

UNIVERSIDAD NACIONAL DEL ALTIPLANO

FACULTAD DE ENFERMERÍA

ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA



**INTERVENCIÓN EDUCATIVA DE ENFERMERÍA EN EL CONOCIMIENTO
DE GRIPE AH1N1 EN COMERCIANTES DEL MERCADO BELLAVISTA,
PUNO - 2012**

TESIS

PRESENTADA POR:

VICTORIA CALLA TICONA

ANA CCUNO ARQUIPA

PARA OPTAR EL TÍTULO DE:

LICENCIADA EN ENFERMERÍA

PUNO - PERU

2013

UNIVERSIDAD NACIONAL DEL ALTIPLANO
FACULTAD DE ENFERMERÍA"INTERVENCIÓN EDUCATIVA DE ENFERMERÍA EN EL CONOCIMIENTO
DE LA GRIPE AHINI EN COMERCIANTES DEL MERCADO BELLAVISTA,
PUNO - 2012"

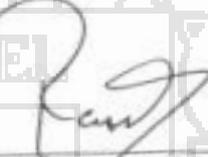
TESIS

PRESENTADA A LA COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN DE LA
FACULTAD DE ENFERMERÍA DE LA UNA - PUNO, COMO REQUISITO
PARA OBTENER EL TÍTULO PROFESIONAL DE:

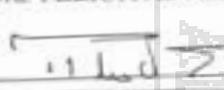
LICENCIADA EN ENFERMERÍA

APROBADO POR:

PRESIDENTE DE JURADO

: 
Dra. FELICITAS RAMOS QUISPE

PRIMER MIEMBRO

: 
Mg. ROSA PILCO VARGAS

SEGUNDO MIEMBRO

: 
Mg. ZORAIDA RAMOS PINEDA

DIRECTOR Y ASESOR

: 
Mg. JUAN MOISES SUCCAPUCA ARAUJO

PUNO - PERÚ

PUNO 2013

ÁREA : Salud comunitaria**TEMA** : Atención en enfermería

DEDICATORIA

Expreso mi eterna gratitud a Dios por guiarme y darme la fortaleza en los momentos difíciles y superar las adversidades.

A mis queridos padres: Sergio y Flora por su cariño, paciencia y apoyo incondicional que han hecho posible la culminación de mi estudio.

A mis hermanos Humberto, Braulio por su comprensión y constante apoyo moral.

A mis compañeras por compartir gratos momentos durante nuestros estudios en las aulas universitarias.

A todos ellos muchas gracias de todo corazón.

Victoria C. T.

Expreso mi eterna gratitud a Dios que me ha dado fortaleza para superar las adversidades, seguir adelante y por las múltiples bendiciones que me ha concedido.

A mis padres Andrés y Evangelina

por su cariño, apoyo incondicional de forma constante que han hecho posible la culminación de mis estudios.

A mis queridas hermanas (o) con gratitud,

por su comprensión y apoyo incondicional y

a mi hijo kelvin.

A los docentes de la Facultad de Enfermería que con sus sabios consejos y gratas enseñanzas que nos guiaron día a día para nuestro buen desenvolvimiento en nuestra carrera profesional.

Ana C.A.

AGRADECIMIENTO

A la Universidad Nacional del Altiplano – Puno por habernos dado la oportunidad de forjarnos profesionalmente.

A la Facultad de Enfermería por acogernos e impulsarnos en nuestra formación profesional.

A los docentes de la Facultad de Enfermería quienes impartieron sus conocimientos y experiencias durante nuestra formación profesional.

A los miembros del jurado calificador: Dra. Felicitas Ramos Quispe, Mg. Rosa Pilco Vargas y Mg. Zoraida Ramos Pineda. Por sus sugerencias y aportaciones en la revisión de la presente investigación.

Al director y asesor de investigación Mg. Juan Moisés Sucapuca Araujo por sus orientaciones y sugerencias durante el desarrollo y culminación del trabajo de investigación.

Al personal administrativo que laboran dentro de la facultad por el apoyo que siempre han tenido hacia nuestras personas.

ÍNDICE

| | |
|---|----|
| I. INTRODUCCIÓN ----- | 1 |
| CARACTERIZACIÓN DEL PROBLEMA ----- | 1 |
| ANTECEDENTES DEL PROBLEMA ----- | 3 |
| FORMULACIÓN DEL PROBLEMA ----- | 6 |
| IMPORTANCIA Y UTILIDAD DEL ESTUDIO ----- | 6 |
| II. MARCO TEÓRICO Y CONCEPTUAL ----- | 7 |
| III. HIPÓTESIS DE INVESTIGACIÓN ----- | 34 |
| IV. VARIABLES Y SU OPERACIONALIZACIÓN ----- | 35 |
| V. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN ----- | 37 |
| VI. DISEÑO METODOLÓGICO ----- | 38 |
| VII. RESULTADOS Y DISCUSIÓN ----- | 46 |
| CONCLUSIONES ----- | 60 |
| RECOMENDACIONES ----- | 61 |
| REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS ----- | 62 |
| ANEXOS ----- | 67 |

RESUMEN

La presente investigación se realizó con el objetivo de: Determinar la efectividad de la Intervención educativa de enfermería en el conocimiento de la gripe AH1N1 en comerciantes del mercado Bellavista, Puno 2012. La investigación fue de tipo pre experimental, con diseño de pre y post test con un solo grupo. La muestra de estudio estuvo conformada por 25 comerciantes seleccionados a través del método No probabilístico; para la recolección de datos se aplicó la técnica de la encuesta y el instrumento fue un cuestionario. El análisis de los datos se realizó en forma porcentual y la contrastación de la hipótesis con la prueba T-Student para dos promedios. Los resultados del estudio demuestran que: Antes de aplicar la intervención educativa de enfermería; sobre los aspectos generales: el 84% de las comerciantes tenían conocimiento incorrecto respecto a: personas en mayor riesgo, síntomas de gravedad; 80% en causa, personas en riesgo de enfermar, signo principal. En medidas de prevención y protección: el 92% tenía conocimiento incorrecto referente a: medidas para evitar el contagio. Después de la intervención educativa de enfermería; el 100% de las comerciantes obtienen un conocimiento correcto relacionado a: signos ocasionales; 96% en definición, causas, personas en riesgo de enfermar, signo principal; 92% en medios de contagio; 88% personas en mayor riesgo, síntomas de gravedad. En las medidas de prevención y protección: el 96% tienen conocimiento correcto sobre acciones al identificar un familiar enfermo. En forma global; el 92% de las comerciantes antes de la intervención educativa tenían conocimiento deficiente, después de la educación el 88% mejora su conocimiento a un nivel bueno. Por tanto, la Intervención educativa de Enfermería fue efectiva ($T_c = 17,77$) en el conocimiento sobre la gripe AH1N1.

PALABRAS CLAVES: Intervención educativa, conocimiento, gripe AH1N1.

I. INTRODUCCIÓN

CARACTERIZACIÓN DEL PROBLEMA

En la actualidad dentro de las enfermedades respiratorias con alta patogenicidad, es la influenza tipo A, el que tiene la capacidad de causar la pandemia en los seres humanos, siendo la transmisión de persona a persona. Al ser un virus de la gripe, su forma de transmisión entre seres humanos es similar a la de la gripe estacional: por el aire cuando una persona con gripe tose o estornuda. Algunas veces, las personas pueden contagiarse al tocar algo que tiene el virus de la gripe, luego llevarse las manos a la boca o la nariz. El 11 de junio del 2009 la Organización Mundial de la Salud declara el inicio de la pandemia de la gripe AH1N1.¹

La Organización Mundial de la Salud (OMS), precisa que el agravamiento de esta enfermedad se caracteriza por una neumonía viral que destruye los tejidos pulmonares y no responde a los antibióticos, mientras que surgen complicaciones en otros órganos, como el corazón, los riñones o el hígado, que al no ser tratadas oportunamente llevan a la muerte.² Para el año 2010, la información oficial proporcionada por la Organización Mundial de la Salud, a nivel mundial, hasta el 31 de enero del año 2010, señala que más de 209 países y territorios o comunidades han reportado casos de gripe o influenza AH1N1 confirmados en laboratorio, incluidas 15,174 muertes.³

En Bolivia vecino país, la gripe AH1N1, se inició en el año 2009, el 28 de mayo del mismo año se presentó el primer caso reportado por esta gripe. Éste fue el 19° país en reportar casos de gripe AH1N1 en el continente americano. Las primeras personas infectadas por esta pandemia fueron un niño y su madre de la ciudad de Santa Cruz de la Sierra. A pesar de haberse implementado diferentes medidas de prevención a fin de evitar el ingreso de la gripe AH1N1, entre las cuales podemos mencionar: el uso obligatorio de barbijos N° 95 por parte del personal de aeropuertos; la distribución de afiches informativos de la gripe AH1N1; y las medidas que deben tomarse para evitar el contagio. También se ha restringido el comercio porcino y la importación de productos cárnicos; hasta el 10 de marzo de 2010, se daban a conocer 2,310 casos, según datos extraoficiales se registraron 59 muertes a nivel nacional causadas por la pandemia.⁴ Según el parte epidemiológico de Bolivia a octubre del año 2011, se han notificado 3,351 casos de los cuales se han confirmado 852 positivos y 4 habían fallecido por esta causa. En julio del 2012 nuevamente Bolivia reporta rebrote de la gripe AH1N1 con 985 casos confirmados y 15 personas fallecidas.⁵

En el Perú hasta el 8 de enero del año 2010 se han reportado 9,215 casos de gripe o influenza AH1N1, de los cuales 208 fallecieron por esta causa.³ En el departamento de Puno, este panorama no es ajena. La Dirección Regional de Salud Puno (DIRESA) indicó que hasta agosto del 2009 se había atendido 261 casos, de los cuales 49 fueron positivos, 58 negativos y 154 se encuentran pendientes de resultado; 46 pacientes estuvieron hospitalizados. En la última actualización, a agosto del 2010, se tiene registrado 214 casos y un total de 10 fallecidos.⁶

La Organización Mundial de la Salud el 10 de agosto del 2010 anunció fin de la pandemia, luego de 14 meses. Actualmente esta enfermedad de la gripe AH1N1 continua presentándose en diferentes países en julio del 2010 Argentina reporta 54 casos positivos y 1 fallecido; en marzo del 2012 Guatemala reportó 55 casos confirmados y 4 fallecidos, en enero del 2013 Palestina reporta 411 casos confirmados y 14 fallecidos.

Un estudio realizado en los establecimientos del Ministerio de Salud del Perú (MINSA) sobre el “Conocimientos y prácticas sobre la nueva influenza AH1N1 en trabajadores de salud y pacientes Ambulatorios” en 313 usuarios resalta que el 38% de los pacientes encuestados asocian la nueva Influenza AH1N1 con los cerdos y aves, el 17% no reconoce que la transmisión es de persona a persona, asimismo, entre el 35% a 50% utiliza la mano para cubrirse nariz y boca al estornudar o toser y no tiene práctica de higiene de manos.⁷ Esta situación no es ajena en nuestro medio, el conocimiento de la población sobre la gripe AH1N1 depende en gran parte de la información sobre la prevención, medidas sencillas que muchas veces no son aplicadas para protegerse de esta enfermedad.

En octubre del 2012, el distrito de Desaguadero de la provincia de Chucuito del departamento de Puno, fue declarado en estado de alerta amarilla por encontrarse en la frontera de Bolivia, donde muchos peruanos especialmente los comerciantes del mercado Bellavista de la ciudad de Puno dedicados al comercio transitan por esta vía para realizar sus transacciones comerciales, exponiéndose a ser afectados por esta gripe.

Frente al problema, la falta de intervención del personal de salud, especialmente la Enfermera que tiene mayor contacto con la población y que tiene como función educar sobre la prevención de diversas enfermedades, La Gripe o influenza AH1N1, no podría ser limitada en su propagación. Por otra parte, la falta de estrategias educativas dirigidas a la población adulta que pueden mejorar el conocimiento sobre esta enfermedad y el comportamiento preventivo en la población expuesta al riesgo constituye un aspecto negativo.

En ese mismo, sentido, al no fortalecer o mejorar el conocimiento sobre las enfermedades y sus medidas de prevención con herramientas educativas capaces de lograr objetivos esperados, la dimensión del cuidado de enfermería a las personas no se enriquece con la producción de conocimiento, tampoco se mejora las acciones de las personas para mejorar sus condiciones de vida y salud.⁸

Durante las prácticas Pre-Profesionales comunitarias se ha observado que el personal de salud, sólo toma acciones cuando aparece la pandemia en poblaciones de riesgo como en niños escolares, madres gestantes y adultos mayores; mas no se considera a las comerciantes en edad económicamente activa. No se han intervenido a través de sesiones educativas para impartir conocimientos sobre la prevención de la gripe AH1N1. Las comerciantes del mercado Bellavista constituyen un grupo de riesgo porque frecuentemente viajan a la frontera y al interior del vecino país de Bolivia donde permanentemente se están presentando el rebrote de la gripe AH1N1. Esta situación constituye un peligro para la población de comerciantes y pobladores de la región de

Puno; porque están exponiéndose al contagio de la enfermedad; al preguntar a las comerciantes sobre las medidas preventivas para evitar el contagio responden vagamente y no reconocen los medios más frecuentes de contagio. En resumen podemos afirmar que las comerciantes están poco informadas el cual les coloca en una población vulnerable.

Motivo por el cual se propone realizar una intervención educativa de enfermería con el fin de mejorar el conocimiento sobre la gripe AH1N1 en los comerciantes del mercado Bellavista considerando el enfoque constructivista del aprendizaje significativo, fundamento que permitirá instruir, mejorar y fortalecer el conocimiento sobre la gripe AH1N1.

ANTECEDENTES DEL PROBLEMA A NIVEL INTERNACIONAL

Rodríguez-Guerrero et. al (2010). España, realizaron un estudio descriptivo transversal sobre “Conocimientos y actitudes de la población ante la gripe AH1N1” con el objetivo de describir el grado de conocimiento y actitudes de la población sobre los mecanismos de transmisión, los síntomas, la prevención y el tratamiento de la gripe AH1N1 en usuarios mayores de edad que acuden al Centro de Salud mediante encuesta auto cumplimentada elaborada ad hoc. Se realizó un estudio observacional descriptivo transversal y multicéntrico, mediante un muestreo por reclutamiento entre los usuarios mayores de edad que acudieron a su centro de salud en cuatro zonas básicas de salud de la provincia de Toledo. Para la recolección de datos utilizó un cuestionario anónimo que fue aplicado a 206 personas. Obtuvieron los siguientes resultados: El 33,5% se consideraban pertenecientes a grupos de riesgo frente a la gripe A. El 29,13% se había vacunado el año anterior frente a la gripe, por 27,8% el año actual (7,14% frente a gripe A). Los conocimientos correctos sobre síntomas, tratamiento y necesidad de receta para conseguir antivirales fueron del 61%, 32,7% y 70,3%, respectivamente. El 40,1% se consideraba poco o nada informado, obteniendo la información fundamentalmente de la televisión (75,7%). El 37,81% se consideraba bastante o muy preocupado ante la enfermedad, y el 37,24% consideraba que esta era bastante o muy grave. Las actitudes ante el padecimiento de un cuadro catarral no cambiaron respecto a la pauta habitual. Se abordó a las siguientes conclusiones: La cobertura de vacunas es baja, especialmente ante la gripe AH1N1. La población se considera poco informada sobre síntomas y tratamiento de la gripe AH1N1. La mayor parte de la información se obtiene de medios no oficiales (televisión). El grado de preocupación y la percepción de gravedad se encuentran en niveles medios. La pandemia no ha alterado las costumbres de la población. El grado de información acerca de la gripe A. El 40,1% se consideraba poco o nada informado.⁹

La Organización Mundial de la Salud (2010), realizó una investigación sobre “Estudio de Conocimiento, actitudes y prácticas ante la Gripe AH1N1” en el año 2010, tuvo como objetivo evaluación del conocimiento, actitudes y prácticas de la población uruguayo acerca de la pandemia de la gripe AH1N1. La población estuvo conformada

por mayores 18 años residentes en todo el país. Se utilizó una muestra de 600 casos. Se aplicó un cuestionario, cuyos resultados reportaron que: La población encuestada presenta un alto nivel de conocimiento de la enfermedad; un 74% menciona la enfermedad de forma espontánea, un 25% de forma guiada y un 1% no la conoce. Entre los que la mencionan espontáneamente, un 42% la nombra como Gripe A. Con respecto a su peligrosidad, la mayoría de los encuestados creen que es mucho o algo más peligroso que la gripe común. Esta percepción de peligrosidad aumenta para el nivel socioeconómico más bajo. Con respecto a la información circulante sobre el tema, se valora por la mayoría de los entrevistados el rol del Ministerio de Salud Pública de Uruguay (MSP) a la hora de informar, aunque aparecen algunas notas discordantes que refieren a cierto exceso de ponderación del tema, sobre todo a nivel de los medios (58% está de acuerdo con que exageraron respecto de este tema). La mayoría de los encuestados muestra una buena predisposición hacia las vacunas, y los datos relevados en la encuesta coinciden con las cifras dadas a conocer por el MSP (20% de los encuestados manifiesta haberse vacunado). El 94% cree que se promovió las medidas adecuadas. En síntesis, se percibe a nivel de la población un conocimiento importante acerca de la enfermedad y de las medidas promovidas por el Ministerio de la Sanidad. Se percibe también una buena aceptación de dichas medidas, sobre todo de la vacunación.¹⁰

Otro estudio realizado en Barcelona en el año 2010, sobre “Estudio transversal basado en la población sobre la aceptabilidad de la vacuna y la percepción de la gravedad de la gripe AH1N1: opinión de la población general y de los profesionales sanitarios” tuvo como objetivo de determinar la intención de la población general y de los profesionales sanitarios de vacunarse contra la gripe AH1N1, así como la percepción que tienen de la gravedad de la gripe AH1N1 en comparación con la gripe estacional. El estudio fue de tipo transversal y mediante encuesta telefónica a una muestra de población general, a partir de la guía telefónica, y electrónica a profesionales sanitarios de los centros asistenciales públicos de Vitoria-Gasteiz. Los resultados reportados fueron: El 63,0% de la población general y el 73,4% de la población sanitaria no se vacunaría si la vacuna fuese gratis ($p=0,595$). En caso de pertenecer a alguno de los grupos de riesgo no se vacunaría el 14,6% de la población ni el 40,4% de los sanitarios ($p<0,001$). El porcentaje de indecisos entre la población general es del 25,6%, frente al 6,4% de los profesionales sanitarios. Se concluyó que: La mayoría de la población no tiene, al inicio de la campaña de vacunación, intención de vacunarse contra la gripe A. La proporción es similar a la del colectivo de profesionales sanitarios, salvo bajo el supuesto de pertenecer a grupos de riesgo, en cuyo caso hay un importante grupo de indecisos entre la población.

