Pearson/Educación.
- Kotler, P., & Armstrong, G. (2003). *Fundamentos de marketing*. Mexico: Pearson Educación.
- Kotler, P., & Armstrong, G. (2003). *Fundamentos de marketing*. México: Pearson Educación.
- Kotler, P., & Armstrong, G. (2007). *Fundamentos de Marketing*. Prentice Hall.
- Kotler, P., & Lane , K. (2009). *DIRECCION DE MARKETING*. México: Pearson Educación.
- Kotler, P., & Roberto, E. L. (1992). *MARKETING SOCIAL: Estrategias para cambiar la conducta pública*. Madrid, España: Días de Santos S.A.
- Kotler, P., & Zaltman, G. (1971). Marketing social: un acercamiento hacia la planeación de los cambios sociales . *Journal of Marketing*.
- Kotler, P., Bloom, P., & Hayes, T. (2004). *El marketing de servicios profesionales*. Barcelona: Ediciones Paidós.
- Kotler, P., Roberto, E. L., & Roberto, N. (1989). Prensa libre.

La Hora. (3 de Febrero de 2016). *lahora.com.ec*. Recuperado el 19 de Abril de 2017, de <https://lahora.com.ec/noticia/1101911797/noticia>

Lamb, c. W. (2011). *Marketing*. (C. S. Fe, Ed.) DF, México: Cengage Learning.

Langdon, P., Lazar, J., Heylinghen, A., & Dong, H. (2014). *Inclusive Designing*. New York: Springer.

Loundon & della Bitta. (1995). *Funadamentos de Marketing*. BA: GRANICA.

Lozano, L. (s.f.). *www.zeusconsult.com.mx* . Recuperado el 21 de Enero de 2017, de <http://www.zeusconsult.com.mx/artmverdad.htm>

Malhotra, N. k. (2008). *Investigación de Mercados* (Vol. QUINTO). Georgia, USA: PEARSON.

Malotra, N. (2008). *Investigación de Mercados*. México: Pearson.

Malotra, N. K. (2008). *Investigación de Mercados* . México: Pearson Educación.

Mantilla Vargas, F. (2015). *Técnicas de Muestreo Un enfoque a la Investigación de Mercados*. Quito, Ecuador: CYDISEÑO.

MantillaVargas, F. A. (2015). *Técnicas de Muestreo, Un enfoque a la Investigación de Mercados* (Vol. segundo). Quito, Ecuador: CYDISEÑO.

Martínez, C. (03 de Diciembre de 2012). <http://www.puromarketing.com>. Recuperado el 03 de Marzo de 2017, de <http://www.puromarketing.com/76/14695/experiencia-compra-memorable.html>

Maslow, A. H. (1991). *Motivación y personalidad*. Madrid: Días de Santos S.A.

McDANIEL. (2011). *Investigación de Mercados*.

Melby, E. C. (1985). <http://www.oie.int>. Recuperado el 15 de Febrero de 2017, de <http://www.oie.int/doc/ged/D8838.PDF>

Ministerio de Educación del Ecuador. (2009). https://educacion.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2014/01/TRANSP-CODIGO_DE_LA_NINEZ_Y_ADOLESCENCIA.pdf. Obtenido de CODIGO DE LA NIÑEZ Y ADOLESCENCIA : https://educacion.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2014/01/TRANSP-CODIGO_DE_LA_NINEZ_Y_ADOLESCENCIA.pdf

Ministerio de Industrias y Productividad. (2016). www.industrias.gob.ec. Recuperado el 6 de Junio de 2017, de <http://www.industrias.gob.ec/wp-content/uploads/2017/01/politicaIndustrialweb-16-dic-16-baja.pdf>

Ministerio de Salud Pública del Ecuador (MSP). (2018). *Base de Datos Influenza A(H1N1) 2013 a 2017*. Quito.

Ministerio de Salud Pública del Ecuador. (Abril de 2017). <https://www.paho.org>. Obtenido de <https://www.paho.org>: https://www.paho.org/ecu/index.php?option=com_docman&view=download&category_slug=inmunizaciones&alias=673-evaluacion-de-la-estrategia-nacional-de-inmunizaciones-ecuador-2017&Itemid=599

Ministerio de Salud Pública del Ecuador. (2017). *https://www.salud.gob.ec*. Obtenido de <https://www.salud.gob.ec: https://www.salud.gob.ec/direccion-nacional-de-vigilancia-epidemiologica/>

Ministerio de Salud Pública del Ecuador. (2018). *https://www.salud.gob.ec*. Obtenido de <https://www.salud.gob.ec: https://www.salud.gob.ec/arranca-campana-de-vacunacion-contra-la-influenza/>