Cuando se les preguntó si se vacunarían en caso de pertenecer a un grupo de riesgo, el 59,8% respondió que sí. Por su parte, el 40,4% de los trabajadores sanitarios mantenía que no se vacunaría aun perteneciendo a alguno de los grupos de riesgo establecidos, el 53,2% sí se vacunaría en este supuesto.

Percepción sobre la inconveniencia, la efectividad y la investigación con la vacuna de la gripe AH1N1. El 58,9% de la población general y el 41,3% de los profesionales no consideraban un inconveniente vacunarse frente a la gripe AH1N1 ($p < 0,001$). Asimismo, entre los profesionales sanitarios está más extendida la opinión de que la vacuna no es efectiva: el 41,3% (45 personas) lo cree así, frente al 20,5% (45 personas) entre la población general. Aunque más del 50% de los encuestados considera que la vacuna no ha sido suficientemente investigada, la diferencia entre ambos grupos no es estadísticamente significativa, si bien un 31,5% de la población general no tiene una opinión formada al respecto.¹¹

A NIVEL NACIONAL

Ávila J. (2009), en el estudio realizado acerca de los “Conocimientos y prácticas sobre la nueva influenza AH1N1 en trabajadores de salud y pacientes ambulatorios en los establecimientos del Ministerio de Salud Perú 2009”, con el objetivo de determinar el nivel de conocimientos, las actitudes y prácticas de los pacientes y del personal de salud a inicios de la pandemia de la nueva Influenza AH1N1. El estudio fue de tipo descriptivo de corte transversal en establecimientos del Ministerio de Salud de Arequipa, Puno, Tacna y Piura en 313 usuarios y 244 trabajadores de 4 ciudades del país. Los resultados fueron: El 38% de los pacientes encuestados asocia la nueva Influenza AH1N1 con los cerdos o aves, un 17% no reconoce que la transmisión es de persona a persona, asimismo, entre el 35% a 50% utiliza la mano para cubrirse nariz y boca al estornudar o toser y no tiene práctica de higiene de manos. En el caso del personal de salud, el 99% advierte la transmisión humana y el 86% conoce la definición de caso sospechoso de Influenza AH1N1. Entre el 83% y 95% de los trabajadores encuestados reconocen las medidas de protección individual recomendadas por el MINSA. En ambos grupos la televisión es el medio más visto (60%) y por dónde recibe mayor información sobre Influenza AH1N1, además, en los trabajadores de salud, un medio frecuente de información sobre el tema también es el internet (11%). Se concluyó que los pacientes tienen bajo conocimiento y práctica a diferencia de los trabajadores de estos establecimientos de salud.¹²

A NIVEL LOCAL

Mendoza M. (2009) en su investigación sobre “Factores de riesgo asociados a la Influenza AH1N1 en pacientes diagnosticados en el Hospital III ESSALUD”, se realizó con el objetivo de determinar los factores de riesgo asociados a la Influenza AH1N1. La población de estudio estuvo constituida por 43 pacientes diagnosticados por Influenza AH1N1. Para la recolección de datos se utilizó la guía de revisión documental. Los resultados del estudio revelaron que: En cuanto a la edad, el mayor

porcentaje de pacientes hospitalizados por influenza AH1N1 en el 18,6% corresponden al grupo atareo de 41 a 60 años, dentro de los no hospitalizados predomina con 30,2% pacientes en edad de 20 a 40 años. En relación al sexo, en los hospitalizados predomina con 28,0% pacientes de sexo femenino, en cambio en los no hospitalizados en los 37,2% pacientes de sexo masculino. En tanto a la ocupación, los pacientes hospitalizados por influenza AH1N1 eran empleados en el 16,2%; así mismo el 32,5% no hospitalizado. Sobre la morbilidad asociada, en los no hospitalizados encontramos al 41,8% sin patología, el 16,3% hospitalizado con patología metabólica. Los pacientes hospitalizados se presentaron en mayor porcentaje en la estación de invierno en 23,3%; mientras los no hospitalizados 41,9% en la estación de otoño. Conclusión: La edad ($p=0,037$), sexo ($p=0,012$), ocupación ($p=0,021$), comorbilidad ($p=0,031$) y estación del año ($p=0,002$) se constituyen en factores de riesgo en la presentación de la influenza AH1N1 en el Hospital III EsSalud Puno.¹³

En la búsqueda de antecedentes del problema no se han encontrado trabajos similares que abordan la intervención educativa de enfermería en el conocimiento de la Gripe AH1N1, sólo se han encontrado estudios descriptivos que muestran el conocimiento sobre esta enfermedad en pacientes y trabajadores de salud, así como los factores asociados a la Gripe AH1N1.

FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

¿Cuál es la efectividad de la Intervención educativa de enfermería en el conocimiento de la gripe AH1N1 en comerciantes del mercado Bellavista, Puno 2012?

IMPORTANCIA Y UTILIDAD DEL ESTUDIO

La presente investigación es importante porque permite evaluar y conocer la situación cognitiva de la población comerciante sobre la gripe AH1N1 y tener bases para contribuir en mejoramiento del conocimiento a través de intervención educativa de enfermería.

Los resultados del estudio constituye un aporte para las Instituciones de Salud de Puno, porque permite conocer el grado de conocimiento y vulnerabilidad de la población de estudio frente a la gripe AH1N1.

Además servirá como referencia y conocimiento para sistematizar la intervención educativa de enfermería en la necesidad de realizar sesiones educativas sobre la gripe o influenza AH1N1, utilizando diversos métodos educativos.

II. MARCO TEÓRICO Y CONCEPTUAL

INTERVENCIÓN

La intervención es un proceso de actuación sobre un determinado contexto social que tiene como finalidad el desarrollo, cambio o mejora de situaciones, colectivos, o individuales que presenten algún tipo de problema o necesidad para facilitar su participación social en el ámbito personal, grupal o institucional.¹⁴

INTERVENCIÓN EDUCATIVA

La intervención Educativa, es una estrategia puesta en acción con cuyo proceso se intenta mejorar o cambiar en un contexto sociocultural determinado; la intervención tiene como propósito, lograr que los participantes obtengan habilidades, actitudes y experiencias en función a sus necesidades.¹⁵

Uno de los factores que asegura más el éxito de una intervención educativa es la planificación previa de la actuación docente. Disponer de un buen plan básico de actuación, llevar bien pensadas las actividades de aprendizaje que se van a proponer a los participantes y disponer de los recursos educativos que se utilizarán para facilitar el proceso aprendizaje. Para planificar adecuadamente una intervención educativa son muchos los aspectos que deben tenerse en cuenta: por ejemplo el tiempo y el facilitador que conduce la intervención educativa, debe tener gran habilidad para realizar con rapidez el trabajo concentrándose solamente en los aspectos específicos de cada intervención.¹⁶

Los temas educativos deben responder a las demandas, necesidades e intereses de las personas, los cuales deben ser abordados en los procesos de enseñanza y aprendizaje, para lograr cambios de actitud, formación de hábitos y promover la conciencia de prevención de enfermedades, por ejemplo, en la atención a factores de riesgo de enfermedades, consumo de medicamentos y entre otros temas.¹⁷

INTERVENCIÓN EDUCATIVA DE ENFERMERÍA

La Intervención Educativa en Enfermería es un proceso continuo, desarrollado en forma sistemática para brindar educación a los usuarios que demandan servicios de salud. Es fundamental que la enfermera implicada en la educación tenga formación de manera continua en los aspectos más destacados de la educación. Hay que tener en cuenta que el proceso educativo en enfermería está basado en los aspectos más importantes de la educación participativa, dado que este proceso educativo es más inclusivo en el aprendizaje.¹⁸

La intervención de enfermería son estrategias educativas que ofrecen mayores beneficios a la salud; es la provisión de la educación para la salud incluyendo los enfoques formales e informales de enseñanza, produce cambios de conducta. También lo definen como un tratamiento, basado en el conocimiento y juicio clínico que realiza el profesional de enfermería, para favorecer el resultado esperado.¹⁹

Los problemas de salud no sólo constituyen la parte visible del iceberg, es decir aquellos usuarios que consultan al sistema, así como aquellos que aun estando sanos son vulnerables a la enfermedad, cuya vulnerabilidad podría eliminarse o reducirse con la intervención del sistema, mediante actividades de promoción y prevención. Podemos concluir que los sujetos de intervención del sistema de salud son toda la población y no solo la parte visible. Las intervenciones educativas pueden ser individuales o grupales. Estas últimas, se refieren al trabajo extramuro, es decir en el seno de la comunidad. Las intervenciones de educación para la salud también se pueden realizar en los tres niveles de prevención: primario (higiene) secundario (detección precoz) y terciario (terapéutico).²⁰

Métodos Educativos

El abordaje de los métodos educativos directos en educación para la salud, suscita irremediabilmente, una reflexión en torno a la oportunidad de establecer la intervención educativa desde la consideración individual o bien desde la consideración grupal. En esta cuestión, como en tantas otras, las posturas absolutistas y excluyentes no suelen coincidir con las decisiones pedagógicamente acertadas en la consecución de los objetivos educativos del proceso de enseñanza-aprendizaje, que deben girar en torno a la educación en salud.

Sin embargo, la heterogeneidad de oportunidades educativas resulta casi infinita cuando, se trata de un proceso educativo que afecta a la salud o enfermedad, es decir, cuando se refiere a la educación en salud, a la educación sanitaria o más recientemente la llamada educación terapéutica; por la multiplicidad de factores que condicionan afectan e influyen en el proceso de salud-enfermedad marcan efectivamente la necesaria heterogeneidad metodológica que ha de presidir la educación para la salud.

Uno de los primeros conceptos que hay que considerar desde el punto de vista estrictamente pedagógico es el de educación, entendida como un proceso dinámico y cambiante en el que la flexibilidad y adaptación metodológica ha de constituir una exigencia constante, hacer una segunda reflexión acerca del proceso educativo en general, y específicamente en su particular aplicación a la educación para la salud ya que “todo proceso conduce a algún resultado”.

En esta realidad la educación, además de ser un proceso universal y continuo que puede realizarse por distintos métodos, es de un acto siempre individual o grupal (con independencia de la elección metodológica), que tiene lugar en el individual, persona

única y irrepetible o grupo, la que asimila, capta, interioriza y modifica sus comportamientos de forma individual y partiendo de sus propias potencialidades, de sus necesidades, Así pues, el resultado de un proceso educativo de la educación en salud es único para las persona en las distintas esferas del aprendizaje significativo. En definitiva, la elección de un método individualizado o grupal estará siempre determinada por los resultados educativos perseguidos con las personas y situaciones susceptibles en cada momento de beneficiarse de la educación para la salud. En cada caso, la opción metodológica debe facilitar y propiciar el propio proceso de enseñanza-aprendizaje y el logro de los objetivos educativos pertinentes en las distintas situaciones y contextos.²¹ En la intervención educativa de enfermería por tratarse de una educación en salud se utilizarán el método expositivo y el método participativo.

Método Expositivo

El método expositivo consiste en la presentación oral de un tema, lógicamente estructurado. El recurso principal de la exposición es el lenguaje oral, que debe ser objeto de la máxima atención por parte del expositor. El empleo del método expositivo requiere bastante preparación en lo referente al asunto a tratar, así como cierta capacidad personal para expresarse y para captar la atención del auditorio; es preciso que el expositor este informado con respecto a la capacidad del auditorio para expresarse en forma más explícita o más implícita, y para tomar ciertas precauciones con el vocabulario a usar. La exposición es un recurso que según las circunstancias, se hace indispensable en cualquier nivel de enseñanza, principalmente en los más elevados. Para hacerse más eficiente, la exposición requiere el uso de otros recursos didácticos. La actividad que desarrollan los participantes consiste, básicamente, en reflexionar sobre lo que escuchan, en contestar las preguntas que el capacitador formula, o en preguntar algo acerca de un punto que no han comprendido.²²

Objetivos del método expositivo

Posibilita la transmisión de información y conocimientos lógicamente estructurados en un tiempo mínimo.

Transmitir experiencias y observaciones personales que aun no figuran en las formas convencionales de comunicación.

Economizar tiempo esfuerzos cuando haya urgencia en hacer una comunicación.

Motivar a un grupo para que proceda a hacer estudios más profundos sobre un tema determinado.

Posibilitar la síntesis de temas extensos y difíciles, que, de otra manera, sería trabajoso y problemático abordar.

Condiciones para una exposición

Establecer con claridad los objetivos de la exposición.

Planificar bien y lógicamente la secuencia de la exposición.

Conocer bien al auditorio y sus necesidades, a fin de adecuar al mismo la forma de la exposición y los datos a exponer.

Tratar de satisfacer realmente la expectación creada en la fase inicial de motivación, para impedir que el auditorio se sienta frustrado por no recibir aquello que esperaba

Dar un cierto colorido emocional a la exposición, pero sin exagerar.

Mantener al auditorio en actitud reflexiva, planteando, de tiempo en tiempo, cuestiones que exijan razonamiento, con la presentación de situaciones problemáticas, relativas al tema en exposición.

Interactuar con breves e inteligentes interrogatorios.

Relatar, cuando sea oportuno, o para dejar descansar al auditorio, anécdotas pertinentes.

Promover breves discusiones y aun emplear, cuando sea oportuno, la técnica del cuchicheo.

Promover el uso de recursos didácticos para motivar, comprobar o provocar observaciones.

Realizar demostraciones breves, y convincentes, en momentos apropiados.

Mostrar gráficos o láminas que ilustren mejor la exposición.

Realizar, periódicamente, recapitulaciones, que no solo permitan un descanso al auditorio, sino que reavivan las nociones tendientes a facilitar la comprensión de otras, que se van a presentar.

Promover, antes de la exposición motivación, siempre que no sean muy largas.

Aprovechar vivencias de los oyentes para enriquecer o comprobar la exposición.

Realizar, al término de la exposición, una labor de síntesis, siempre que sea posible, con la cooperación de los oyentes.

Cuidados relativos al lenguaje

Siendo el lenguaje oral el principal instrumento del método expositivo, el mismo requiere una serie de cuidados, a fin de que la acción del método sea más eficiente.

El tono de voz, debe ser el de una conversación, de manera que la exposición se haga más informal y para que haya una mejor relación entre el expositor y el auditorio.

La intensidad de la voz, debe ser adecuada al tamaño y a la acústica del local de la exposición, porque, si la voz es baja, cansará pronto y hará perder el interés al auditorio, que no logrará seguir el razonamiento del expositor; si la voz es demasiado alta, hará perder el interés o posiblemente irritará al auditorio, que prestará más atención a las estridencias o a los agudos del expositor que a su mensaje propiamente dicho.

La pronunciación, del expositor es de mucha importancia para el éxito de este método, porque las palabras mal pronunciadas, acaban por hacer perder el interés al auditorio, puesto que dificultan la aprehensión del mensaje contenido en la exposición.

El ritmo, El ritmo deseable es aquél que permite al oyente captar adecuadamente el mensaje, reflexionar sobre el mismo, tomar notas cuando sea necesario y hacer pregunta, si se permite el diálogo.

El lenguaje, debe ser siempre, directo y constituido, en su mayor parte, por un vocabulario que el auditorio conozca, de manera que, cuando se emplea un término presumiblemente desconocido, debe explicárselo adecuadamente, a fin de facilitar la comprensión del asunto expuesto.

Cuidados relativos al tiempo

La cuestión del tiempo es decisiva para el éxito de una exposición y puede encararse desde dos ángulos:

1.- El tiempo de exposición continua no debe sobrepasar los cinco minutos, sin una interrupción. El tópico de un mensaje debe dosificarse o sintetizarse para que no exceda de ese tiempo, al cabo del cual se hará una interrupción usando un recurso cualquiera de los ya indicados, antes de proseguir con la exposición de otro tópico.

2.-El tiempo total de una exposición no debe sobrepasar los 40 ó 50 minutos. Salvo en caso de motivación excepcional.²³

Método participativo

El método participativo es una forma de concebir y abordar los procesos de enseñanza aprendizaje y construcción del conocimiento. Esta forma de trabajo concibe a los participantes de los procesos como agentes activos en la construcción del conocimiento y no como agentes pasivos, simplemente receptores. La metodología participativa promueve y procura la participación activa y protagónica de todos los integrantes del grupo incluyendo al facilitador (educador) en el proceso de enseñanza aprendizaje. Para facilitar la participación activa de todos los implicados en el proceso se deben utilizar dinámicas que ayuden el logro de objetivos propuestos. El método participativo facilita la participación democrática del grupo de miembros en el proceso de reflexión, análisis, construcción de sus propios conocimientos y toma de decisiones en relación a los problemas que enfrentan.

Características

Permite la participación activa y democrática.

Es interactiva porque promueve diálogo y discusión de los participantes con el objetivo de confrontar ideas en un ambiente de respeto y tolerancia.

Fomenta la cohesión grupal, fomentando sentimiento de pertenencia.

El aprendizaje se traduce en desarrollo de habilidades, destrezas y en cambio de actitudes y conductas.

Se viven procesos de experimentar, compartir, interpretar, generalizar y aplicar.

El rol del educador es facilitador, animador y coordinador.

La formación funciona, no como una enseñanza académica, magistral, intelectualista, sino como un aprendizaje vivencial, activo, participativo y práctico.

Permite comprender los temas a tratar.

Posibilita la reflexión individual y colectiva de la realidad cotidiana.

Estimula actitudes favorables en los participantes.

Promueve a la reflexión e intervención de los participantes.

Permite la intervención activa en la toma de decisiones.²⁴

PAUTAS EDUCATIVAS DE INTERVENCIÓN

La intervención educativa se desarrolla en dos sesiones educativas y sigue los siguientes pasos:

Motivación:

La motivación es el aspecto básico para despertar el interés que tenga la persona por el tema concreto de estudio y despierta en él la generación de expectativas de aprendizaje. La misión del educador radica en lograr la atención, despertar el interés y promover el deseo de aprender. El éxito dentro de este proceso reside en crear un ambiente de motivación, un clima agradable y de confianza. Se motivará en la primera sesión educativa con la técnica de rompehielo "conocer y saludar" y en la segunda sesión con el relato de una historia "la luz apagada" (Anexo 2).