Ministerio de Salud Pública. (s.f.). *https://www.salud.gob.ec*. Obtenido de <https://www.salud.gob.ec: https://www.salud.gob.ec/arranca-campana-de-vacunacion-contra-la-influenza/>

Ministerio de Salud Pública. (s.f.). *Organización Panamericana de Salud*. Obtenido de https://www.paho.org/ecu/index.php?option=com_content&view=article&id=178:influenza-ah1n1&Itemid=1017

Ministerio de Trabajo. (junio16 de 2017). *http://sut.trabajo.gob.ec*. Obtenido de http://sut.trabajo.gob.ec: http://sut.trabajo.gob.ec/publico/Programas/Prevenci%C3%B3n%20de%20Riesgo%20Psicosocial/3_GU%C3%8DA%20PARA%20LA%20APLICACI%C3%93N%20DEL%20CUESTIONARIO%20DE%20EVALUACI%C3%93N%20DE%20RIESGO%20PSICOSOCIAL.pdf

MSP, Ministerio de Salud Pública. (2018). *Ministerio de Salud Pública*. Obtenido de Ministerio de Salud Pública: <http://www.salud.gob.ec/valores-mision-vision/>

Municipio del Distrito Metropolitano de Quito. (2010 de Marzo de 2010). *Agencia Metropolitana de Control*. Recuperado el 7 de Enero de 2017, de http://www.agenciadecontrol.quito.gob.ec/images/archivos/base_legal/ordenanzas/Ordenanzas_Metropolitanas_en_materia_de_Construcciones_y_Licenciamientos/Ordenanza_Metropolitana_N_308.pdf

Municipio del Distrito Metropolitano de Quito. (Diciembre de 31 de 2010). *Licencia Metropolitana Única para el ejercicio de Actividades Económicas en el DMQ*. Recuperado el 20 de Enero de 2016, de <https://pam.quito.gob.ec/SitePages/InfoTramite.aspx?Tramite=240&Guia=LUAE&Codigo=L-0001>

Municipio del Distrito Metropolitano de Quito. (2017). *Requisitos para patente persona juridica*. Quito.

Naresh k. Malhotra. (2008). *Investigación de Mercados* (Vol. QUINTO). Georgia, USA: PEARSON.

Official Records of the World Health Organization. (s.f.).

OMS. (1948). <https://www.who.int>. Obtenido de <https://www.who.int>: <https://www.who.int/suggestions/faq/es/>

OMS. (s.f.). <https://www.paho.org>. Obtenido de <https://www.paho.org>: https://www.paho.org/ecu/index.php?option=com_docman&view=download&category_s

lug=inmunizaciones&alias=673-evaluacion-de-la-estrategia-nacional-de-inmunizaciones-ecuador-2017&Itemid=599

OMS. (s.f.). <https://www.paho.org/>. Obtenido de <https://www.paho.org/>:

https://www.paho.org/ecu/index.php?option=com_docman&view=download&category_slug=inmunizaciones&alias=673-evaluacion-de-la-estrategia-nacional-de-inmunizaciones-ecuador-2017&Itemid=599

OMS, <https://www.who.int>. (s.f.). <https://www.who.int>. Obtenido de <https://www.who.int>:

<https://www.who.int/csr/disease/swineflu/faq/es/>

OMS, <https://www.who.int>. (s.f.). <https://www.who.int>. Obtenido de <https://www.who.int>:

<https://www.who.int/about/what-we-do/es/>

OMS, Organización Mundial de la Salud. (s.f.). *Organización Mundial de la Salud*. Obtenido de Organización Mundial de la Salud: <https://www.who.int/topics/mortality/es/>

OPS. (s.f.). <https://www.paho.org>. Obtenido de <https://www.paho.org>:

(https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=91:about-paho&Itemid=220&lang=es)

Oransedi Martinez. (Mayo de 2011). *Psicología del consumidor*. Obtenido de

<http://psicologiadelconsumidoror.blogspot.com/2011/05/unidad-2-variables-individuales.html>

Organización Panamericana de la Salud. (2018). <https://www.paho.org>. Obtenido de

<https://www.paho.org>:

https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=3352:influenza-situation-report&Itemid=2469&lang=es

Pacheco Barreno, G. A. (2017). Recuperado el septiembre de 2018, de

<http://dspace.udla.edu.ec/bitstream/33000/8049/1/UDLA-EC-TEAIS-2017-10.pdf>

Pacioli. (Octubre de 2011). 1.1.1. Evaluación de la satisfacción del cliente diferenciando sus expectativas y percepciones en un centro de diagnóstico integral de pequeñas especies (CEDIPE). (N. A. Vázquez, Ed.) *Revista El Buzón*, 74.