Recuperación de saberes previos:

Son todas aquellas adquisiciones que las personas ya poseen sobre determinado núcleo de conocimientos. Por ello es necesario buscar la manera de establecer la articulación de estos saberes con los que va a adquirir. Estos conocimientos previos, denominados "inclusores" son los que permiten encajar la información nueva en la red

conceptual de la persona poder utilizarla como un instrumento de interpretación. Bajo este principio, Ausubel hizo un gran aporte a la enseñanza en general.

Son aquellos conocimientos que la persona ya sabe acerca de los contenidos que se abordarán en la sesión; se activan al comprender o aplicar un nuevo conocimiento con la finalidad de organizarlo y darle sentido; algunas veces suelen ser erróneos o parciales, pero es lo que la persona utiliza para interpretar la realidad. Los saberes previos se vinculan con el nuevo conocimiento para producir aprendizajes significativos. Un aprendizaje es significativo cuando los contenidos son relacionados de modo no arbitrario y sustancial con los saberes previos de las personas. Se aplicará la técnica de lluvia de ideas, en las dos sesiones educativas. (Anexo 4).

Proveer información:

Para facilitar el proceso de enseñanza aprendizaje y la organización didáctica del mensaje que se desea comunicar es importante proveer un medio educativo. Se hizo alcance de tríptico. (Anexo 5).

Fomentar construcción de conocimientos:

Es el momento central del desarrollo del aprendizaje, se logra a través de métodos educativos que permiten canalizar el proceso de enseñanza aprendizaje significativo, lográndose alcanzar los objetivos propuestos con la intervención.

Todo aprendizaje supone una modificación en la estructura cognitiva de la persona o en su esquema de conocimiento, ello se consigue mediante la realización de determinadas operaciones cognitivas. Estas operaciones son un conjunto de acciones interiorizadas y coordinadas que permite la construcción comprensiva de una nueva información. Se desarrolla la sesión educativa, mediante el método expositivo y participativo aplicando las técnicas de "discusión de grupo" (Anexo 6) y "técnica demostrativa" sobre lavado de manos y forma correcta de estornudar.

Formular conclusiones y acuerdos:

Es el proceso mediante el cual los participantes reconocen sobre lo aprendido y la utilidad en su vida cotidiana. En un papelote escriben las conclusiones y acuerdos a la que llegaron al final de la discusión de grupo y presentan en plenaria.

Evaluación:

Es el proceso que permite corroborar los alcances de los objetivos previamente trazados con respecto al aprendizaje; se evalúa a través de preguntas y redemostración de lavado de manos.²⁵

Técnicas Grupales

Las técnicas grupales son herramientas metodológicas que se desarrollan mediante la planeación consecutiva de una serie de actividades con el fin de llevar a cabo

procesos de enseñanza-aprendizaje, en los que los individuos forman parte activa del proceso. Dichas técnicas son variadas según su finalidad, el contexto, las características del grupo. Las técnicas grupales fortalecen el aprendizaje de los participantes, puesto que construyen conocimientos, las aportaciones de cada miembro del equipo son validas, emplean su ingenio y creatividad, así como también se fortalece la interacción por el contacto que tienen los participantes con sus compañeros y les crea un sentido de pertenencia, puesto que el participante se siente parte del grupo y es aceptado como tal.²⁶

Discusión de grupo:

Las técnicas de Discusión Grupal se definen como una serie de actividades en las que un grupo de personas exponen sus puntos de vista o razones sobre el tema en cuestión y arriban a una conclusión. La interacción constituye el proceso principal y más importante del grupo de discusión. Es por eso que nunca se puede predecir la forma o la dimensión que adoptará la dinámica del grupo en cuestión, es muy importante que el tema o problema que se tiene que tratar se defina y se comprenda claramente; que la discusión del grupo gire en torno a este y que nunca se desvíe o emprenda caminos o direcciones diferentes de las que se han convenido. "Un grupo de discusión puede ser definido como una conversación cuidadosamente planeada. Diseñada para obtener información de un área definida de interés". Consiste en el intercambio mutuo de ideas y de opiniones entre los integrantes de un grupo relativamente pequeño. Esta técnica permite el máximo de acción y de estimulación recíproca entre los integrantes, en donde se otorga responsabilidad para que todos participen y opinen sobre el tema tratado. Este método brinda la oportunidad a cada participante de expresar sus opiniones (acuerdos y discrepancias). Para estos es necesario que todos los participantes escuchen, opinen, razonen, reflexionen y tomen decisiones.²⁷

Los grupos deben estar formados no menor de 5, ni mayor de 8 personas, los cuales se reúnen para intercambiar ideas, sobre un tema, donde los participantes dialogan "cara a cara", donde todas estas personas o individuos poseen un interés común para discutir un tema en particular y resolver un problema o adquirir una información específica, todo esto bajo un clima de espontaneidad, libertad de acción, buen humor, guiado solo por las reglas generales que rigen el proceso, las cuales son punto clave para diferenciar esta técnica de una charla o conversación corriente.

El número de personas que conforman un grupo de discusión es de vital importancia, radica en este punto la calidad, en cierta forma, de la información." El tamaño está condicionado por 2 factores: debe ser lo suficientemente pequeño como para que todos tengan la oportunidad de exponer sus puntos de vista y lo suficientemente grande como para que exista diversidad en dichos puntos de vista.

Según Hung L. (2.005) es "Un grupo de discusión es un grupo en el que las personas que se sientan alrededor de una mesa redonda (para que nadie tenga una posición privilegiada) y un moderador". En efecto, un grupo de discusión permite a través de un procedimiento adecuado, con un moderador experto, recabar información relevante para

el objetivo central de la investigación. Por otro lado, es de vital importancia tener en cuenta a la hora de la convocatoria de un grupo de discusión el número de integrantes, sus características, etc.

Es importante tener presente que el docente como agente facilitador posee esta estrategia dentro de su dinámica, y este grupo de discusión permite a través de un procedimiento adecuado, con un moderador experto, recabar información relevante.²⁸

Características

La conversación es guiada, donde el tema interesa a todos los miembros.

Se caracteriza por un sentido abierto, flexible, lo que permite a través de la discusión entre sus integrantes participación activa.

Los miembros del grupo designan a un coordinador que los guíe bajo un clima democrático, sin dominio, y con participación activa y libre.

En la discusión de grupo, para que las exposiciones sean más beneficiosas, inmediatamente después de las presentaciones los participantes se deben organizar en pequeños grupos para un análisis detallado del tema en estudio, discusiones grupales y posibles conclusiones.

Con el fin de lograr la participación de todos los grupos, se debe solicitar a cada subgrupo que elija un coordinador, quien controlará el uso del tiempo.

Se designará otro miembro para que tome notas que posteriormente serán reportadas en el plenario. Se recomienda, además, elaborar una guía de trabajo para el trabajo en pequeños grupos.²⁹

b) Técnica demostrativa

La demostración es una técnica útil en los procesos de capacitación y en los de transferencia de tecnología. En ocasiones se confunde con la simple exhibición o presentación de hechos (ejercicios, acciones). Sin embargo, cuando se persiguen propósitos de aprendizaje, la demostración debe guardar coherencia con los procesos educativos.

Específicamente la demostración corresponde a la realización concreta de una actividad que involucra a los participantes, con la finalidad de contribuir al logro de un objetivo de aprendizaje.

Consiste en aprender a ejecutar un mecanismo, mediante la demostración de los procedimientos necesarios. Los aspectos implicados son:

Lo que se hace o ejecuta.

Explicación o demostración.

Observación del participante.

Las tres conductas corresponden al área psicomotriz y en ellas quedan involucrados quien demuestra y los participantes.

En tal sentido, la técnica de demostración debe tener como actores a todos los participantes. Si solo se involucra a uno o algunos y los demás actúan como observadores, el procedimiento demostrativo carecerá de total efectividad. Esto implica que si se selecciona la demostración como técnica apropiada para un determinado sesión educativa, deberá preverse el tiempo suficiente para que todos los asistentes participen.³⁰

La demostración es utilizada con el fin de instruir, principalmente en lo relacionado a destrezas manuales. Esta técnica consiste en que el instructor ejecuta y explica una operación frente a un grupo. Posteriormente cada participante debe ejecutar por sí solo la operación, bajo la supervisión del instructor. Para realizar esta técnica es preciso contar con el equipo de trabajo. El instructor puede ayudarse con el uso de hojas de trabajo, pizarrón, y en el caso de no poder utilizar el equipo real es necesario que disponga de una reproducción de él. Esta técnica permite un aprendizaje eficiente y completo puesto que el instructor puede verificar, paso a paso, los progresos o deficiencias de los participantes.

Forma de Realización:

El instructor, con conocimiento absoluto del trabajo a realizar debe explicar a los participantes en qué consiste la operación. Éstos deberán colocarse frente al instructor de manera tal que alcancen a observar perfectamente todos los movimientos.

En seguida el instructor muestra la operación. El debe ejecutar y explicar simultáneamente cada paso realizado y efectuar todo a un ritmo normal.

Después de repetir la operación y señalar todos los detalles importantes, así como las medidas de seguridad que deben ser tomadas.

Es necesario que el instructor se cerciore de que todos han comprendido. Se sugiere que formule algunas preguntas a los participantes para asegurarse la comprensión general.

Una vez que el instructor ha terminado, los sujetos deben realizar por sí solos la misma operación hasta dominarla perfectamente. El instructor debe permanecer en el lugar, brindando supervisión a los participantes.

Cuando la demostración ha finalizado, el instructor puede proceder a evaluar el trabajo en forma individual (redemostración).³¹

La técnica demostrativa se fundamenta en lo siguiente:

Fomenta un aprendizaje práctico ajustado a las necesidades de los participantes

Favorece un aprendizaje progresivo, partiendo de lo que se domina hasta alcanzar las competencias definidas en los objetivos.

Potencia un aprendizaje variado, mediante la utilización de diferentes técnicas y recursos y la variación de actividades prácticas.

Particulariza el proceso de aprendizaje, acercándolo a la individualización metodológica demandada por la especificidad del tema.

Desarrolla el proceso de aprendizaje de forma grupal, validando la acumulación de experiencias individuales y colectivas así como los diferentes puntos de vista ante determinados planteamientos.³²

Las técnicas educativas deben ser participativas para que realmente genere un proceso de aprendizaje; ya que esto permite discusión y reflexión, potencia el conocimiento colectivo mediante el aporte de saberes de cada uno de los participantes.³³

2.5. CONOCIMIENTO

Las diversas corrientes sobre el conocimiento, tanto en la antigüedad como en el presente dan la pauta para determinar lo importante que es el saber y estos contenidos dan base al pensamiento científico y con ello forman el conocimiento humano. El conocimiento brinda diversos conceptos y teorías que estimulan el pensamiento humano creativo, guían la enseñanza y la investigación, lo que permite generar nuevos conocimientos. Por lo que el conocimiento debe ser eje de interés en la formación profesional, aunado al desarrollo de habilidades y destrezas.³⁴

Formas de conocimiento:

Conocimiento intuitivo: se entiende por éste un conocimiento inmediato. Ésta inmediatez se ha puesto por los empiristas en la sensación y por los racionalistas en la intelección.

Algunos filósofos como Henri Bergson consideran la intuición como la modalidad propia del conocimiento metafísico; por eso el uso de metáforas prepara al lector para intuir aquellas realidades que pretenda mostrar Bergson.

Conocimiento mediato: se realiza por medio de una serie de inferencias y razonamientos. Lo interesante de esta forma de conocimiento sería saber si todo conocimiento mediato tiene que basarse, en último término, en un conocimiento inmediato.

Conocimiento a priori: la expresión "a priori" significa "antes de", pero si entendemos éste "antes de " en sentido temporal cabría decir que este conocimiento equivaldría al conocimiento inmediato. Kant, sin embargo, habla de este conocimiento como

independiente de la experiencia. Como veremos, estos conocimientos "a priori" no son propiamente contenidos de conocimiento, sino formalidades provenientes del sujeto, presentes en el acto intelectual y que actúan sobre una materia empírica dada en la sensación.

Conocimiento "a posteriori", que significa etimológicamente "después de". En Kant significa los conocimientos que dependen de la experiencia. En el orden temporal es antes el conocimiento a posteriori que el conocimiento a priori; porque primero hay que conocer por la experiencia para después a través de la reflexión trascendental hacer conscientes los elementos formales a priori allí presentes. Pero en el orden de la fundamentación es antes el conocimiento a priori. Con todo, la "Teoría evolucionista del Conocimiento" afirma que todo conocimiento que es "a priori" desde el punto de vista de la ontogénesis del individuo, fue "a posteriori", desde el punto de vista de la filogénesis de la especie.

El conocimiento se convierte en el factor de crecimiento y de progreso más importante en las sociedades contemporáneas, y la educación en el proceso más crítico para asegurar el desarrollo de sociedades dinámicas, con capacidad de responder al nuevo entorno y de construir su futuro. Aquí nos referimos a una educación con capacidad para desarrollar creatividad en la persona y en la sociedad, a través del desarrollo de la capacidad analítica y de comprensión en el niño y en el futuro ciudadano. Es decir, a una educación orientada a "aprender a aprender" y no basada en procesos de memorización. Lo anterior implica reformas profundas en el sistema de educación, como es el caso de la enseñanza de la ciencia y del pensamiento analítico en los diversos niveles del proceso educativo, con el fin de desarrollar la creatividad tanto en la persona como en la sociedad.³⁵

Evaluación del conocimiento.

Basado en la evaluación de los aprendizajes dentro de un proceso pedagógico, mediante la evaluación se observa, recoge y analiza información relevante, con la finalidad de reflexionar, emitir juicios de valor y tomar decisiones oportunas y pertinentes para mejorar los procesos de aprendizaje de los participantes en el proceso educativo.

La evaluación proporciona información útil para la regulación de las actividades, tanto de los docentes o facilitadores como de los estudiantes o participantes. En el caso del facilitador, sirve para mejorar e ir adaptando el método educativo a las necesidades de quienes aprenden; en el caso de los participantes, para que sea consciente de los aspectos a superar y las potencialidades que puede desarrollar. La evaluación permite, también, determinar si los participantes han desarrollado los aprendizajes previstos que puedan contribuir en el aprendizaje significativo.

Escala de Calificación del Aprendizaje:

Mediante los siguientes calificativos, se representa el nivel de logro, es decir, el grado de desarrollo o adquisición alcanzado por el estudiante en relación con los aprendizajes previstos o esperados.

Según la escala numérica el conocimiento es clasificado en:

Conocimiento MUY BUENO = Cuando el participante evidencia el logro de los aprendizajes previstos, demostrando incluso un manejo solvente y satisfactorio en todas las tareas propuestas.

Conocimiento BUENO = Cuando el estudiante evidencia el logro de los aprendizajes previstos en el tiempo.

Conocimiento REGULAR = Cuando el participante está en camino de lograr los aprendizajes previstos, para lo cual requiere acompañamiento durante un tiempo razonable para lograrlo.

Conocimiento DEFICIENTE = Cuando el participante está empezando a desarrollar los aprendizajes previstos o evidencia dificultades para el desarrollo de éstos, necesitando mayor tiempo de acompañamiento e intervención del docente de acuerdo con su ritmo y estilo de aprendizaje.

La calificación dentro de los intervalos de la escala numérica es a criterio del investigador, previo análisis y valoración de la información obtenida en el desarrollo de las competencias.¹ En el estudio se utilizó sólo 3 categorías: Bueno, regular y deficiente para el conocimiento global.

TEORÍA DEL APRENDIZAJE SIGNIFICATIVO DE DAVID PAUL AUSUBEL

Ausubel sostiene que sólo habrá aprendizaje significativo cuando lo que se trata de aprender se logra al relacionar de forma sustantiva y no arbitraria con lo que ya conoce quien aprende, es decir, con aspectos relevantes y preexistentes de su estructura cognitiva. Esta relación o anclaje de lo que se aprende con lo que constituye la estructura cognitiva del que aprende, fundamentalmente para Ausubel, tiene consecuencias trascendentes en la forma de abordar la enseñanza. El aprendizaje memorístico, por el contrario, sólo da lugar a asociaciones puramente arbitrarias con la estructura cognitiva del que aprende. El aprendizaje memorístico no permite utilizar el conocimiento de forma novedosa o innovadora. El saber adquirido de memoria está al servicio de un propósito inmediato, suele olvidarse una vez que éste se ha cumplido.

Para Ausubel, aprender es sinónimo de comprender e implica una visión de aprendizaje basado en los procesos internos del alumno y no solo en sus respuestas externas. Con la intención de promover la asimilación de los saberes, el profesor utiliza los organizadores previos que favorezcan la creación de relaciones adecuadas entre los

conocimientos previos y los nuevos. Los organizadores tienen la finalidad de facilitar la enseñanza receptivo significativa, con la cual, sería posible considerar que la exposición organizada de los contenidos, propicia una mejor comprensión.

En síntesis, la teoría del aprendizaje significativo supone poner de relieve el proceso de construcción de significados como elemento central de la enseñanza, tiene lugar la asociación.³⁷

Características de aprendizaje significativo

Es constructivo, la persona construye sus propios conocimientos y habilidades.

Es acumulativo, se funda en saberes formales o informales previos.

Es orientado al desarrollo de capacidades, el aprendizaje se puede producir incidentalmente pero es significativo cuando se orienta a una meta.

Es diferente individualmente, los resultados de aprender varían por las diferencias individuales (capacidades, saberes previos, autocontrol de procesos, motivación, interés, etc.)

Es cooperativo, el aprendizaje productivo es individual, pero se facilitan cuando se realiza en interacción con otros.

Condiciones para el aprendizaje significativo.

El contenido debe ser potencialmente significativo desde el punto de vista lógico (estructura interna) y desde el punto de vista psicológico (posible asimilación)

La persona debe estar estimulado y motivado, es decir que haya actitud favorable para aprender significativamente, relacionando lo que aprende con lo que ya sabe o conocimientos previos.³⁸

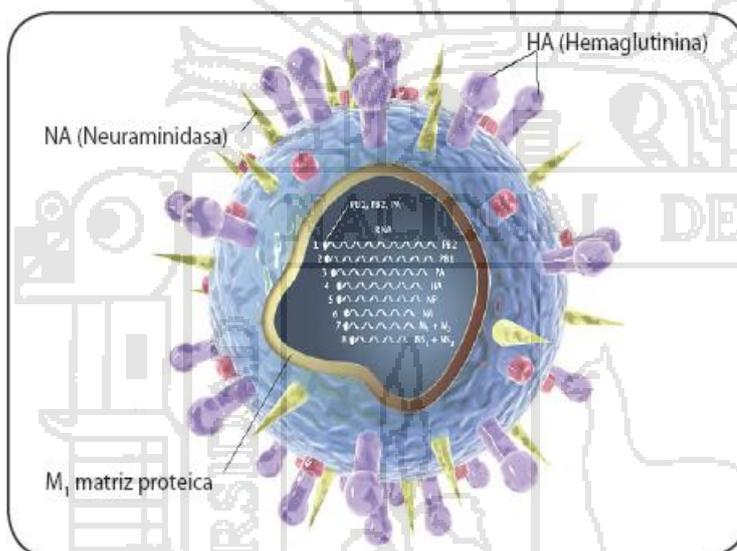
INFLUENZA O GRIPE AH1N1

La Influenza o Gripe es una enfermedad aguda de las vías respiratorias; existen varios tipos de Influenza o Gripe, una de ellas es causada por el virus de la Influenza AH1N1. Es una enfermedad infecciosa aguda, causada por el nuevo virus de influenza AH1N1, que se transmite de humano a humano a través del contacto directo o indirecto con personas infectadas o sus secreciones respiratorias y que tiene una gran variabilidad clínica, desde casos asintomáticos hasta graves y fatales.³⁹

Una gripe AH1N1 puede presentarse como un catarro común, porque ambas enfermedades son procesos víricos. Los procesos gripales, además de tener síntomas catarrales (tos, aumento de la mucosidad nasal, picor y dolor de garganta) presentan fiebre alta (más de 38° C), dolores musculares y articulares, intenso malestar general y cansancio generalizado.⁴⁰

El actual virus AH1N1 actúa de la misma manera que otros de tipo A, al ingresar al organismo, afecta las células epiteliales de la parte interior de la nariz y tráquea, e invade bronquios y pulmones, ocasionando en algunos casos decesos. Por lo general el virus de la influenza tiene unas proteínas que hacen que se pegue a las células epiteliales, que son las encargadas de cubrir cualquier superficie interna del cuerpo (boca, nariz, pulmones, etc.). El virus AH1N1 tiene la capacidad de infectar directamente al pulmón y bronquios, situación que no pasa con otro tipo de influencias. Es así como el enfermo presenta broncoespasmos pues con la destrucción de los bronquios, el pulmón empieza alterar su función.⁴¹

Figura 1. Virus Influenza A



ETIOLOGÍA

Esta enfermedad es causada por el virus de la Influenza de tipo A sub tipo H1N1. Estos virus, pertenecientes a la familia Orthomyxoviridae así como los virus de tipo B y C, son partículas pleomórficas de apariencia esférica con una envoltura lipoproteica. Por debajo de la envoltura se encuentra una capa constituida por la proteína matriz (M1), que es el soporte estructural de la partícula. En el interior, existe un conjunto de ribonucleoproteínas (vRNPs) que constituyen el genoma del virus.

En la superficie del virus, se encuentran dos glucoproteínas, la hemaglutinina (H) y la neuraminidasa (N), cuya estructura determina los subtipos serológicos que podemos definir entre los virus gripales tipo A. Así, existen 16 subtipos diferentes de H (H1-H16) y 9 de N (N1-N9).

FISIOPATOLOGÍA

Estos virus se clasifican de acuerdo a dos proteínas de superficie, la hemaglutinina y la neuraminidasa. La hemaglutinina se une a los lípidos y proteínas que contienen ácido en las células del receptor, lo que facilita la entrada del virus al endosoma. Cuando el endosoma se une al lisosoma, la hemaglutinina sufre una serie de cambios conformacionales de acuerdo al pH. Actúa como mediador en la fusión con la membrana de las células del huésped y la inyección del virus en el citoplasma. La neuraminidasa rompe la membrana de las células del receptor y favorece la liberación de vibriones para infectar a otras células.

La infección por virus de la influenza, cuando no se presentan complicaciones, causa una enfermedad sistémica caracterizada por fiebre de inicio súbito, cefalea, mialgia y malestar general; a nivel del tejido respiratorio se presenta traqueobronquitis transitoria, la cual se corresponde con la adhesión viral a las células epiteliales de la tráquea y bronquios donde se puede observar necrosis superficial del epitelio las cuales son visibles desde el primer día de inicio de los síntomas, todos estos cambios son transitorios de hecho para el día 2 del inicio de los síntomas se empieza a ver la reparación del tejido. Los síntomas arriba descritos se producen por la respuesta inmunológica la cual se produce por varios mecanismos, cuando se realiza la unión al receptor se producen citocinas, interleucinas e interferón gamma, esto genera inflamación local con infiltrado de neutrófilos y macrófagos hacia el subepitelio del tracto respiratorio lo que da como resultado la activación del complejo mayor de histocompatibilidad que provoca la destrucción de las células infectadas y desarrollo de anticuerpos alrededor de 14 días después de la infección.

La complicación más frecuente es la difusión del virus hacia los alveolos, frecuentemente pero en algunos individuos se puede desarrollar neumonía severa con invasión bacteriana secundaria. A diferencia del daño en el tejido traqueo-bronquial, el daño en el tejido alveolar tiene consecuencias severas para el intercambio de gases Este efecto citolítico es debido a una combinación de la infección viral y el efecto indirecto de la respuesta inmune, la disfunción respiratoria es causada por la fuga de fluidos desde los capilares alveolares a la luz de los alveolos posterior al daño tisular. Patológicamente se puede observar daño alveolar difuso con necrosis puede haber presencia de neutrófilos y membranas hialinas si se presenta infección por bacterias presentan un diferente tipo de inflamación que la causada inicialmente mostrando un mayor infiltrado de neutrófilos además de pus (bronconeumonía supurativa).

Las complicaciones en tejidos diferentes a los del sistema respiratorio son el resultado directo de la infección viral al difundirse por el tejido sanguíneo y replicarse en nuevos sitios de infección o indirectamente por asociación entre el síndrome agudo de dificultad respiratoria y el síndrome de falla orgánica múltiple este último puede ser causado por una gran variedad de daños a los pulmones; los sistemas hepático, renal, nervioso central, gastrointestinal, hematológico y cardiaco son los más afectados.⁴²

ASPECTOS EPIDEMIOLÓGICOS

De lo ocurrido a lo largo de la historia, se ha observado que las pandemias de Influenza tienden a producirse entre tres y cuatro veces cada siglo, como resultado de la aparición de un nuevo subtipo viral que se transmite entre humanos. El virus de la influenza tipo A, históricamente ha causado epidemias y pandemias 1918-1919, una variante del virus, la H1N1 causó la llamada gripe española, la variante H2N2 fue la responsable de la gripe asiática en 1957, el H3N2 en 1968 provocó la gripe denominada Hong Kong, en 1977 la gripe llamada Rusa fue causada por el subtipo H1N1.

Desde el 18 de Marzo del 2009, el Gobierno de México comienza a reportar los primeros casos de una enfermedad semejante a la influenza humana ocasionados por el virus de Influenza AH1N1. El día 21 de Abril el Centro para el Control y la prevención de Enfermedades de los Estados Unidos (CDC), reporta igualmente la presencia de 7 casos humanos confirmados de Influenza AH1N1 en los EE.UU. (5 en California y 2 en Texas). Para el 25 del mismo mes, la Directora General de la OMS realiza una declaración manifestando que la situación actual constituye una emergencia sanitaria de importancia internacional, aceptándose el comienzo de la actual pandemia de Influenza humana AH1N1.

La Organización Mundial de la Salud, en base a criterios acordados, ha establecido las fases de una pandemia que señalan las medidas de respuesta que los países deben adoptar ante una Potencial Pandemia de Influenza. Al 11 de junio del 2009, la OMS declara en fase 6 de la Alerta Pandémica.⁴³

Fases de la Pandemia:

FASE 1: No hay entre los animales virus circulantes que hayan causado infecciones humanas.

FASE 2: Existe circulación entre los animales domésticos o salvajes un virus gripal animal que ha causado infecciones humanas.

FASE 3: Existe un virus gripal animal o un virus reagrupado humano-animal que ha causado casos esporádicos, pero sin transmisión de persona a persona.

FASE 4: Hay transmisión comprobada de persona a persona de un virus animal o uno reagrupado capaz de causar “brotos a nivel comunitario”.

FASE 5: Existe propagación del virus de persona a persona al menos en dos países de una región de la OMS.

FASE 6: Es la fase 5 acompañada de la aparición de brotes comunitarios en al menos un tercer país de una región distinta.⁴²

MEDIOS DE TRANSMISIÓN

La enfermedad se transmite por contacto directo, entre los contactos cercanos, incluyendo al personal de salud y familiares. Se define contacto cercano aquel que ha cuidado, convivido, o tenido contacto directo con secreciones respiratorias o secreciones de un caso sospechoso, probable o confirmado de influenza AH1N1.

Los mecanismos de transmisión son:

Inhalación de gotitas infecciosas o núcleos de gotitas.

Contacto directo con personas enfermas.

Contacto indirecto con secreciones respiratorias y auto inoculación en el tracto respiratorio alto o mucosa conjuntival.

El contagio, al ser también un virus de la gripe, es como el de la gripe estacional: se transmite de persona a persona, principalmente por el aire, en las gotitas de saliva y secreciones nasales que se expulsan al toser, al hablar o al estornudar. Al estornudar, toser o hablar se emiten pequeñas gotitas de saliva, secreciones nasales que en aquellas personas que padezcan gripe, tendrán virus en su interior. Estas microgotas respiratorias pueden quedar en las manos, en las superficies o dispersas en el aire.

Por tanto, el virus se puede transmitir también indirectamente por tocarse los ojos, la nariz o la boca después de haber tocado las microgotas o secreciones respiratorias procedentes de una persona infectada que han quedado en las manos o depositadas en superficies. El periodo de contagio puede ser desde el día antes de empezar con los síntomas hasta 7 días después. El virus de la gripe presenta una capacidad máxima de contagio los 3 primeros días desde que empiezan los síntomas pero se puede seguir transmitiendo hasta 7 días después por lo que se recomienda quedarse en casa para asegurarse de no transmitirlo a otras personas.⁴⁴

CUADRO CLÍNICO

La gripe generalmente aparece súbitamente y presenta algunos síntomas que en ocasiones se confunden con los de un resfriado común. No obstante, los síntomas característicos de la influenza son:

Fiebre alta: 38-41°C, que perdura durante dos o tres días, aunque existen casos en los que puede durar hasta siete días.

Tos seca (ocasionalmente con esputo): Presente desde el comienzo de los síntomas y que permanece durante la convalecencia, haciéndose más intensa al final del período febril.

Dolor de garganta: Con enrojecimiento y congestión de la faringe pero sin exudado (seca).

Dolores musculares: Síntoma característico de la clínica gripal. Los dolores musculares afectan a todo el organismo, pero se acentúan más en la espalda (región lumbar) y piernas (pantorrillas), aumentando el decaimiento y la postración.

Cefalea: Síntoma característico que a menudo coincide con la elevación de la temperatura. Es un dolor deslocalizado y muy intenso que se solapa con otro dolor típico en la gripe como es el dolor retrobulbar (detrás de los ojos) que se acentúa al dirigir la mirada hacia los lados.

Rinorrea: Tras la invasión viral al epitelio respiratorio, se observa en éste un leve cuadro catarral.

Escalofríos

Diarrea y vómito (ocasional).

Cuando la gripe AH1N1 no recibe el tratamiento adecuado o la susceptibilidad es mayor, aparecen signos que pueden dar aviso de la gravedad, para lo cual es urgente contactarse con los servicios sanitarios lo antes posible cualquier persona que presente alguno de los siguientes síntomas ya que pueden indicar progresión hacia una gripe más grave: En caso de que aparezca: Dificultad para respirar, empeoramiento repentino, empeoramiento pasados ya siete días de la enfermedad, dolor en el pecho, expectoración sanguinolenta, aspecto azulado o amoratado de la piel y de los labios, mareo o alteraciones de la conciencia. También la fiebre se hace más elevada y que persiste más de tres días, caída de la tensión arterial. Aparecen también, otros síntomas diferentes a los habituales de la gripe.⁴⁵

PERIODO DE INCUBACIÓN E INFECCIOSIDAD

El período de incubación es de un promedio de 5 a 7 días, y los síntomas aparecen casi de inmediato. La toma de medicamentos dentro de las 72 horas da pronósticos muy buenos, la mejoría es del cien por ciento, pero siempre bajo vigilancia y consejo médico.⁴⁶

El periodo de infecciosidad es desde 1 día antes hasta 7 días después del inicio de los síntomas de dicho caso. La duración de la enfermedad es de 4-6 días en los casos leves. En algunos después de 4-16 días, empieza una fase con afectación de la vía respiratoria baja con aparición de disnea; que quizá, vaya acompañada de taquipnea y estertores inspiratorios. La producción de esputo es variable con rasgos sanguinolentos en algunos casos. La mayoría de pacientes graves presentan un cuadro de neumonía clínica evidente.

La progresión a falla respiratoria y Síndrome de Distrés Respiratorio Agudo (SDRA) tiene un tiempo medio de inicio de 6 días. La diarrea acuosa sin sangre o cambios inflamatorios parecen ser más comunes que en la influenza estacional, y pueden preceder a las manifestaciones respiratorias por más de una semana.

En un porcentaje de casos, la enfermedad respiratoria es catalogada como Neumonía o Neumonía muy grave como para requerir intubación y ventilación mecánica. La letalidad, entre las personas con enfermedad grave varía del 2 al 8% dependiendo del tratamiento indicado.⁴⁷

GRUPOS DE RIESGO

Ciertas características personales aumentan el riesgo a contagio de esta enfermedad. Además de la higiene personal, características de salud de cada individuo, sus prácticas sociales y laborales tienen un rol determinante para la determinación del factor de riesgo que poseen estas personas. Quienes trabajan en sectores de atención al público tienen un mayor riesgo que quienes desarrollan sus actividades en oficinas internas. Del mismo modo, quienes trabajan en el sector privado de la salud tienen menor riesgo que quienes trabajan en entidades de salud pública.

Los que laboran en entidades de servicios públicos o privados, y quienes trabajan en dependencias gubernamentales deberían tomar las precauciones necesarias, ya que debido a la gran afluencia de personas, ellos presentan mayor riesgo de contagio de la gripe AH1N1. Los que se trasladan utilizando el servicio de transporte público deberían extremar sus precauciones, ya que presentan una mayor exposición a potenciales infectados que quienes se desplazan en automóviles particulares o transportes privados. De igual modo, quienes desarrollan sus actividades en instalaciones muy concurridas (supermercados u otros) deberían tomar serias precauciones para preservar su salud, cualquiera sea el rubro o el ámbito en el que trabajan dentro de estas instituciones.

Grupos de riesgo prioritario

A nivel general, el grupo de quienes presentan el mayor riesgo de contagio de la Influenza AH1N1 está compuesto por individuos con enfermedades pulmonares crónicas, afecciones cardíacas, pacientes con problemas metabólicos (Diabetes) y quienes utilizan medicación inmunosupresora (cáncer, trasplantes, VIH). Luego se incluye a niños menores a los dos años de edad, niños ó adolescentes que están bajo terapia prolongada con ácido acetilsalicílico (aspirina) Niños de riesgo entre los 6 meses y los 2 años: nacidos prematuros, prioritariamente con peso menor a 1500 gramos y especialmente si tiene displasia broncopulmonar y a los ancianos mayores de 60 años de edad.

A su vez, presentan gran riesgo las embarazadas (en especial en el segundo y el tercer trimestre). Según declaración de la OMS, donde determinadas medidas preventivas o de precaución y protección estándar son esenciales, así como la necesaria identificación de las personas con alto riesgo de complicaciones por la gripe para su mejor cuidado, derivación y tratamiento, conviene destacar que todas las mujeres embarazadas, especialmente en el segundo y tercer trimestre, son grupo especial de riesgo. Efectivamente, las mujeres embarazadas, no solo parecen más susceptibles a la gripe AH1N1, sino que en ellas está especialmente aumentado el riesgo de complicaciones severas por una gripe que como tal no debería tener mayor importancia.

Probablemente el riesgo está aumentado por los cambios fisiológicos del embarazo a nivel inmunológico, sanguíneo-cardiovascular, pulmonar-respiratorio, etc., asociado a determinadas patologías previas (especialmente asma) quizá no bien detectadas, tratadas o subyacentes.⁴⁸

También son incluidos dentro de este grupo de riesgo aquellos pacientes e individuos con afecciones crónicas de los sistemas cardiovascular y pulmonar, como cardiopatía, asma grave, enfisema, enfermedad fibroquística e hipertensión pulmonar. También los diabéticos y los pacientes de otras enfermedades metabólicas, así como quienes sufren insuficiencia renal, hemoglobinopatías e inmunosupresión natural o por medicación.

En resumen, los grupos de riesgo de la Gripe A H1N1 son los siguientes:

Personas mayores de 60 años de edad.

Personas adultas y niños con afecciones crónicas en los sistemas pulmonar y cardiovascular

Pacientes con enfermedades metabólicas (diabetes), insuficiencia renal, hemoglobinopatías e inmunosupresión.

Niños ó adolescentes que están bajo terapia prolongada con ácido acetilsalicílico (aspirina).

Grupos de personas que pueden transmitir la gripe a personas de alto riesgo: médicos, enfermeras y aquellos que en hospitales o cuidados domiciliarios tienen contacto con grupos de alto riesgo.

Empleados de instituciones geriátricas y entidades de cuidados crónicos que tienen contacto con pacientes.

Personas que ocupan funciones críticas en caso de epidemia (servicios de seguridad, escuelas, etc).

Personas que conviven con pacientes inmunosuprimidos.

Embarazadas que están cursando el segundo ó tercer trimestre de gestación durante las épocas de influenza.

Niños de riesgo entre los 6 meses y los 2 años: nacidos prematuros, prioritariamente con peso menor a 1500 gramos y especialmente si tiene displasia broncopulmonar.

Niños de 6 a 23 meses de edad que viven en hogares con necesidades básicas insatisfechas.⁴⁹

El virus de la gripe A no es letal, lo que ocasiona la muerte es la complicación de la enfermedad causada por el virus, que es la neumonía severa. De hecho, las personas asmáticas son más susceptibles de contagiarse de este virus, así como el tramo de edad de entre los 20 y 50 años de edad. Las personas asmáticas pueden tener también más dificultades.