Pérez, J. (2016). *Definición.DE*. Recuperado el 27 de Diciembre de 2016, de

<http://definicion.de/clinica/>

Quito, I. d. (2011). *Poblacion de habitantes Distrito Metropolitano de Quito*. Quito: INEC.

Quito, I. d. (2011). *Poblacion de habitantes La Delicia*. Quito: INEC.

RAE - REAL ACADEMIA ESPAÑOLA. (2018). <https://dle.rae.es/?id=L1TjrM9>. Obtenido de <https://dle.rae.es/?id=L1TjrM9>: <https://dle.rae.es/?id=L1TjrM9>

RAE. (2018). *REAL ACADEMIA ESPAÑOLA*. Obtenido de <https://dle.rae.es>

RAHMAN, Z., & BHATTACHARYYA. (2004). *Sources of first mover advantages in emerging markets*.

reliefweb. (s.f.). <https://reliefweb.int>. Obtenido de <https://reliefweb.int>:

<https://reliefweb.int/report/ecuador/ecuador-ministerio-de-educaci%C3%B3n-proporciona-masivamente-material-did%C3%A1ctico-sobre>

- Rodríguez, S., Rodríguez, A., Tejera, M., & Dávila, D. (2005). *Satisfacción del consumidor: Modelos explicativos*. Disertación, Universidad de las Palmas de Gran Canaria .
- Romero, L. A. (2004). *Marketing social: teoría y práctica*. Pearson Educación.
- Ruíz, M., & Palací, F. (2011). Variables cognitivas y psicología del consumidor. El modelo de la confirmación de expectativas en la actualidad. *Boletín de Psicología*, 103, 61-73.
- Schiffman, L. K. (2005). *Comportamiento del consumidor* (7ma ed.). Naucalpan de Juárez: Pearson Educacin.
- Schmitt, B. (2003). *Customer Experience Management: A Revolutionary Approach to Connecting with Your Customers*. Estados Unidos: Wiley.
- Schnarch, A. (2016). *Marketing de fidelización: ¿Cómo obtener clientes satisfechos y leales, bajo una perspectiva latinoamericana?* Madrid: Ecoe Ediciones.
- Senplades . (24 de Junio de 2013). *Buen vivir: Plan Nacional 2013-2017: Todo el mundo mejor*. Quito: Secretaría Nacional de Planificación y Desarrollo.
- Shen, Than, & Xie. (2000). *Level performance of services and overall customer satisfaction*.
- Soler, D. (2009). *Diccionario de logística*. Barcelona: Marge Books.
- Stanton, W. J. (2004). *Fundamentos de Marketing* (13va ed.). México: Mc Graw Hill.
- Talaya, Á. E. (2008). *Principios de Marketing*. ESIC Editorial.

Think&Sell. (s.f.). *Consultora de Marketing*. Recuperado el Octubre de 2018, de

<https://thinkandsell.com/servicios/consultoria/estrategia-de-clientes-y-marketing/experiencia-de-cliente/>

Todo Marketing. (Abril de 2016). www.todomktblog.com/. Recuperado el 6 de Abril de 2017, de

<http://www.todomktblog.com/2013/12/experiencia-de-compra.html>

Torres, P. A. (s.f.). *Psicología y Mente*. Obtenido de

<https://psicologiaymente.com/psicologia/epistemologia>

Velásquez, M. O. (2014). *Marketing: Conceptos y aplicaciones* (9na ed.). Bogota: Universidad del Norte.

Vélez, H. S. (Diciembre de 2002). www.scielo.org.co/pdf/iat/v15n4/v15n4a5.pdf. Obtenido de

www.scielo.org.co/pdf/iat/v15n4/v15n4a5.pdf.

Vogt, H. (2004). *El usuario es lo primero: la satisfacción del usuario como prioridad*. Barcelona,

España: Editorial Fundación Bertelsmann.

Walker, J., & Baker, J. (2000). *An exploratory study of a multi-expectation framework for*

services (Vol. 14). Texas: MCB UP Ltd.

Zeithaml, V., Parasuraman. & Berry, L. (1993). *Calidad total en la gestión de servicios: cómo*

lograr el equilibrio entre las percepciones y las expectativas de los consumidores.

Madrid: Díaz de Santos.

- Alarcón, K. (2015). *Diseño de un Modelo de Servicio para Farmaenlace en sus dos Unidades de Negocio bajo el Enfoque Kano, Ciclos de Servicio y Servqual*. Universidad de las Fuerzas Armadas ESPE, Departamento de Ciencias.
- Albrecht, K. (1998). *La revolución del servicio*. 3R Editores.
- Albrecht, K. (2011). *Gerencia del servicio*.
- American Marketing Association. (julio de 2009). *www.marketingpower.com*. Recuperado el 8 de diciembre de 2016, de http://www.marketingpower.com/_layouts/Dictionary.aspx?dLetter=C
- Andreasen, A. R. (1994). Social Marketing: Its Definition and Domain. *Journal of Public Policy & Marketing*, 108-114.
- Armas, L. (Febrero de 2011). *Estudio sobre el Comportamiento del Consumidor*. Facultad de Ciencias Económicas y Negocios. Quito: Universidad Tecnológica Equinoccial Repositorio Digital.
- AVATIUN CONSULT. (2018). *Programa Integral de Gestión y Cultura de Servicio al Cliente*. Documento no publicado, Quito.
- Bermejo, P., & Izquierdo, R. (2013). *Tu dinero y tu cerebro: Por qué tomamos decisiones erróneas y cómo evitarlas según la neuroeconomía*. Penguin Random House Grupo Editorial España.

- Bigné, E., & Andreu, L. (2004). Modelo cognitivo-afectivo de la satisfacción en servicios de ocio y turismo. *Cuadernos de Economía y Dirección de la Empresa*, 21, 089-120.
- Blackwell, Roger D. (2001). *Comportamiento del consumidor* (9na ed.). México: Thomson.
- Blackwell, Roger D. (2001). *Comportamiento del Consumidor* (9na ed.). México: Thomson.
- Blackwell, Roger D. (2001). *Comportamiento del Consumidor* (9na ed.). México: Thomson.
- Blackwell, Roger D. (2001). *Comportamiento del Consumidor* (9na ed.). México: Thomson.
- Blackwell, Roger D. (2001). *Comportamiento del Consumidor* (9na ed.). México: Thomson.
- Blajan, L., Gee, R., & Gimeno, E. (1987). *www.oie.int*. Recuperado el 17 de Abril de 2017, de <https://www.oie.int/doc/ged/D8461.PDF>
- Blakwell, Roger D. (2001). *Comportamiento del Consumidor* (9na ed.). México: Thomson.
- Blázquez, S. (27 de Junio de 2015). *economia.elpais.com*. Recuperado el 18 de Marzo de 2017, de http://economia.elpais.com/economia/2015/06/26/actualidad/1435315494_296503.html
- Blog-Top Punto Com. (14 de Julio de 2007). *www.blog-top.com*. Recuperado el 25 de Diciembre de 2016, de <http://www.blog-top.com/el-ciclo-phva-planear-hacer-verificar-actuar/>
- Bolívar, P. F. (Marzo de 2014). El marketing aplicado al ámbito social . *El marketing aplicado al ámbito social* . Madrid, España.
- Bon, J., Jonh, A., Kolthof, A., Pieper, Tjassing, R., Veen, A., y otros. (2008). *Gestión de Servicios TI basado en ITIL® V3 - Guia de Bolsillo*. Holanda: Van Haren .

Butler, J. (1986). *Geografía económica: Aspectos espaciales y ecológicos de la actividad económica*. Mexico D.F.: Limusa.

Cevallos María del Carmen, C. P. (s.f.). *Issuu*. Obtenido de https://issuu.com/ciespalmediaciones/docs/gripe_ah1n1_informe

Chavez Hernan, O. (s.f.). *Ministerio de Salud Pública del Ecuador*. Obtenido de <https://aplicaciones.msp.gob.ec/salud/archivosdigitales/documentosDirecciones/dnn/archivos/MANUAL%20ATENCION%20PRIMARIA%20EN%20SALUD%20MENTAL.pdf>

Chiriboga, D. (2010). *Manejo Adecuado de los Desechos Infecciosos Generados en las Instituciones de Salud en el Ecuador*. Quito: Ministerio de Salud Pública.

De la Cruz, C., & Zúñiga, J. (Agosto de 2016). *www.dspace.espol.edu.ec*. Recuperado el 07 de Junio de 2017, de <https://www.dspace.espol.edu.ec/retrieve/94751/D-P12733.pdf>

Definición MX. (08 de 07 de 2013). *Definición MX*. Obtenido de <https://definicion.mx/psicosocial/>

Dirección Nacional de Vigilancia Epidemiológica. (2018). Sistema de Vigilancia Centinela de IRAG/SIVE. *Sistema de Vigilancia Centinela de IRAG/SIVE*.

Ecuador, O. (15 de Mayo de 2009). *ECUADOR: 73 CASOS CONFIRMADOS DE INFLUENZA A (H1N1)*. Recuperado el 15 de Abril de 2018, de www.paho.org: https://www.paho.org/ecu/index.php?option=com_content&view=article&id=159:ecuador-73-casos-confirmados-influenza-h1n1&Itemid=360

EL UNIVERSO. (10 de junio de 2017). <http://www.eluniverso.com>. Obtenido de

<http://www.eluniverso.com/guayaquil/2017/06/10/nota/6224308/guayaquil-tiene-primera-clinica-movil-municipal-esterilizacion>

Erikson, E. (2005). Las etapas del Desarrollo Psicosocial. *REVISTA LASALLISTA DE INVESTIGACIÓN* .