Toda la población es susceptible, no se salva nadie, de poder contraer el virus. Lo que ayuda, según estos consejos, es la higiene dentro de hogar, oficinas, utensilios y no acudir a lugares públicos. El uso de mascarilla es contraproducente si la persona está sana, porque los virus por su tamaño lo atraviesan como si éste no existiera y al usar la mascarilla se crea en la zona de la nariz y boca un microclima húmedo propicio al desarrollo viral.

Al virus lo mata el sol, el hecho de permanecer más de cinco días en el medio ambiente, así como el jabón, los antivirales y el gel de alcohol. Una persona que se haya sanado de este virus queda inmune. Sin embargo, los familiares de alguna persona que haya fallecido por este virus, pueden ser portadores. Tomar vitamina C para prevenir el contagio de este virus no sirve para ello, pero sí puede ayudar a resistir su ataque.⁴⁶

TRATAMIENTO

El uso de estos fármacos se ha estudiado en la gripe estacional, no existiendo ensayos clínicos realizados en gripe pandémica. Las recomendaciones sobre su uso en esta última se han extrapolado, por tanto, de los resultados obtenidos para la gripe estacional. Se pueden utilizar tras estar en contacto (quimioprofilaxis postexposición) o cuando hay virus circulante (quimioprofilaxis estacional).

A la fecha, la mayoría de las personas que se han infectado con el nuevo virus AH1N1 han presentado síntomas gripales (es decir, dolor de garganta, tos, rinorrea, fiebre, malestar general, dolor de cabeza y dolores articulares y musculares) y se han recuperado sin haber recibido tratamiento con antivirales. Los antivirales pueden aminorar los síntomas y acortar la duración de la enfermedad, precisamente los efectos que tienen contra la gripe estacional. También pueden contribuir a evitar una afección grave y la muerte. El virus AH1N1 es nuevo y, por lo tanto, es muy reducido el número de personas infectadas por él que han sido tratadas con antivirales.

La quimioprofilaxis postexposición se administra en las primeras 48 horas tras un contacto cercano con un caso confirmado o con sospecha clínica de infección por el virus AH1N1, durante 10 días. Se considera que el periodo infeccioso de las personas infectadas por el virus de la gripe pandémica es similar al observado en los estudios de la gripe estacional, en la que la transmisión puede ocurrir desde el día antes de que se manifiesten los síntomas hasta siete días después de que se enfermen, aunque los niños, especialmente los más pequeños, pueden contagiar durante periodos más largos.

En la quimioprofilaxis previa a la exposición, se deben administrar los medicamentos antivirales durante el periodo previsto de exposición y continuarse hasta

10 días después. Según la ficha técnica el Oseltamivir (O), cuyo nombre comercial es Tamiflú; se puede administrar durante seis semanas y el Zanamivir (Z), su nombre comercial es Relenza; durante 28 días. La utilización de antivirales en el tratamiento: Se recomienda en el caso de gripe confirmada o sospecha clínica, antes de las 48 horas del inicio de los síntomas. Se puede usar O en todas las edades o Z en mayores de cinco años, durante cinco días.

Los efectos adversos son:

O: se presentan en un 5-10% de los pacientes y consisten en general en náuseas, vómitos y cefaleas. También se han descrito comportamientos extraños en niños que lo recibían (alucinaciones, delirio, comportamiento anormal)

Z: son poco frecuentes y consisten en broncoespasmo y síntomas alérgicos. Debido a la escasa experiencia, considerar cuidadosamente en pacientes con asma grave o enfermedad pulmonar obstructiva crónica, pues pueden producir broncoespasmo.⁵⁰

MEDIDAS DE PREVENCIÓN

El plan de la Organización Mundial de la Salud de preparativos para una pandemia de influenza se elaboró en 2005 con el objetivo de ayudar a los Estados miembro de la Organización Mundial de la Salud y a los líderes en salud pública, líderes médicos y a los encargados de los preparativos para situaciones de emergencia, a responder a las amenazas de la influenza pandémica, contribuyó a definir una serie de progresos en materia de salud pública: implementación de estrategias de prevención, creación de alianzas entre los diferentes instituciones nacionales e internacionales de salud, ejercicios de preparación y respuesta contra una posible pandemia, mayor comprensión de las pandemias anteriores, fortalecimiento de las comunicaciones durante los brotes, mayor entendimiento sobre los métodos de contención, diseño de técnicas cada vez más complejas de modelos de simulación estadística, mejor abordaje diagnóstico y planeación de reservas de medicamentos antivirales y otros suministros esenciales para enfrentar otros brotes.⁵¹

Recomendaciones realizadas la por la OMS (Organización Mundial de la Salud) referentes a las medidas de prevención de la gripe AH1N1; está fundamentada en lo siguiente:

Medidas para evitar el contagio:

Para evitar el contagio, la OMS recomienda no llevarse las manos a la cara, ojos nariz y boca, y lavase las manos más de diez veces al día, dado a que el virus ingresa al organismo al ponerse en contacto, al darse la mano o besarse en la mejilla, y por la nariz, boca y ojos.

Cuando una persona tose o estornuda, el virus puede quedar en las superficies lisas, como manijas, dinero, papel, documentos, siempre y cuando haya humedad.

Al no poder esterilizar el ambiente se recomienda extremar la higiene de las manos.

Se recomienda que al toser o estornudar, no poner la palma de la mano delante de la boca, sino la parte contraria, para evitar contagios al darse la mano con otras personas.

El factor más importante para que se fije el virus es la humedad, la mucosa de la nariz, boca y ojos. En una superficie lisa, el virus vive hasta diez horas, y normalmente no alcanza más de un metro en distancia.⁵²

Acciones en personas enfermas:

En la mayor parte de los casos la gripe se cura sola y no hay que tomar ninguna medida especial, salvo las habituales, por lo se recomienda cuando ya se tiene la gripe AH1N1:

Guardar reposo en el propio domicilio.

Beber abundantes líquidos (agua, zumos, etc.).

Alimentarse de forma sana y equilibrada (frutas y verduras,).

Mantener una buena higiene general de la casa y lavarse frecuentemente las manos con agua y jabón.

Para el control de la fiebre, utilizar antitérmicos que lleven, preferiblemente, paracetamol en su composición.

Para disminuir la posibilidad de contagio:

Disponer de un espacio individual y bien ventilado.

Comunicar la situación a familiares, amigos y centro de trabajo o estudio, para reducir las visitas y contactos entre personas hasta 24 horas después de la desaparición de la fiebre sin necesidad de administrar antitérmicos.

Si además la persona enferma vive sola, conviene que cuente con alguien conocido que esté pendiente de ella o que pueda ayudarla en caso necesario.

Acciones frente a un familiar enfermo

Si presenta repentinamente algún familiar presenta los siguientes síntomas:

Fiebre alta.

Tos.

Dolor de cabeza.

Flujo o congestión nasal.

Dolor muscular y de articulaciones.

Malestar general.

Decaimiento.

Vómitos y/o diarrea.

Frente a estos signos y síntomas y extremando todos los cuidados, se acudirá de inmediato al centro de salud más cercano.⁵³

Medidas preventivas en embarazadas

Las embarazadas son más susceptibles a todas las infecciones porque su sistema inmunitario está disminuido de manera natural. Por este motivo y en relación a la Gripe, es importante que cumpla de manera continuada las mismas medidas preventivas que la población general.

Una de las medidas preventivas es que la embarazada, debe evitar estar cerca con personas enfermas.

Si la embarazada estuvo en contacto con un enfermo de la gripe AH1N1, entre un día antes de desarrollar los síntomas y hasta 7 días después del inicio de los mismos debe ponerse en contacto con su médico servicio sanitario lo antes posible para que valore su situación.

Existen medidas preventivas específicas para las personas con mayor probabilidad de desarrollar complicaciones, estas medidas son las que se dan para toda la población, si bien deben extremar estas recomendaciones. Es importante mantenerse bien informado para conocer las medidas que se puedan adoptar en cada momento.⁵⁴

En el trabajo se recomienda en forma específica, además de todas las medidas generales se debe realizar los siguientes:

Facilitar a las personas el lavado de manos poniendo a su disposición jabón y papel para secarse.

Realizar una limpieza diaria con los productos habituales y cuidando minuciosamente la limpieza de superficies, pomos de puertas, etc.

Facilitar la información sobre qué medidas preventivas hay que tomar frente a la gripe AH1N1.

En el baño del sitio donde se trabaja debe existir a disposición jabón y papel para lavarse las manos

Diariamente deben limpiarse las puertas y manecillas de las puertas con desinfectantes

Debe haber un cartel sobre la gripe AH1N1 para que las personas puedan informarse

Debe haber un cartel sobre las medidas preventivas frente a la gripe AH1N1.

Personas que deben Vacunarse

La vacunación contra la gripe AH1N1, evita en todos los casos que se adquiriera la enfermedad dando protección frente a ella y reduce el riesgo de complicaciones por eso la vacuna está indicado fundamentalmente en las personas que presentan mayor riesgo de desarrollar las complicaciones. Las personas que deben vacunarse está regido por el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud (compuesto por todos los Consejeros de sanidad de las Comunidades Autónomas y presidido por la Ministra de Sanidad y Política Social) aprobó por unanimidad, a propuesta de la Comisión de Salud Pública y siguiendo las recomendaciones de la Comisión Europea unos grupos de población prioritarios para la vacunación contra la nueva gripe, dentro de ellas se pueden nombrar:

Mujeres embarazadas.

Trabajadores socio-sanitarios.

Todos los trabajadores de los centros sanitarios, tanto de atención primaria como hospitalaria, pública y privada.

Personal empleado en residencias de la tercera edad y en centros de atención a enfermos crónicos que tengan contacto continuo con personas vulnerables.

Personas que trabajan en servicios públicos esenciales.

Fuerzas y cuerpos de seguridad del Estado, con dependencia nacional, autonómica o local.

Bomberos.

Servicios de protección civil.

Personas que trabajan en los teléfonos de los servicios de emergencias sanitarias.

Trabajadores de instituciones penitenciarias y de otros centros de internamiento por resolución judicial.

Personas mayores de 6 meses de edad que, por presentar una condición clínica especial, tienen un mayor riesgo de complicaciones derivadas de la infección por el virus pandémico AH1N1 2009. Estas condiciones clínicas son:

Enfermedades cardiovasculares crónicas (excluyendo la hipertensión).

Enfermedades respiratorias crónicas (incluyendo displasia bronco-pulmonar, fibrosis quística y asma moderada-grave persistente).

Diabetes mellitus tipo I y tipo II con tratamiento farmacológico.

Insuficiencia renal moderada-grave.

Hemoglobinopatías y anemias moderadas-graves.

Falta de bazo.

Enfermedad hepática crónica avanzada.

Enfermedades neuromusculares graves.

Pacientes con inmunosupresión (incluyendo la originada por infección por VIH, o por fármacos, o en los receptores de trasplantes).

Obesidad mórbida (índice de masa corporal igual o superior a 40).

Personas menores de 18 años, que reciben tratamiento prolongado con ácido acetilsalicílico, por la posibilidad de desarrollar un síndrome de Reye.⁵⁵

Utilidad de la vacuna

Las vacunas son uno de los medios más útiles para proteger a las personas frente a las epidemias y pandemias de gripe. Otras medidas que suelen adoptarse son los medicamentos antivirales, el distanciamiento físico en las relaciones sociales y la higiene personal.⁵⁶

La calidad de la nueva vacuna contra el virus de la Gripe A H1N1 sobre la base de lote a lote, cumpliendo consistentemente con los niveles apropiados de pureza, potencia, seguridad y eficacia habiendo sido esto examinado, está garantizada por la Autoridad Regulatoria Nacional (ARN) La ARN donde se establecieron los procedimientos y pruebas de control de calidad.⁵⁷

Una dosis única de vacuna proporciona protección contra la gripe AH1N1 y evita que se adquiriera la enfermedad, si se administra correctamente.

Esta vacuna se está administrando a millones de personas en países de todo el mundo, incluido Estados Unidos y en países de toda Europa.

El cuidadoso monitoreo y los estudios científicos confirman que la vacuna es eficaz para la prevención de la gripe AH1N1.

La vacuna contra la gripe AH1N1 es segura. Se elabora exactamente con el mismo método que otras vacunas contra influenza. Las vacunas contra influenza han sido elaboradas por más de 20 años.

La vacuna contra la gripe A H1N1 se elabora utilizando virus de influenza muertos. El virus se cría en huevos de gallina, luego se retira y mata. Esto se utiliza para crear el “antígeno” que estimula al cuerpo para tener una respuesta inmune contra el virus.

Debido a que la vacuna contra la gripe AH1N1 utiliza un virus muerto, no es posible que cause influenza ni ninguna otra enfermedad por sí misma.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha hecho extensas revisiones de las vacunas contra la gripe AH1N1 de varios fabricantes y ha aprobado varias de ellas para su uso en todo el mundo y ha recomendado que la vacuna sea administrada a aquellos que tienen mayor riesgo de contagiarse y de sufrir sus complicaciones.⁵⁸

III.HIPÓTESIS DE INVESTIGACIÓN

La Intervención educativa de enfermería es efectiva en el conocimiento de la gripe AH1N1 en comerciantes del mercado Bellavista Puno 2012.



IV. VARIABLES Y SU OPERACIONALIZACIÓN

VARIABLES DE ESTUDIO

Variable independiente:

Intervención educativa de enfermería.

Variable dependiente:

Conocimiento sobre la gripe A H1N1.

4.2. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

| VARIABLE | DIMENSIÓN | INDICADORES | ÍNDICE |
|---|--|---|--|
| <p>Variable Independiente:</p> <p>Intervención de enfermería:</p> <p>Es el conjunto de acciones educativas que realiza la enfermera para impartir conocimientos sobre la gripe o influenza AH1N1.</p> | <p>Educación expositiva y participativa.</p> | <p>Evaluación Inicio: Pre test</p> <p>1ra sesión educativa Tema: La gripe AH1N1: Definición. Causa Medios de transmisión Grupos de riesgo Cuadro clínico. Pasos: 1.- Motivación: - Mediante la técnica "Rompehielo". 2.- Recuperación de saberes previos: - Mediante lluvia de ideas 3.- Proveer Información: - Mediante un tríptico. 4.- Fomentar la construcción de conocimientos. - Desarrollo del tema. - Discusión de grupo. 5.- Formular conclusiones y acuerdos. - En papelotes. 6.- Evaluación. - Mediante preguntas.</p> <p>2da sesión educativa Tema: Medidas de prevención y protección. Pasos: 1.-Motivación. - Mediante un relato de una historia. 2.- Recuperación de saberes previos. - Mediante lluvia de ideas. 3.- Proveer información. - Mediante tríptico. 4.- Fomentar la construcción de conocimiento. - Demostrar el procedimiento correcto de las medidas preventivas. 5.- Formular conclusiones y acuerdos. - Enumerar los pasos que deben realizarse en el lavado de manos. - Forma correcta de cubrirse al estornudar. 6.- Evaluación. - Redemonstración.</p> <p>Evaluación de salida: Post test.</p> | <p>10 minutos</p> <p>5 minutos.</p> <p>5 minutos.</p> <p>2 minutos.</p> <p>20 minutos.</p> <p>5 minutos.</p> <p>5 minutos</p> <p>5 minutos</p> <p>2 minutos.</p> <p>20 minutos.</p> <p>5 minutos</p> <p>10 minutos</p> <p>10 minutos</p> |



| | | | |
|--|---|---|---|
| <p>Variable Dependiente:</p> <p>Conocimiento sobre la gripe AH1N1:</p> <p>Es el conjunto de saberes que tienen los comerciantes sobre los aspectos generales y medidas de prevención de la gripe AH1N1.</p> | <p>Aspectos generales:</p> | | |
| | <p>Gripe AH1N1.</p> | <p>Definición de Gripe AH1N1 Es una enfermedad infecciosa aguda de las vías respiratorias.</p> | <p>Correcto (1 punto) Incorrecto (0 puntos)</p> |
| | <p>Medios de transmisión</p> | <p>La gripe AH1N1 es causado por: Virus.</p> <p>Medios de contagio Al respirar las gotitas de saliva de la persona enferma que tose, estornuda o habla.</p> | <p>Correcto (1 punto) Incorrecto (0 puntos)</p> |
| | <p>Grupos de riesgo</p> | <p>Personas en riesgo de enfermar con la gripe AH1N1 Personas que viajan y trabajan en sectores de atención al público.</p> <p>Personas en mayor riesgo Las embarazadas.</p> | <p>Correcto (1 punto) Incorrecto (0 puntos)</p> |
| | <p>Cuadro clínico</p> | <p>Signo principal Fiebre alta.</p> <p>Signos ocasionales Diarrea y vómito.</p> | <p>Correcto (1 punto) Incorrecto (0 puntos)</p> |
| | <p>Medidas de prevención y protección.</p> | <p>Síntomas de gravedad en la gripe AH1N1. Dificultad para respirar.</p> <p>Medidas para prevenir el contagio. Lavarse las manos frecuentemente.</p> <p>Acciones cuando la persona está enferma con gripe AH1N1. Guardar reposo en casa y tomar abundantes líquidos y alimentación sana.</p> <p>Acciones al identificar un familiar enfermo. Se avisará o acudirá al centro de salud más cercano</p> <p>Medidas preventivas en embarazadas. La embarazada debe evitar el contacto cercano con personas enfermas</p> <p>Personas que debe recibir vacuna contra la gripe AH1N1 Trabajadores sanitarios y personas que atienden al público.</p> <p>Utilidad de la vacuna contra la gripe AH1N1 Evita que se adquiere la enfermedad</p> | <p>Correcto (1 punto) Incorrecto (0 puntos)</p> |

Fuente: Elaborado por las investigadoras a partir del marco teórico

V. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

Objetivo general

Determinar la efectividad de la Intervención educativa de enfermería en el conocimiento de la gripe AH1N1 en comerciantes del mercado Bellavista Puno 2012.

Objetivos específicos

Evaluar el conocimiento sobre la gripe AH1N1 en los comerciantes del mercado Bellavista Puno, sobre aspectos generales y medidas preventivas antes (Pre test) de aplicar la intervención educativa de enfermería.

Evaluar el conocimiento sobre la gripe AH1N1 en los comerciantes del mercado Bellavista Puno, sobre aspectos generales y medidas preventivas después (Post test) de aplicar la intervención educativa de enfermería.

Comparar el conocimiento sobre la gripe AH1N1 en los comerciantes del mercado Bellavista Puno, antes y después de la intervención educativa de enfermería.