Escuela de Psicología Universidad de Los Andes Santiago de Chile . (2005).

<https://cuidadospaliativos.org/uploads/2010/05/Conceptos,%20teor%C3%ADas%20y%20factores%20psicosociales%20en%20la%20adaptaci%C3%B3n%20al%20c%C3%A1ncer.pdf>. Obtenido de

<https://cuidadospaliativos.org/uploads/2010/05/Conceptos,%20teor%C3%ADas%20y%20factores%20psicosociales%20en%20la%20adaptaci%C3%B3n%20al%20c%C3%A1ncer.pdf>.

Escuela de Psicología Universidad de Los Andes Santiago de Chile. (2005). *Conceptos, teorías y factores psicosociales en la adaptación al cáncer* . Obtenido de

<https://cuidadospaliativos.org/uploads/2010/05/Conceptos,%20teor%C3%ADas%20y%20factores%20psicosociales%20en%20la%20adaptaci%C3%B3n%20al%20c%C3%A1ncer.pdf>:

<https://cuidadospaliativos.org/uploads/2010/05/Conceptos,%20teor%C3%ADas%20y%20factores%20psicosociales%20en%20la%20adaptaci%C3%B3n%20al%20c%C3%A1ncer.pdf>

- Experience, W. C. (Noviembre de 2016). *Qué es experiencia del cliente*. Recuperado el Octubre de 2018, de <https://www.wowcx.com/que-es-experiencia-de-cliente/>
- Ferrel, O., & Hartline, M. D. (2012). *Estrategia de marketing* (Quinta ed.). México: Cengage Learning.
- Ferrell, O. C., & Hartline, M. D. (2012). *Estrategia de marketing* (5ta ed.). (M. Treviño, & M. Carril, Trads.) México, D.F.: Cengage Learning.
- Folkman, S., & Lazarus, R. (1986). *Estrés y procesos cognitivos*. Barcelona: Ediciones Martínez Roca.
- forosecuador.ec. (2010). *www.forosecuador.ec*. Recuperado el 5 de Febrero de 2017, de <http://www.forosecuador.ec/forum/ecuador/tr%C3%A1mites/34066-requisitos-para-sacar-la-patente-municipal-de-quito>
- Gannio, L. (2017). *MBA y educación ejecutiva*. (L. Gannio, Productor) Obtenido de <https://mba.americaeconomia.com/articulos/columnas/customer-experience-el-poder-de-conocer-el-deseo-del-cliente>
- García, I. (2001). *CRM: gestión de la relación con los clientes*. Madrid: FC Editorial.
- González, M. (2015). *Experiencia de cliente*. LID Editorial.
- Grönroos, C. (2000). *Marketing y gestión de servicios: la gestión de los momentos de verdad y la competencia en los servicios*. Ediciones Díaz de Santos.
- Guajardo, E. (2008). *Administración de la calidad total*. México: Editorial Pax México.

Guerri, M. (2018). *Psicología Psicoactiva*. Obtenido de Psicoactiva:

<https://www.psicoactiva.com/blog/las-8-edades-del-hombre-la-teoria-del-desarrollo-psicosocial-erik-erikson/>

Hernández Sampieri, Fernández Collado, & Baotista Luco. (2010). *Metodología de la Investigación* (Vol. Quinto). MX, MX: McGRAW-HILL.

Hernández, P. (2011). La importancia de la satisfacción del usuario. *Documentación de las Ciencias de la Información*, 34, 349-368.

Hernández, R., Fernández, C., & Baptista, M. (2010). *Metodología de la investigación* (5ta ed.). México D.F: McGraw-Hill.

Ildefonso, G. E. (2014). *MARKETING DE LOS SERVICIOS* (Cuarta ed.). Madrid: ESIC.

INEC. (2018). *INEC*. Obtenido de <http://www.ecuadorencifras.gob.ec/los-divorcios-crecieron-8345-en-diez-anos-en-ecuador/>

INSTITUTO DE LA CIUDAD DE QUITO. (2015). *Estadísticas del DMQ*. Recuperado el 24 de Abril de 2018, de

<https://www.institutodelaciudad.com.ec/documentos/folletosdescarga/Folleto1.pdf>

Investigación y evaluación, S. C. (2009). *Academia*. Obtenido de

http://www.academia.edu/34354189/Impacto_Psicosocial_de_la_Epidemia_de_Influenza_A_H1N1_en_Pacientes_Familiares_Pacientes_y_Personal_de_Salud_del_de_ral_Un_Estudio_Exploratorio_2009

Kotler, P. &. (2003). *Fundamentos de Marketing* (Vol. 6ta Edición). Mexico: Pearson Educación.

- Kotler, P. (2007). *Marketing management*. Pearson.
- Kotler, P. K. (2016). En *Dirección de marketing*. México: Pearson/Educación.
- Kotler, P., & Armstrong, G. (2003). *Fundamentos de marketing*. Mexico: Pearson Educación.
- Kotler, P., & Armstrong, G. (2003). *Fundamentos de marketing*. México: Pearson Educación.
- Kotler, P., & Armstrong, G. (2007). *Fundamentos de Marketing*. Prentice Hall.
- Kotler, P., & Lane , K. (2009). *DIRECCION DE MARKETING*. México: Pearson Educación.
- Kotler, P., & Roberto, E. L. (1992). *MARKETING SOCIAL: Estrategias para cambiar la conducta pública*. Madrid, España: Días de Santos S.A.
- Kotler, P., & Zaltman, G. (1971). Marketing social: un acercamiento hacia la planeación de los cambios sociales . *Journal of Marketing*.
- Kotler, P., Bloom, P., & Hayes, T. (2004). *El marketing de servicios profesionales*. Barcelona: Ediciones Paidós.
- Kotler, P., Roberto, E. L., & Roberto, N. (1989). Prensa libre.
- La Hora. (3 de Febrero de 2016). *lahora.com.ec*. Recuperado el 19 de Abril de 2017, de <https://lahora.com.ec/noticia/1101911797/noticia>
- Lamb, c. W. (2011). *Marketing*. (C. S. Fe, Ed.) DF, México: Cengage Learning.
- Langdon, P., Lazar, J., Heylinghen, A., & Dong, H. (2014). *Inclusive Desingning*. New York: Springer.

Loundon & della Bitta. (1995). *Funadamentos de Marketing*. BA: GRANICA.

Lozano, L. (s.f.). *www.zeusconsult.com.mx* . Recuperado el 21 de Enero de 2017, de <http://www.zeusconsult.com.mx/artmverdad.htm>

Malhotra, N. k. (2008). *Investigación de Mercados* (Vol. QUINTO). Georgia, USA: PEARSON.

Malotra, N. (2008). *Investigación de Mercados*. México: Pearson.

Malotra, N. K. (2008). *Investigación de Mercados* . México: Pearson Educación.

Mantilla Vargas, F. (2015). *Técnicas de Muestreo Un enfoque a la Investigación de Mercados*. Quito, Ecuador: CYDISEÑO.

MantillaVargas, F. A. (2015). *Técnicas de Muestreo, Un enfoque a la Investigación de Mercados* (Vol. segundo). Quito, Ecuador: CYDISEÑO.

Martínez, C. (03 de Diciembre de 2012). <http://www.puromarketing.com>. Recuperado el 03 de Marzo de 2017, de <http://www.puromarketing.com/76/14695/experiencia-compra-memorable.html>

Maslow, A. H. (1991). *Motivación y personalidad*. Madrid: Días de Santos S.A.

McDANIEL. (2011). *Investigación de Mercados*.

Melby, E. C. (1985). <http://www.oie.int>. Recuperado el 15 de Febrero de 2017, de <http://www.oie.int/doc/ged/D8838.PDF>

Ministerio de Educación del Ecuador. (2009). <https://educacion.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2014/01/TRANSP->

CODIGO_DE_LA_NINEZ_Y_ADOLESCENCIA.pdf. Obtenido de CODIGO DE LA NIÑEZ Y ADOLESCENCIA : https://educacion.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2014/01/TRANSP-CODIGO_DE_LA_NINEZ_Y_ADOLESCENCIA.pdf

Ministerio de Industrias y Productividad. (2016). *www.industrias.gob.ec*. Recuperado el 6 de Junio de 2017, de <http://www.industrias.gob.ec/wp-content/uploads/2017/01/politicaIndustrialweb-16-dic-16-baja.pdf>

Ministerio de Salud Pública del Ecuador (MSP). (2018). *Base de Datos Influenza A(H1N1) 2013 a 2017*. Quito.