VI. DISEÑO METODOLÓGICO

TIPO Y DISEÑO DE INVESTIGACIÓN

6.1.1. TIPO DE ESTUDIO

Según los objetivos e hipótesis corresponde el estudio de tipo PRE-EXPERIMENTAL, donde se manipuló la variable independiente (Intervención educativa de enfermería), carece de grupo control, se aplicó el método no probabilístico y muestra intencional.

6.1.2. DISEÑO DE INVESTIGACIÓN

El diseño de investigación que se aplicó en el presente estudio es PRE Y POST TEST CON UN SOLO GRUPO. Este diseño comprende 3 pasos:

En un primer término se evaluó la variable dependiente (pre test) en los comerciantes del mercado Bellavista que conforma el grupo de estudio.

Se aplicó la intervención educativa de enfermería (x) en los comerciantes del mercado Bellavista que conforma el grupo de estudio.

Se evaluó variable dependiente después de la intervención educativa de enfermería (post test) en los comerciantes del mercado Bellavista que conforma el grupo de estudio.

Finalmente se compararon las puntuaciones de las 2 pruebas, para determinar las diferencias atribuidas a la aplicación de la variable independiente en el grupo de estudio.

Este diseño se diagrama de la siguiente forma:

$$O_1 \quad X \quad O_2$$

Donde:

O_1 = Datos sobre el conocimiento de la gripe o influenza AH1N1 (Pre Test)

X = Aplicación de la intervención educativa de enfermería

O_2 = Datos sobre el conocimientos de la gripe o influenza AH1N1 (Post Test)

ÁMBITO DE ESTUDIO

El presente estudio se realizó en el distrito de Puno, teniendo como escenario local al Mercado Bellavista Puno, que se encuentra ubicado en el distrito, provincia y departamento del mismo nombre.

Puno se encuentra ubicado en la meseta del Collao, latitud 15°50', longitud oeste 70°20' del meridiano de Greenwich, a una altitud promedio de 3,828 metros sobre el nivel del mar.

Se caracteriza por contar con un clima frígido y semi-seco, su temperatura media oscila entre 8.6°C y la mínima de 2.6°C presentando precipitaciones fluviales los meses de diciembre a marzo, con un periodo transitorio en el mes de abril; el periodo seco con heladas en los meses de abril a agosto, teniendo un periodo transitorio de setiembre a diciembre.

Vías de comunicación: cuenta con carreteras asfaltadas la cual comunica a la ciudad de Puno, por el norte con la ciudad de Juliaca y por el sur con Desaguadero; contando con carretera afirmada con la ciudad de Moquegua, también existe carreteras de herradura que se comunica con diferentes comunidades.

El Mercado Bellavista, fue creado el 1 setiembre del año 1971, tiene 41 años de fundación, en la actualidad en este centro de abastos se expende productos perecibles y no perecibles, cuenta con cuatro asociaciones y más de 380 comerciantes quienes trabajan para brindar un mejor servicio a los consumidores. La mayoría de los comerciantes tienen edades entre 20 a más de 60 años, proceden de las distintas provincias y departamentos aledaños, poseen educación desde primaria a superior.

Los puestos de mercado donde se expende el comercio están sectorizados:

Sección de prendas de vestir.

Sección juguetería.

Sección de venta de artefactos.

Sección de venta de alimentos y golosinas.

Los comerciantes para la provisión de mercadería viajan a las ciudades fronterizas como Desaguadero, la Paz Bolivia y Tacna, quienes interactúa en forma comercial (verbal e intercambio de moneda que supuestamente se considera contaminado) no solo con los clientes sino, también con los proveedores de los diversos lugares. Las comerciantes que ofrecen estos productos son de condición económica media, cuyas edades oscilan entre los 18 a 60 años de edad, procedentes de las diversas provincias del departamento de Puno, en su mayoría son casadas, en quienes predomina el nivel de instrucción de primaria a secundaria y en porcentaje considerable poseen educación superior universitaria incompleta. Trabajan todos los días de la semana, por lo general desde horas 9 a.m. hasta las 7 p.m.

POBLACIÓN Y MUESTRA DE ESTUDIO

6.3.1. Población de estudio: Estuvo conformada por el total de 380 comerciantes dedicados al comercio de ropa y otros en los diferentes puestos.

6.3.2. Muestra: Estuvo conformada por 25 comerciantes del Mercado Bellavista Puno que conformará el grupo de estudio. Se calculó con la siguiente fórmula.

$$n = \frac{N(Z)^2}{4N(\alpha)^2 + Z^2}$$

DONDE:

n = Muestra.

N = Población.

Z² = Valor de la distribución normal (1.96)

α = Error probable (0,19)

$$n = \frac{380 (1.96)^2}{4(380)(0.19)^2 + (1.96)^2}$$

$$n = \frac{1459.80}{1520(0.0361) + 3.8416}$$

$$n = \frac{1459.80}{54.872 + 3.8416}$$

$$n = \frac{1459.80}{58.7136}$$

$$n = 24.86$$

$$n = 25 \text{ Comerciantes}$$

Criterios de Inclusión:

Comerciantes en edades de 20 a 60 años

Comerciantes con nivel educativo primaria a secundaria incompleta

Comerciantes que viajan con bastante frecuencia a la ciudad fronteriza (contrabandistas)

Criterios de Exclusión:

Comerciantes menores de 20 y mayores de 60 años.

Comerciantes con nivel educativo: secundaria completa y superior.

Comerciantes que no desean participar en el estudio.

Método de Muestreo

Los sujetos de estudio fueron asignado mediante el método no probabilístico, es decir por conveniencia, para lo cual se tomará en cuenta los criterios de inclusión.

TÉCNICA E INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

6.4.1. Técnica: Para la recolección de datos se utilizó la técnica de la encuesta, la cual permitió obtener información sobre el conocimiento en los comerciantes referente a la gripe A H1N1.

6.4.2. Instrumento: Se utilizó un cuestionario para obtener información sobre los conocimientos de los comerciantes sobre la gripe o influenza A H1N1. Consta de 14 interrogantes con alternativas múltiples donde los comerciantes registraran sus respuestas en dos categorías: correcto e incorrecto.

Calificación del instrumento:

Cada interrogante fue calificada en dos categorías:

Correcto = Cuando el comerciante evidencia un conocimiento certero sobre la interrogante planteada y de esta manera reconoce la alternativa o todas las correctas, por tanto recibe 1 punto.

Incorrecto = Cuando el comerciante tiene dificultades sobre el tema, por ello muestra un conocimiento errado y no reconoce ningún de las alternativas, al que se le asignó 0 puntos.

Los puntajes obtenidos por las comerciantes fueron adicionados para así tener un puntaje global, la misma que fue calificada en base al sistema vigesimal de 0 a 20 puntos y haciendo equivalencia se obtiene la siguiente escala de calificación para el conocimiento global.

Conocimiento bueno = 11 a 14 puntos.

Conocimiento regular = 7 a 10 puntos.

Conocimiento deficiente = 0 a 6 puntos.

Prueba Piloto:

Se aplicó una prueba piloto a 10 comerciantes del Mercado Tupac Amaru de la ciudad de Juliaca, por presentar características similares al estudio, lo que permitió reformular el contenido de las respuestas de la interrogante 1, 2 y 4 y reformular la interrogante 6.

PROCEDIMIENTOS DE RECOLECCION DE DATOS

COORDINACIÓN:

Se presentó una solicitud a la Presidenta de los comerciantes del Mercado Bellavista para solicitar su colaboración que permita reunir al grupo de estudio para aplicar la intervención educativa de enfermería.

Se solicitó la nómina de los comerciantes, donde se registren la edad y el nivel educativo prioritariamente.

Se coordinó con los comerciantes para establecer los días de reunión para aplicar la intervención educativa de enfermería.

EJECUCIÓN:

Se acondicionó el local de reunión de las comerciantes, con el material educativo necesario para crear un ambiente atractivo y cálido.

Los comerciantes recibieron la invitación correspondiente para los días de reunión para realizar la intervención educativa de enfermería, según cronograma establecido para el desarrollo educativo.

Antes del desarrollo de la primera sesión educativa, se aplicó el cuestionario (pre test), para lo cual se dió una breve explicación sobre el instrumento y la forma de responder.

El desarrollo de las sesiones educativas se desarrolló de la forma siguiente:

1ra sesión educativa

Se realizó la motivación, con la técnica de “Rompehielo”, la que fomentó un clima agradable y de confianza; en un tiempo de 5 minutos.

Luego se procede a la recuperación de saberes previos a través de lluvia de ideas; durante un tiempo de 5 minutos.

Los participantes recibieron un tríptico, para proveer información introductoria sobre la gripe o influenza AH1N1; en un tiempo de 2 minutos.

Seguidamente se impartió información sobre la gripe AH1N1 en forma expositiva y participativa y se fomentó la construcción de conocimiento mediante la técnica de discusión de grupo; en un tiempo de 20 minutos.

Cada grupo de discusión presentó en un papelógrafo las conclusiones y acuerdos a la que arribaron sobre el tema propuesto, en 5 minutos.

Posteriormente se evaluó con preguntas y de la misma forma se aclaró y refuerza los aspectos poco entendidos sobre la gripe AH1N1; en un tiempo de 5 minutos.

2da sesión educativa “Medidas de Prevención y Protección”

Se realizó la motivación haciendo un relato de una historia “La luz apagada”; en un tiempo de 5 minutos.

Se procedió con la recuperación de saberes previos referentes a las medidas de prevención y protección; mediante la lluvia de ideas. En 5 minutos.

Se hizo entrega de un tríptico sobre medidas preventivas y se solicitó que hagan lectura y reflexionen sobre el contenido. En un tiempo de 5 minutos.

Se instruyó sobre la importancia de la prevención y se fomentó la construcción del conocimiento, aplicando la técnica de la demostración sobre las medidas preventivas, realizando el procedimiento correcto sobre del lavado de manos y forma correcta de cubrirse al estornudar; en un tiempo de 20 minutos,

Se formularon conclusiones y acuerdos, enumerando los pasos que deben realizarse en el lavado de manos y la forma correcta de cubrirse al estornudar en un tiempo de 5 minutos.

Se solicitó a cada grupo realizar la redemonstración del lavado de manos aprendido; en un tiempo de 5 minutos.

Al finalizar las dos sesiones educativas se aplicó el post test. En 10 minutos

Finalmente la información obtenida fueron organizados y procesados para el respectivo análisis e interpretación.

6.6. PLAN DE PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS

6.6.1. Plan de procesamiento:

Luego de la ejecución y obtención de datos se procedió a realizar las siguientes acciones:

Enumeración de los cuestionarios

Verificación de las respuestas

Vaciado de datos a una sabana de datos en el programa de EXCEL

Procesamiento de los datos en el programa SPSS.

Elaboración de cuadros con resultados obtenidos

Análisis e Interpretación de los datos.

6.6.2. Análisis de datos:

Para el análisis de los datos se utilizó la estadística descriptiva porcentual y en la contrastación de la hipótesis la prueba estadística T-Student para “Diferencia de promedios”.

Los datos obtenidos serán procesados en forma porcentual haciendo uso de la estadística descriptiva, aplicando la siguiente fórmula:

$$P = \frac{X}{N} (100)$$

P = Porcentaje.

X = Actitud.

N = Muestra.

PRUEBA DE HIPÓTESIS:

Promedio: \bar{X}

$$\bar{X} = \frac{\sum_{i=1}^n X_i}{n}$$

Donde:

\bar{X} : Promedio muestral (pre y pos test).

X_i : Puntaje individual (Pre y post test)

n : Tamaño muestral (pre = 25 y post test = 25)

Varianza:

$$S^2 = \frac{\sum_{i=1}^n X_i^2 - \frac{\left(\sum_{i=1}^n X_i\right)^2}{n}}{n - 1}$$

Donde:

S^2 : Varianza muestral (pre y post test).

X_i : Puntaje individual (Pre y post test)

n : Tamaño de muestra (Pre test = 25, post test = 25)

Prueba de diferencia de promedios:

Se aplicó la prueba t de student para dos promedios, mediante el programa estadístico MINITAB versión 12:

Planteamiento de hipótesis estadística:

Prueba Pre-test

$$H_0 : \mu_{pre} = \mu_{post}$$

El promedio de puntaje pre-test es igual al promedio de puntaje del post test.

$$H_1 : \mu_{pre} > \mu_{post}$$

El promedio de puntaje pre-test es diferente al promedio del post test.

Nivel de significancia:

$$\alpha = 5\% = 0.05$$

Prueba estadística:

$$T_c = \frac{(\bar{X}_{pre} - \bar{X}_{post})}{\sqrt{\frac{(n_1 - 1)S_1^2 + (n_2 - 1)S_2^2}{n_1 + n_2 - 2} \left[\frac{1}{n_1} + \frac{1}{n_2} \right]}}$$

Donde:

T_c : Prueba t calculado.

\bar{X}_1 : Promedio muestral pre test.

\bar{X}_2 : Promedio muestral post test.

S_1^2 : Varianza muestral pre test.

S_2^2 : Varianza muestral post test.

n_1 : Tamaño de muestra pre test.

n_2 : Tamaño de muestra post test.

VII. RESULTADOS Y DISCUSIÓN

CUADRO 01

NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE ASPECTOS GENERALES DE LA GRIPE AH1N1 ANTES DE APLICAR LA INTERVENCIÓN EDUCATIVA DE ENFERMERÍA EN LOS COMERCIANTES DEL MERCADO BELLAVISTA, PUNO-2012

| ASPECTOS GENERALES | | NIVEL DE CONOCIMIENTO (PRE TEST) | | | | | |
|-----------------------|--|----------------------------------|----|------------|----|-------|-----|
| | | CORRECTO | | INCORRECTO | | TOTAL | |
| | | N | % | N | % | N | % |
| Gripe AH1N1. | Definición | 7 | 28 | 18 | 72 | 25 | 100 |
| | Causa | 5 | 20 | 20 | 80 | 25 | 100 |
| Medios de transmisión | de | | | | | | |
| | Medios de contagio | 6 | 24 | 19 | 76 | 25 | 100 |
| Grupos de riesgo | Personas en riesgo de enfermar con gripe AH1N1 | 5 | 20 | 20 | 80 | 25 | 100 |
| | Personas en mayor riesgo | 4 | 16 | 21 | 84 | 25 | 100 |
| Cuadro clínico | Signo principal de la gripe AH1N1 | 5 | 20 | 20 | 80 | 25 | 100 |
| | Signos ocasionales | 6 | 24 | 19 | 76 | 25 | 100 |
| | Síntomas de gravedad en la gripe AH1N1. | 4 | 16 | 21 | 84 | 25 | 100 |

Fuente: Cuestionario aplicado a comerciantes del Mercado Bellavista, Puno-2012

En el presente cuadro se evidencia que antes de intervención educativa de enfermería en el conocimiento sobre la gripe AH1N1, el 84% de las comerciantes tenían conocimiento incorrecto respecto a las personas en mayor riesgo y síntomas de gravedad; en tanto, el 80% tenía conocimiento incorrecto referente a la causa, personas en riesgo a enfermar, signo principal; el 76% acerca de los medios de contagio, signos ocasionales y el 72% con conocimiento incorrecto sobre la definición.

Según los resultados encontrados podemos señalar que la mayoría de las comerciantes tenían conocimientos incorrectos y/o errados sobre la gripe AH1N1 y la minoría de las comerciantes poseen conocimientos correctos; esta situación posiblemente se debe a las escasas informaciones masivas que se realizaron en tiempos de campaña cuando se presentaron casos de gripe AH1N1 tanto a nivel nacional y local.

Ávila (2009), en su investigación “Conocimiento y prácticas sobre la nueva influenza AH1N1 en los establecimientos del Ministerio de Salud”, encontró que los pacientes habían recibido mayor información por medio de la televisión (60%); Rodríguez (2010) reportó que el 40,1% se consideraba poco o nada informado, obteniendo la información fundamentalmente de la televisión (75,7%); en contraste con estos resultados, las comerciantes del Mercado bellavista se encuentran con mayor deficiencia, por tanto, el conocimiento incorrecto en la mayoría de los aspectos evaluados sobre la gripe AH1N1, conllevaría a situaciones en las que no se tomarían medidas necesarias y precisas por desconocimiento y tampoco se podrían limitar el contagio, propagación de la enfermedad menos reconocer la gravedad.

No definir correctamente esta enfermedad, significa que puede ser confundida con otra enfermedad y llevar a las personas a tomar otras conductas para tratar a la persona enferma. Al respecto, el Ministerio de Sanidad de España (2009) señala que la gripe AH1N1 puede ser confundida con la gripe estacional o catarro común, porque ambas enfermedades son procesos virales y presentan sintomatología parecida.

El conocimiento incorrecto de la causa, puede dejar desapercibida la enfermedad o atribuirse a otros fenómenos erróneos, sobre este hecho la OMS precisó que al no reconocer la causas, ocurre el agravamiento de la enfermedad y se caracteriza por una neumonía viral que destruye a los tejidos pulmonares, no responde a los antibióticos, y surgen complicaciones en los órganos, que al no ser tratados oportunamente llevan a la muerte.

Respecto a los medios de transmisión, no reconocer que la gripe AH1N1 puede contagiarse por medio de gotitas de la saliva de la persona enferma que tose, estornuda, o habla las comerciantes no podrían prevenir el contagio al estar frente a la persona enferma. Al respecto el Ministerio de la Sanidad de España (2009) refiere que los mecanismos de transmisión es por contacto directo con personas enfermas quienes expulsan el virus a través de las gotitas de la saliva e indirectamente por secreciones.

El tener conocimiento incorrecto sobre las personas en riesgo de enfermar con gripe AH1N1, como las personas que viajan y trabajan en sectores de atención al público, los expone a mayor riesgo de contagio, porque al desarrollar sus actividades en las instalaciones muy concurridas y no toman ciertas precauciones para preservar la salud. Al respecto, Lifshitz (2011), A demás de la higiene personal, las prácticas sociales y laborales tienen un rol determinante para limitar el factor de riesgo estas personas. Esta situación nos indica que este grupo de personas no es reconocido como grupo de riesgo, así como se demostró en el estudio de Rodríguez (2010), sólo un 33,5% de los encuestados se consideraba población de riesgo frente a la gripe AH1N1.