Ministerio de Salud Pública del Ecuador. (Abril de 2017). <https://www.paho.org>. Obtenido de <https://www.paho.org>:
https://www.paho.org/ecu/index.php?option=com_docman&view=download&category_slug=inmunizaciones&alias=673-evaluacion-de-la-estrategia-nacional-de-inmunizaciones-ecuador-2017&Itemid=599

Ministerio de Salud Pública del Ecuador. (2017). <https://www.salud.gob.ec>. Obtenido de <https://www.salud.gob.ec>: <https://www.salud.gob.ec/direccion-nacional-de-vigilancia-epidemiologica/>

Ministerio de Salud Pública del Ecuador. (2018). <https://www.salud.gob.ec>. Obtenido de <https://www.salud.gob.ec>: <https://www.salud.gob.ec/arranca-campana-de-vacunacion-contrala-influenza/>

Ministerio de Salud Pública. (s.f.). *Organización Panamericana de Salud*. Obtenido de

https://www.paho.org/ecu/index.php?option=com_content&view=article&id=178:influenza-ah1n1&Itemid=1017

Ministerio de Trabajo. (junio 16 de 2017). <http://sut.trabajo.gob.ec>. Obtenido de

<http://sut.trabajo.gob.ec>:

http://sut.trabajo.gob.ec/publico/Programas/Prevenci%C3%B3n%20de%20Riesgo%20Psicosocial/3_GU%C3%8DA%20PARA%20LA%20APLICACI%C3%93N%20DEL%20CUESTIONARIO%20DE%20EVALUACI%C3%93N%20DE%20RIESGO%20PSICOSOCIAL.pdf

MSP, Ministerio de Salud Pública. (2018). *Ministerio de Salud Pública*. Obtenido de Ministerio de Salud Pública: <http://www.salud.gob.ec/valores-mision-vision/>

Municipio del Distrito Metropolitano de Quito. (2010 de Marzo de 2010). *Agencia Metropolitana de Control*. Recuperado el 7 de Enero de 2017, de

http://www.agenciadecontrol.quito.gob.ec/images/archivos/base_legal/ordenanzas/Ordenanzas_Metropolitanas_en_materia_de_Construcciones_y_Licenciamientos/Ordenanza_Metropolitana_N_308.pdf

Municipio del Distrito Metropolitano de Quito. (Diciembre de 31 de 2010). *Licencia*

Metropolitana Única para el ejercicio de Actividades Económicas en el DMQ.

Recuperado el 20 de Enero de 2016, de

<https://pam.quito.gob.ec/SitePages/InfoTramite.aspx?Tramite=240&Guia=LUAE&Codigo=L-0001>

Municipio del Distrito Metropolitano de Quito. (2017). *Requisitos para patente persona juridica*.
Quito.

Naresh k. Malhotra. (2008). *Investigación de Mercados* (Vol. QUINTO). Georgia, USA:
PEARSON.

Official Records of the World Health Organization. (s.f.).

OMS. (1948). <https://www.who.int>. Obtenido de <https://www.who.int>:
<https://www.who.int/suggestions/faq/es/>

OMS. (s.f.). <https://www.paho.org>. Obtenido de <https://www.paho.org>:
[https://www.paho.org/ecu/index.php?option=com_docman&view=download&category_s
lug=inmunizaciones&alias=673-evaluacion-de-la-estrategia-nacional-de-inmunizaciones-
ecuador-2017&Itemid=599](https://www.paho.org/ecu/index.php?option=com_docman&view=download&category_slug=inmunizaciones&alias=673-evaluacion-de-la-estrategia-nacional-de-inmunizaciones-ecuador-2017&Itemid=599)

OMS. (s.f.). <https://www.paho.org/>. Obtenido de <https://www.paho.org/>:
[https://www.paho.org/ecu/index.php?option=com_docman&view=download&category_s
lug=inmunizaciones&alias=673-evaluacion-de-la-estrategia-nacional-de-inmunizaciones-
ecuador-2017&Itemid=599](https://www.paho.org/ecu/index.php?option=com_docman&view=download&category_slug=inmunizaciones&alias=673-evaluacion-de-la-estrategia-nacional-de-inmunizaciones-ecuador-2017&Itemid=599)

OMS, <https://www.who.int>. (s.f.). <https://www.who.int>. Obtenido de <https://www.who.int>:
<https://www.who.int/csr/disease/swineflu/faq/es/>

OMS, <https://www.who.int>. (s.f.). <https://www.who.int>. Obtenido de <https://www.who.int>:
<https://www.who.int/about/what-we-do/es/>

OMS, Organización Mundial de la Salud. (s.f.). *Organización Mundial de la Salud*. Obtenido de Organización Mundial de la Salud: <https://www.who.int/topics/mortality/es/>

OPS. (s.f.). <https://www.paho.org>. Obtenido de <https://www.paho.org>:
(https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=91:about-paho&Itemid=220&lang=es)

Oransedi Martinez. (Mayo de 2011). *Psicología del consumidor*. Obtenido de <http://psicologiadelconsumidoror.blogspot.com/2011/05/unidad-2-variables-individuales.html>

Organización Panamericana de la Salud. (2018). <https://www.paho.org>. Obtenido de <https://www.paho.org>:
https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=3352:influenza-situation-report&Itemid=2469&lang=es

Pacheco Barreno, G. A. (2017). Recuperado el septiembre de 2018, de <http://dspace.udla.edu.ec/bitstream/33000/8049/1/UDLA-EC-TEAIS-2017-10.pdf>

Pacioli. (Octubre de 2011). 1.1.1. Evaluación de la satisfacción del cliente diferenciando sus expectativas y percepciones en un centro de diagnóstico integral de pequeñas especies (CEDIPE). (N. A. Vázquez, Ed.) *Revista El Buzón*, 74.

Pérez, J. (2016). *Definición.DE*. Recuperado el 27 de Diciembre de 2016, de <http://definicion.de/clinica/>

Quito, I. d. (2011). *Poblacion de habitantes Distrito Metropolitano de Quito*. Quito: INEC.

Quito, I. d. (2011). *Poblacion de habitantes La Delicia*. Quito: INEC.

RAE - REAL ACADEMIA ESPAÑOLA. (2018). <https://dle.rae.es/?id=L1TjrM9>. Obtenido de <https://dle.rae.es/?id=L1TjrM9>: <https://dle.rae.es/?id=L1TjrM9>

RAE. (2018). *REAL ACADEMIA ESPAÑOLA*. Obtenido de <https://dle.rae.es>

RAHMAN, Z., & BHATTACHARYYA. (2004). *Sources of first mover advantages in emerging markets*.

reliefweb. (s.f.). <https://reliefweb.int>. Obtenido de <https://reliefweb.int>:

<https://reliefweb.int/report/ecuador/ecuador-ministerio-de-educaci%C3%B3n-proporciona-masivamente-material-did%C3%A1ctico-sobre>

Rodríguez, S., Rodríguez, A., Tejera, M., & Dávila, D. (2005). *Satisfacción del consumidor: Modelos explicativos*. Disertación, Universidad de las Palmas de Gran Canaria .

Romero, L. A. (2004). *Marketing social: teoría y práctica*. Pearson Educación.

Ruíz, M., & Palací, F. (2011). Variables cognitivas y psicología del consumidor. El modelo de la confirmación de expectativas en la actualidad. *Boletín de Psicología*, 103, 61-73.

Schiffman, L. K. (2005). *Comportamiento del consumidor* (7ma ed.). Naucalpan de Juárez: Pearson Educacin.

Schmitt, B. (2003). *Customer Experience Management: A Revolutionary Approach to Connecting with Your Customers*. Estados Unidos: Wiley.

Schnarch, A. (2016). *Marketing de fidelización: ¿Cómo obtener clientes satisfechos y leales, bajo una perspectiva latinoamericana?* Madrid: Ecoe Ediciones.

Senplades . (24 de Junio de 2013). *Buen vivir: Plan Nacional 2013-2017: Todo el mundo mejor*. Quito: Secretaría Nacional de Planificación y Desarrollo.

Shen, Than, & Xie. (2000). *Level performance of services and overall customer satisfaction*.

Soler, D. (2009). *Diccionario de logística*. Barcelona: Marge Books.

Stanton, W. J. (2004). *Fundamentos de Marketing* (13va ed.). México: Mc Graw Hill.

Talaya, Á. E. (2008). *Principios de Marketing*. ESIC Editorial.

Think&Sell. (s.f.). *Consultora de Marketing*. Recuperado el Octubre de 2018, de <https://thinkandsell.com/servicios/consultoria/estrategia-de-clientes-y-marketing/experiencia-de-cliente/>

Todo Marketing. (Abril de 2016). www.todomktblog.com/. Recuperado el 6 de Abril de 2017, de <http://www.todomktblog.com/2013/12/experiencia-de-compra.html>

Torres, P. A. (s.f.). *Psicología y Mente*. Obtenido de <https://psicologiaymente.com/psicologia/epistemologia>

Velásquez, M. O. (2014). *Marketing: Conceptos y aplicaciones* (9na ed.). Bogota: Universidad del Norte.

Vélez, H. S. (Diciembre de 2002). www.scielo.org.co/pdf/iat/v15n4/v15n4a5.pdf. Obtenido de www.scielo.org.co/pdf/iat/v15n4/v15n4a5.pdf.

Vogt, H. (2004). *El usuario es lo primero: la satisfacción del usuario como prioridad*. Barcelona, España: Editorial Fundación Bertelsmann.

Walker, J., & Baker, J. (2000). *An exploratory study of a multi-expectation framework for services* (Vol. 14). Texas: MCB UP Ltd.

Yuksel. (2002). Recuperado el 20 de Enero de 2017, de

http://catarina.udlap.mx/u_dl_a/tales/documentos/lhr/guzman_s_z/capitulo2.pdf