Así mismo, no reconocer que la embarazada es la persona de mayor riesgo, conlleva a que no puedan limitarse el daño que puede ocasionar si la mujer embarazada enferma con gripe AH1N1 Lifshitz (2011), al respecto refiere que el grupo de personas con mayor riesgo a contagiarse son las embarazadas sobre todo en el 2do o 3er trimestre del embarazo, por ello están consideradas como un grupo especial de riesgo. Acién (2009) señala que efectivamente, las mujeres embarazadas, no solo parecen más susceptibles a la gripe A, sino que en ellas está especialmente aumentado el riesgo de complicaciones severas por una gripe que como tal no debería tener mayor importancia. Probablemente el riesgo está aumentado por los cambios fisiológicos del embarazo a nivel inmunológico, sanguíneo-cardiovascular, pulmonar-respiratorio, etc, asociado a determinadas patologías previas quizá no bien detectadas, tratadas o subyacentes.

Un conocimiento incorrecto sobre el signo principal que es la fiebre, llevaría a las personas a no reconocer la verdadera sintomatología que presenta la gripe AH1N1. Al respecto Calivá (2009) señala que la gripe generalmente aparece súbitamente y presenta algunos síntomas que en ocasiones se confunden con los de un resfriado común. La

OMS (2009) señala que la gripe A H1N1 aparece súbitamente y presenta algunos síntomas como la fiebre alta (38-41°C) que perdura 2 a 3 días, aunque existen casos en que pueden durar hasta los 7 días.

Mientras, el conocimiento incorrecto sobre los signos ocasionales que presenta la gripe A H1N1, es preocupante porque dificulta la identificación exacta de la verdadera sintomatología; la OMS (2009) sobre este aspecto refiere que pueden presentar algunas veces signos ocasionales como la diarrea y vómitos, lo que puede llevar a mayores confusiones y no reconocer como signos ocasionales de la gripe AH1N1.

Con respecto a los síntomas de gravedad el conocimiento incorrecto, es una situación negativa de gran magnitud de la enfermedad, ya que al no reconocer la dificultad respiratoria, que aparece pasados ya siete días de la enfermedad, puede llevar a las comerciantes a mantener al enfermo en casa y desencadenar situaciones extremas como la muerte de la persona enferma. Al respecto, el Ministerio de la Sanidad (2009) de España refiere que cuando aparece la dificultad para respirar, pasados ya los siete días de la enfermedad, aparece con ella, el dolor en el pecho, expectoración sanguinolenta, aspecto azulado o amoratado de la piel y de los labios, mareo o alteraciones de la conciencia. También la fiebre se hace más elevada, que persiste más de tres días, caída de la tensión arterial, aparecen también, otros síntomas diferentes a los habituales de la gripe que ponen en mayor peligro la vida de las personas.

En consecuencia, la evaluación realizada antes de la intervención educativa de enfermería, en aspectos generales demuestran que la mayoría de las comerciantes tienen información incorrecta sobre la gripe AH1N1 ya que prima el conocimiento incorrecto, situación que las ubica en riesgo de contraer la gripe AH1N1 en cualquier momento que se presentará la epidemia ya que no se conoce la enfermedad, los medios de transmisión, grupos de riesgo y el cuadro clínico que presenta.

CUADRO 02

NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE MEDIDAS DE PREVENCIÓN Y PROTECCIÓN DE LA GRIPE A H1N1 ANTES DE APLICAR LA INTERVENCIÓN EDUCATIVA DE ENFERMERÍA EN COMERCIANTES DEL MERCADO BELLAVISTA, PUNO-2012

| PREVENCIÓN Y PROTECCIÓN | NIVEL DE CONOCIMIENTO (PRE TEST) | | | | | |
|--|----------------------------------|----|------------|----|-------|-----|
| | CORRECTO | | INCORRECTO | | TOTAL | |
| | N | % | N | % | N | % |
| Medidas para prevenir el contagio | 2 | 8 | 23 | 92 | 25 | 100 |
| Acciones en la persona enferma con gripe AH1N1 | 3 | 12 | 22 | 88 | 25 | 100 |
| Acciones al identificar un familiar enfermo | 5 | 20 | 20 | 80 | 25 | 100 |
| Medidas preventivas en embarazadas | 3 | 12 | 22 | 88 | 25 | 100 |
| Personas que debe recibir vacuna contra la gripe AH1N1 | 5 | 20 | 20 | 80 | 25 | 100 |
| Utilidad de la vacuna contra la gripe AH1N1 | 3 | 12 | 22 | 88 | 25 | 100 |

Fuente: Cuestionario aplicado a comerciantes del Mercado Bellavista, Puno-2012

En el presente cuadro se muestra resultados del nivel de conocimiento sobre medidas de prevención y protección, donde resalta que el 92% de las comerciantes antes de la intervención educativa tenían conocimiento incorrecto sobre: medidas para prevenir el contagio; el 88% con conocimiento incorrecto referente a: acciones en la persona enferma, medidas preventivas en embarazadas y sobre utilidad de la vacuna; el 80% tenía conocimiento incorrecto referente a: acciones al identificar un familiar enfermo y sobre personas que deben vacunarse contra la gripe AH1N1.

Con los resultados obtenidos se puede señalar que las comerciantes no tienen un conocimiento correcto sobre las medidas de prevención y protección frente a la gripe A H1N1, esta situación obedece posiblemente a que las comerciantes por la modalidad del trabajo, como es permanecer casi todo el día en el puesto de trabajo no asisten a establecimientos de salud para informarse sobre la gripe A H1N1, otra situación que puede haber influido en el bajo conocimiento es el poco interés que algunas comerciantes tienen para buscar información sobre el cuidado de la salud, a pesar de estar expuestas en forma permanente al trabajar con personas públicas de diversa índole.

Los resultados del estudio tienen correspondencia con Ávila (2009), respecto a las medidas de prevención, la mayoría de los pacientes encuestados (35%-50%), utilizan la mano para cubrirse nariz y boca al estornudar o toser, no tienen práctica de higiene de manos, en nuestro estudio las cifras obtenidas denotan también conocimiento incorrecto sobre las medidas de prevención, estas semejanzas y diferencias pueden estar sujetas a la falta de una información sistematizada por parte del personal de salud. A pesar que la Organización Mundial de la Salud (2005) ha implementado estrategias de prevención,

contra la posible pandemia, fortalecimiento de las comunicaciones durante los brotes, mayor entendimiento sobre los métodos de contención, diseño de técnicas cada vez más complejas de modelos de simulación estadística, mejor abordaje diagnóstico y planeación de reservas de medicamentos antivirales y otros suministros esenciales para enfrentar otros brotes.

Los conocimientos incorrectos sobre las medidas para prevenir el contagio, conlleva a que las comerciantes no aplican la medida correcta para evitar la diseminación del virus hacia otras personas y en ellas mismas; porque no se estarían lavándose las manos frecuentemente. Al respecto, la OMS (2009) recomienda que para evitar el contagio no llevarse las manos a la cara, ojos nariz y boca, y lavarse las manos frecuentemente, dado a que el virus entra en el cuerpo al ponerse en contacto, al darse la mano, besarse en la mejilla, por la nariz, boca y ojos. Cuando una persona tose o estornuda, el virus puede quedar en las superficies lisas, como manijas, dinero, papel, documentos, siempre y cuando haya humedad, por ello, al no poder esterilizar el ambiente se recomienda extremar la higiene de las manos.

No realizar acciones correctas para identificar a la persona enferma o aun familiar, llevará a las personas a conductas equivocadas, está situación constituye un alto riesgo para la persona enferma ya que al no ser reconocida en forma oportuna tiene mayores posibilidades de empeoramiento y gravedad que llevarían a la muerte como se observó en tiempos de la pandemia. Sobre esta situación el Ministerio de Sanidad de España (2009) ha señalado que cuando la gripe AH1N1 no es reconocida en forma temprana y no recibe el tratamiento adecuado o la susceptibilidad es mayor, aparecen signos que pueden dar aviso de la gravedad, para lo cual es urgente contactarse con los servicios sanitarios lo antes posible cualquier persona que presente alguno de los siguientes síntomas ya que pueden indicar progresión hacia una gripe más grave.

De similar manera el conocimiento incorrecto sobre acciones al identificar un familiar enfermo, puede conducir al retraso de la consulta cuando se presenta la gripe A H1N1 en el familiar. Comparado con el estudio reportado por Apiñaniz et. Al. (2010) en Barcelona presenta cierta correspondencia porque la mayoría de los encuestados consideraron que tanto ellos y sus familiares se encontraban en alto riesgo de infectarse por la gripe AH1N1; sin embargo cabe resaltar que el conocimiento incorrecto sobre esta conducta, el familiar enfermo no podría recibir atención oportuna.

No tener conocimiento correcto sobre las medidas preventivas en embarazadas, puede ocasionarse problemas mayores en el embarazo. Al respecto, el Ministerio de Salud de la Sanidad de España (2009) refiere que las embarazadas son más susceptibles a todas las infecciones porque su sistema inmunitario esta disminuido de manera natural. Por esto motivo y en relación a la Gripe, es importante que cumpla de manera continuada las mismas medidas preventivas que la población general, especialmente evitar el contacto cercano con personas enfermas.

El conocimiento incorrecto sobre las personas que deben vacunarse, puede obviarse la vacunación de personas en riesgo a enfermar con la gripe AH1N1, sobre este aspecto,

el Ministerio de la Sanidad de España (2009) considera que las personas que deben vacunarse está regido por el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud, donde se aprobó por unanimidad, a propuesta de la Comisión de Salud Pública y siguiendo las recomendaciones de la Comisión Europea unos grupos de población prioritarios para la vacunación contra la nueva gripe, dentro de ellas se pueden nombrar: a mujeres embarazadas, trabajadores socio-sanitarios, también se considera prioridad para vacunarse personas que trabajan en servicios públicos esenciales, en el estudio las comerciantes están en este grupo.

Apiñaniza (2010), al respecto refiere que la población de Barcelona ante la pregunta si se vacunarían en caso de pertenecer a un grupo de riesgo el 14,6% respondió que no se vacunaría y el 25% estuvo indeciso en el momento de la encuesta; esto demuestra que los encuestados no poseían una información completa sobre la necesidad de la vacunación sobre todo en los grupos de riesgo.

El conocimiento incorrecto respecto a la utilidad de la vacuna, es una situación negativa para el organismo, porque al no recibir una vacuna que pueda generar en el organismo defensas para enfrentar este tipo de afección, las comerciantes se encontrarán siempre en situación de riesgo; aunque la vacunación contra la gripe AH1N1, no evita en todos los casos que se adquiera la enfermedad pero sí da cierta protección frente a ella y reduce el riesgo de complicaciones, por eso la vacuna estará indicada fundamentalmente en las personas que presentan mayor riesgo de desarrollar estas complicaciones (Ministerio de la Sanidad 2009); esta situación hace que las comerciantes deben tener conocimiento correcto para poder asumir la responsabilidad de vacunarse o hacer que sus familiares identificados como grupos de riesgo reciban la vacuna contra la gripe AH1N1 por los beneficios de la vacunación.

En consecuencia, el conocimiento incorrecto sobre las medidas de prevención y protección sobre la gripe AH1N1, no permitirán a las comerciantes a practicar las medidas de protección, menos reconocer a las personas o familiares enfermas y tampoco actuar adecuadamente frente a una persona enferma especialmente frente a una embarazada, menos tendrán la actitud de vacunarse y comprender la inmunidad que confiere cuando se recibe la vacuna, por tanto, los resultados obtenidos refuerzan la necesidad de intervenir para mejorar el conocimiento de las personas sobre las medidas de prevención y protección frente a la gripe AH1N1.

CUADRO 03

NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE ASPECTOS GENERALES DE LA GRIPE A H1N1 DESPUÉS DE APLICAR LA INTERVENCIÓN EDUCATIVA DE ENFERMERÍA EN COMERCIANTES DEL MERCADO BELLAVISTA, PUNO-2012

| ASPECTOS GENERALES | | NIVEL DE CONOCIMIENTO (POST TEST) | | | | | |
|-----------------------|---|-----------------------------------|-----|------------|----|-------|-----|
| | | CORRECTO | | INCORRECTO | | TOTAL | |
| | | N | % | N | % | N | % |
| Gripe AH1N1. | Definición | 24 | 96 | 1 | 4 | 25 | 100 |
| | Causa | 24 | 96 | 1 | 4 | 25 | 100 |
| Medios de transmisión | Medios de contagio | 23 | 92 | 2 | 8 | 25 | 100 |
| Grupos de Riesgo | Personas en riesgo de enfermar con la gripe AH1N1 | 24 | 96 | 1 | 4 | 25 | 100 |
| | Personas en mayor riesgo | 22 | 88 | 3 | 12 | 25 | 100 |
| Cuadro clínico | Signo principal de la gripe AH1N1 | 24 | 96 | 1 | 4 | 25 | 100 |
| | Signos ocasionales | 25 | 100 | 0 | 0 | 25 | 100 |
| | Síntomas de gravedad en la gripe AH1N1. | 22 | 88 | 3 | 12 | 25 | 100 |

Fuente: Cuestionario aplicado a comerciantes del Mercado Bellavista, Puno-2012

Los resultados del presente cuadro muestran que el 100% de los comerciantes después de la intervención educativa obtienen un conocimiento correcto sobre los signos ocasionales; el 96% en la definición, causa, personas en riesgo, así como en el signo principal; el 92% también obtuvo un conocimiento correcto sobre los medios de contagio; y el 88% sobre personas en mayor riesgo y síntomas de gravedad de la gripe AH1N1.

Los conocimientos obtenidos después de la intervención educativa de Enfermería son satisfactorios ya que la mayoría de las comerciantes han asimilado las enseñanzas impartidas sobre los aspectos generales de la gripe AH1N1. Los logros obtenidos se fundamentan en las bondades que tiene la metodología educativa aplicada. Sobre esta bondad Yáñez (2005) ha señalado que la intervención educativa en Enfermería al ser un proceso continuo, desarrollado en forma sistemática para brindar educación a los usuarios que demandan servicios de salud tiene como base los aspectos más importantes de la educación participativa, la que le permite brindar un proceso educativo continuo, con estrategias específicas para poderse impartir la educación y reforzar los aspectos educativos más importantes en cada sesión educativa y al mismo tiempo evaluar el aprendizaje.

Así mismo, el elevado conocimiento adquirido después de la intervención puede también estar sustentado en el programa de aprendizaje organizado y desarrollado para

dar una respuesta apropiada a las necesidades de conocimiento de las comerciantes. Esta modalidad educativa ha permitido a la Enfermera reconocer que cada adulto recibe, transforma y genera cultura, en consecuencia, puede ser simultáneamente participante y facilitador en el proceso educativo, por ello al construir el nuevo conocimiento participa activamente tomando en cuenta sus conocimientos previos, procesa, analiza y consolida el conocimiento propuestos sobre los aspectos generales.

Se atribuye también al interés mostrada por las comerciantes ya que la gripe AH1N1 se presentó como una pandemia de gran impacto que llevó a la muerte a muchos que fueron portadores de esta enfermedad, tiempos en que las personas tenían temor a contagiarse, aunque en Puno la situación no fue tan alarmante, por los medios de comunicación especialmente la televisión a nivel nacional se publicaron casos que realmente alarmaron a la población; este puede ser la razón de haber adquirido algunos conocimientos de manera incompleta.

El tener conocimiento sobre la causa de la gripe AH1N1, constituye un respaldo para las comerciantes, porque de presentarse la gripe dentro de la familia o en el entorno tendrían la capacidad de reconocer y diferenciar la gripe AH1N1 de un resfriado común o ante la sospecha de la gripe podrían buscar de inmediato los servicios de salud. (Karam 2010) señala que no habrá la necesidad de recurrir a otras suposiciones erróneas.

El conocimiento correcto sobre medios de contagio capacita a las personas a disminuir el contagio de la gripe, ya que las gotitas que se emiten al estornudar, toser o hablar pueden quedarse en las manos donde el virus puede sobrevivir unos minutos (menos de 5 minutos); también pueden depositarse en superficies (de muebles, pomos, objetos...) donde el virus puede permanecer de horas a días; por ello la OMS (2009) recomienda que deben extremarse la higiene de las manos y todo aquello que puede estar en contacto con las gotitas de la saliva del enfermo con gripe AH1N1.

El conocimiento correcto respecto a las personas en riesgo de enfermar con la gripe AH1N1, capacita a las comerciantes a reconocer que las personas que viajan y trabajan en sectores de atención al público están en riesgo de enfermar; esta situación le permitirá ubicarse en condición de riesgo y con ello tomar las medidas pertinentes para no adquirir esta enfermedad durante la actividad cotidiana y comercial. Al respecto Lifshitz (2011) señala que los que se trasladan utilizando el servicio de transporte público deberían extremar sus precauciones, ya que presentan una mayor exposición a potenciales infectados que quienes se desplazan en automóviles particulares o transportes privados. De igual modo, quienes desarrollan sus actividades en instalaciones muy concurridas (supermercados u otros) deberían tomar serias precauciones para preservar su salud, cualquiera sea el rubro o el ámbito en el que trabajan dentro de estas instituciones, en el estudio las comerciantes tendrían esta misma probabilidad.

Sobre las personas en mayor riesgo, el conocimiento correcto de que la mujer embarazada es un grupo de riesgo prioritario, otorga a la comerciante reconocer que la persona embarazada debe ser llevado de urgencia a un establecimiento de salud y para

evitar el contagio extremar medidas preventivas. Por ello, Ación (2011) señala determinadas medidas preventivas o de precaución y protección estándar, así como la necesaria identificación de las personas con alto riesgo de complicaciones por la gripe para su mejor cuidado, derivación y tratamiento, donde se reconoce que toda mujer embarazada, especialmente en el segundo y tercer trimestre como un grupo especial de riesgo, ya que el riesgo está aumentado por los cambios fisiológicos del embarazo, a nivel inmunológico, sanguíneo-cardiovascular y pulmonar-respiratorio.

Respecto al cuadro clínico, el conocimiento correcto sobre el signo principal, signos ocasionales y síntomas de gravedad, conduce a las personas a reconocer la enfermedad y discriminar otras patologías que pueden presentarse con signos similares. Stollenwerk, Harper y Sandrock (2008) señalan que la infección por virus de la influenza, cuando no se presentan complicaciones, causa una enfermedad sistémica caracterizada por fiebre de inicio súbito, cefalea, mialgia y malestar general; a nivel del tejido respiratorio se presenta traqueobronquitis transitoria, la cual se corresponde con la adhesión viral a las células epiteliales de la tráquea y bronquios donde se puede observar necrosis superficial del epitelio las cuales son visibles desde el primer día de inicio de los síntomas, todos estos cambios son transitorios de hecho para el día 2 del inicio de los síntomas se empieza a ver la reparación del tejido. De ahí que es importante que las personas tengan el conocimiento correcto para que puedan llegar a un establecimiento de salud en forma oportuna, de lo contrario los casos llegarán con severas complicaciones. Por tanto, el conocimiento correcto en las comerciantes brinda capacidad para reconocer los signos y síntomas de la gripe AH1N1.

El mismo autor refiere que la complicación más frecuente es la difusión del virus hacia los alveolos, frecuentemente pero en algunos individuos se puede desarrollar neumonía severa con invasión bacteriana secundaria. A diferencia del daño en el tejido traqueo-bronquial, el daño en el tejido alveolar tiene consecuencias severas para el intercambio de gases Este efecto citolítico es debido a una combinación de la infección viral y el efecto indirecto de la respuesta inmune, la disfunción respiratoria es causada por la fuga de fluidos desde los capilares alveolares a la luz de los alveolos posterior al daño tisular, lo que puede ser reconocido como la dificultad para respirar. Por tanto, el conocer los signos y síntomas tanto principal, ocasional y los síntomas de gravedad mejorará la forma de proceder, por ejemplo sobre la fiebre se sentirá alertada y buscará la ayuda profesional.

Por tanto, los conocimientos correctos adquiridos gracias a la sistematización del proceso educativo por la enfermera, fortalecieron los conocimientos previos de las comerciantes y ha potenciado el conocimiento nuevo sobre los aspectos generales de la gripe AH1N1.

CUADRO 04

NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE MEDIDAS DE PREVENCIÓN Y PROTECCIÓN DE LA GRIPE A H1N1 DESPÚES DE APLICAR LA INTERVENCIÓN EDUCATIVA DE ENFERMERÍA EN COMERCIANTES DEL MERCADO BELLAVISTA, PUNO-2012

| PREVENCIÓN Y PROTECCIÓN | NIVEL DE CONOCIMIENTO (POST TEST) | | | | | |
|--|-----------------------------------|----|------------|----|-------|-----|
| | CORRECTO | | INCORRECTO | | TOTAL | |
| | N | % | N | % | N | % |
| Medidas para prevenir el contagio | 22 | 88 | 3 | 12 | 25 | 100 |
| Acciones en la persona enferma con gripe AH1N1 | 22 | 88 | 3 | 12 | 25 | 100 |
| Acciones al identificar un familiar enfermo | 24 | 96 | 1 | 4 | 25 | 100 |
| Medidas preventivas en embarazadas | 22 | 88 | 3 | 12 | 25 | 100 |
| Personas que debe recibir vacuna contra la gripe AH1N1 | 21 | 84 | 4 | 16 | 25 | 100 |
| Utilidad de la vacuna contra la gripe AH1N1 | 21 | 84 | 4 | 16 | 25 | 100 |

Fuente: Cuestionario aplicado a comerciantes del Mercado Bellavista, Puno-2012

En el cuadro siguiente se muestra que, 96% de las comerciantes del Mercado Bellavista Puno después de recibir educación mediante la intervención educativa de Enfermería obtuvieron un conocimiento correcto sobre acciones a realizarse al identificar un familiar enfermo, el 88% en medidas para prevenir el contagio y en acciones a realizarse cuando la persona está enferma, así mismo sobre medidas preventivas en embarazadas; el 84% también obtuvo un conocimiento correcto en personas que deben vacunarse y sobre la utilidad de la vacuna.

Los resultados obtenidos demuestran la efectividad de la intervención educativa de enfermería, ya que se logró mejorar el conocimiento sobre medidas de prevención dado que en la evaluación inicial estos fueron con predominio incorrecto, lo que significa que la capacidad de la metodología aplicada fue relevante en el proceso de aprendizaje; indudablemente durante la adquisición del conocimiento tuvo un papel fundamental el conocimiento previo de las comerciantes. Según la teoría de Ausubel citado por Moreira (2010) el aprendizaje es significativo cuando se incorporación los nuevos conocimientos en la estructura cognitiva de modo no arbitrario, sustantivo y no al pie de la letra, con un esfuerzo deliberado para unir los nuevos conocimientos con conceptos de nivel superior, más inclusivos, en la estructura cognitiva para relacionarlos con las experiencias, con acontecimientos u objetos llamados conocimientos previos con los conocimientos nuevos.

El haber logrado que las comerciantes mejoren a un nivel correcto puede ser atribuido a las técnicas educativas desarrolladas como la técnica demostrativa y los medios escritos utilizados como el tríptico que se distribuyó a cada una de las

participantes. Al respecto, Giraudo (2007) señala que esta técnica escrita elaborada con anterioridad aporta elementos nuevos para la población objetivo y ayuda a concretizar ideas y reflexiones del grupo, por ello los trípticos con contenidos sobre las medidas de prevención y protección frente a la gripe AH1N1.

Por otra parte, la demostración aplicada para la enseñanza del lavado de manos en forma correcta y la manera de protección al estornudar, fue una técnica que contribuyó en el aprendizaje, el conocimiento de nivel bueno se debe fundamentalmente a las actividades que se realizan en la demostración que llegan a involucrar a los participantes con la finalidad de contribuir al logro de un objetivo de aprendizaje (Calivá 2009). Además, el aprendizaje por observación en una demostración, es de gran utilidad para alcanzar objetivos relacionados con la aplicación automatizada de procedimientos. Aumenta su efectividad, con la práctica del participante, así como de la demostración del camino correcto, facilitando con ello, la discriminación entre lo correcto de lo incorrecto (Rojas 2010), razones suficientes que permitieron mejorar el conocimiento de las comerciantes.

Un conocimiento correcto acerca de las medidas para prevenir el contagio, otorga a la comerciante limitar la diseminación de la enfermedad a través del lavado de manos, esta actividad frente a la gripe AH1N1 está recomendado realizarlo más de diez veces al día, dado a que el virus entra al cuerpo al ponerse en contacto o al darse la mano, porque al no poder esterilizar el ambiente se recomienda extremar la higiene de las manos (OMS 2009).

Así mismo, el conocimiento correcto sobre las acciones que debe realizarse frente a la persona con gripe AH1N1,

Al respecto la OMS (2009) refiere que la mayor parte de los casos la gripe se cura sola y no hay que tomar ninguna medida especial, salvo las habituales, por lo se recomienda cuando ya se tiene la gripe AH1N1 las personas deben guardar reposo en el propio domicilio, beber abundantes líquidos (agua, zumos, etc.) y alimentarse de forma sana y equilibrada (frutas y verduras).

Del mismo modo el conocimiento correcto acerca de las acciones que deben realizarse cuando se tiene un familiar enfermo, acudir de forma inmediata al establecimiento de salud más cercano, esta acción fue recomendada por la OMS/OPS (2008), donde señala que además del reconocimiento de los signos y síntomas y cuidados que deben extremarse, debe acudir de inmediato a un Centro de Salud más cercano. En contraste el conocimiento correcto evitará no solo la diseminación de la enfermedad en el entorno familiar sino evitará las complicaciones que puede presentar el familiar al no ser asistido oportunamente.

Frente a las medidas preventivas en embarazadas, los resultados obtenidos después de la intervención educativa de enfermería, contribuyen en la protección de esta población de alto riesgo frente a la gripe AH1N1, porque las embarazadas son más susceptibles a todas las infecciones por tener su sistema inmunitario disminuida de

manera natural. Por este motivo y en relación a la Gripe, es importante que cumpla de manera continuada las mismas medidas preventivas que la población general. Una de las medidas preventivas principales es, evitar el contacto cercano con personas enfermas (Sistema Nacional de Salud. Gripe A 2010)

El conocimiento correcto sobre la necesidad de vacunarse contra la gripe A H1N1, permite a que las comerciantes reconozcan que los trabajadores sanitarios y personas que atienden al público como ellas están dentro del grupo de personas en riesgo de contraer la gripe A H1N1 y que necesitan vacunarse. Al respecto, el Ministerio de la Sanidad de España (2009) refiere que la vacunación contra la gripe AH1N1, aunque no evita en todos los casos que se adquiera la enfermedad; sin embargo, la vacuna da cierta protección frente a ella y reduce el riesgo de complicaciones, por eso la vacuna estará indicada fundamentalmente en las personas que presentan mayor riesgo de desarrollar estas complicaciones. Además, sobre las personas que deben vacunarse está regido por el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud (compuesto por todos los Consejeros/as de sanidad de las Comunidades Autónomas y presidido por la Ministra de Sanidad y Política Social) quién aprobó por unanimidad, que los grupos de población prioritarios deben vacunarse contra la nueva gripe, dentro de ellas se pueden nombrar: Mujeres embarazadas, trabajadores socio-sanitarios, personas que trabajan en servicios públicos esenciales, donde se encuentran ubicadas la población en estudio.

Respecto a la utilidad de la vacuna el conocimiento correcto induce a las personas a valorar la utilidad, esto da lugar a que mejoren su predisposición a vacunarse, porque conocen que la vacuna puede evitar adquirir la enfermedad en las poblaciones en riesgo. National Institute for Biological Standards and Control (Reino Unido) (2009), señala que las vacunas son uno de los medios más útiles para proteger a las personas frente a las epidemias y pandemias de gripe. USAID (2010) en una capacitación sobre la vacunación de gripe AH1N1, ha referido que una dosis única de vacuna proporciona protección contra esta enfermedad, si se administra correctamente y el cuidadoso monitoreo y los estudios científicos confirmaron que la vacuna es eficaz para la prevención de la gripe AH1N1, que la vacuna es segura porque fue elaborada con el mismo método que las otras vacunas; por ello, la Organización Mundial de la Salud (OMS) después de varias revisiones ha recomendado que la vacuna sea administrada a aquellos que tienen mayor riesgo de contagiarse y de sufrir sus complicaciones.

Por tanto, los buenos conocimientos serán fundamentales a la hora de aplicar medidas de prevención y protección frente a la gripe AH1N1, ya que otorga capacidad a las comerciantes para lavarse las manos y practicar la forma correcta y que un enfermo con gripe AH1N1, debe guardar reposo en casa y tomar abundantes líquidos y alimentación sana, cuando se identifica a un familiar enfermo acudir al centro de salud más cercano y que las embarazadas deben evitar el contacto cercano con personas enfermas, así mismo que las personas que atienden al público deben vacunar ya que la vacuna evita que se adquiere la enfermedad sobre todo en poblaciones de riesgo.

CUADRO 05

NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE LA GRIPE AH1N1 ANTES Y DESPÚES DE APLICAR LA INTERVENCIÓN EDUCATIVA DE ENFERMERÍA EN COMERCIANTES DEL MERCADO BELLA VISTA, PUNO-2012

| NIVEL DE CONOCIMIENTO | PRE TEST | | POST TEST | |
|---------------------------|-----------|------------|-----------|------------|
| | N | % | N | % |
| Bueno (11 a 14 puntos) | 0 | 0 | 22 | 88 |
| Regular (7 a 10 puntos) | 02 | 8 | 03 | 12 |
| Deficiente (0 a 6 puntos) | 23 | 92 | 0 | 0 |
| TOTAL | 25 | 100 | 25 | 100 |

Fuente: Cuestionario aplicado a comerciantes del Mercado Bellavista, Puno-2012

En el cuadro se muestra que, el 92% de las comerciantes a la evaluación global antes de la Intervención Educativa de Enfermería tenían nivel de conocimiento deficiente y el 8% nivel de conocimiento regular y no se encontró a ninguna comerciante con conocimiento bueno. Después de aplicar la Intervención Educativa el, 88% de las comerciantes mejoraron su conocimiento a nivel bueno, un 12% continúa con nivel de conocimiento regular y ninguno con conocimiento deficiente.

Según la prueba T-Student para dos promedios se ha obtenido, el promedio de puntaje pre test de $\bar{X} = 2,52$ y el promedio del puntaje post test de $\bar{X} = 12,8$, $T_c = 17,77$ y la probabilidad es $p = 0,000$, que es menor que el nivel de significancia ($\alpha = 0,05$); entonces la prueba estadística es significativa; es decir, que el promedio del post test es mayor al promedio del pre test. Por tanto, la Intervención Educativa de Enfermería, fue efectiva en el conocimiento de la gripe AH1N1 en comerciantes del mercado Bellavista Puno.

Los resultados obtenidos demuestran que los conocimientos sobre gripe AH1N1 fueron mejorados desde un nivel deficiente hasta un nivel bueno en casi la totalidad de las comerciantes; esta situación puede ser atribuida a la sistematización de la educación expositiva y participativa en cada sesión educativa. Sobre este hecho Rangel (2005) señala que la intervención Educativa, es una estrategia puesta en acción cuyo proceso-objeto intenta mejorar o cambiar la cognición de las personas sobre determinados temas, bajo expresiones singulares de la voluntad y o el deseo del sujeto o de los sujetos y o de las instituciones que inciden multifactorialmente en el, como se observa en los resultados se ha podido mejorar el conocimiento incorrecto o errada en un conocimiento correcto. Además, como lo refiere Duque (2005), la intervención educativa asegura su éxito cuando ésta es debidamente planificada. Aunque en la práctica la intervención requiere algunas modificaciones, disponer de un buen plan básico de actuación y llevar

bien pensadas las actividades de aprendizaje que se van a proponer a los participantes con los recursos educativos necesarios facilitan el proceso de la estrategia educativa y con ello se logra objetivos educacionales, como lo obtenido en el estudio, pues las comerciantes después de haber recibido educación sistematizada y secuencial mejoraron el conocimiento sobre la gripe AH1N1.

Al comparar los resultados del pre test con el estudio de Rodríguez (2010), son mayores porque el autor en España encontró que el 40,1% se consideraba poco o nada informado acerca de la gripe A. Es mayor frente al estudio realizado en Uruguay por la Organización Mundial de la Salud donde se concluyó que la población encuestada presenta también, un alto nivel de conocimiento de la enfermedad. Sin embargo tiene semejanza con el estudio de Ávila (2009) realizado a nivel nacional donde se reportó que los pacientes de las ciudades de Arequipa, Puno, Tacna y Piura donde los pacientes tenían escaso conocimiento sobre la gripe; estas diferencias indican que la información sobre la gripe AH1N1 es mayor en países de mayor desarrollo como es España, mientras en el Perú y específicamente en Puno es deficiente.

Los logros obtenidos pueden ser también atribuidos al interés tomada por las comerciantes, al ser un tema nuevo dentro de sus conocimientos se esforzaron en captar los conocimientos impartidos, aunque no en todos se pudo lograr este cambio, los que quedaron con conocimiento regular, posiblemente tuvieron limitaciones para el aprendizaje por la influencia de otros factores, como es, el grado de instrucción de algunas comerciantes (primaria) que no le permitieron captar y asimilar nuevos contenidos. Otro medio que permitió mejorar el conocimiento sobre la gripe AH1N1, son las técnicas educativas utilizadas como por ejemplo la discusión de grupo que no solo integra en forma mutua las ideas y opiniones de las participantes sino permite el máximo de acción y de estimulación recíproca entre los integrantes, en donde se otorga responsabilidad para que todos participen en las diversas actividades. Los integrantes son enseñados a pensar como grupo y a desarrollar un sentido de igualdad, lo que brinda la oportunidad a cada participante de ampliar sus puntos de vista, así como de obtener comprensión y cristalizar sus pensamientos, porque en el proceso los participantes escuchan atentamente, razonan, reflexionan y participan en la construcción del nuevo conocimiento (Monrron de Velasco 2004).

En consecuencia la metodología educativa aplicada y debidamente sistematizada por la enfermera constituye un instrumento valioso en la praxis de enfermería, ya que permitieron mejorar los conocimientos sobre la gripe AH1N1.

CONCLUSIONES

PRIMERA:

Antes de la intervención educativa de enfermería, la mayoría de las comerciantes del Mercado Bellavista Puno, tenían conocimientos incorrectos respecto a la definición, causa, medios de contagio, personas en riesgo, personas en mayor riesgo, signo principal, ocasionales y síntomas de gravedad. El conocimiento es también incorrecto en la mayoría de las comerciantes sobre medidas para prevenir el contagio, acciones a realizarse cuando la persona está enferma, al identificar a un familiar enfermo, medidas preventivas en embarazadas, personas que deben vacunarse y sobre la utilidad de la vacuna contra la gripe AH1N1.

SEGUNDA:

Después de la Intervención de Enfermería aplicado mediante la educación expositiva y participativa, la mayor parte de las comerciantes, obtuvieron nivel de conocimiento correcto en los aspectos generales y respecto a las medidas de prevención y protección de la gripe AH1N1.

TERCERA:

Los comerciantes del Mercado Bellavista Puno, antes de la intervención tenían conocimiento deficiente después de la intervención educativa el conocimiento mejora a un nivel bueno en casi la totalidad de las comerciantes, por tanto, se confirma la hipótesis planteada, donde la Intervención educativa de enfermería es efectiva ($T_c = 17,77$) en el conocimiento de la gripe AH1N1.

RECOMENDACIONES

A LAS AUTORIDADES DE LA DIRECCIÓN DE SALUD PUNO

Dentro del control de enfermedades transmisibles mantener estrategias de comunicación de riesgos para difundir mensajes claves específicos sobre la gripe AH1N1 en forma periódica, con el objetivo de mantener en alerta a la población en riesgo, como son las comerciantes, que por la modalidad del trabajo se movilizan y están en contacto con el público en general.

AL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA

Ante la posibilidad de brotes de la pandemia de Influenza AH1N1 es necesario considerar la educación de la población susceptible a contraer la gripe AH1N1, dirigidos a fortalecer, ampliar los conocimientos y mantener prácticas respecto a las medidas preventivas para así mitigar los efectos de esta enfermedad en forma oportuna en caso de otra pandemia.

A LA FACULTAD DE ENFERMERÍA

Realizar intervenciones educativas en otras poblaciones de riesgo para ampliar la información sobre el conocimiento de la gripe AH1N1, por la posibilidad de brotes pandémicos en Puno, a nivel nacional o internacional puesto que Puno se encuentra en la frontera con Bolivia.

A LAS AUTORIDADES DE LA MUNICIPALIDAD DE PUNO

Coordinar con los dirigentes del mercado Bellavista, para realizar capacitaciones sobre la prevención de enfermedades infectocontagiosas, para velar por la salud de los comerciantes y de la población.

A LOS DIRIGENTES DEL MERCADO BELLAVISTA

Implementar en los servicios higiénicos material para el lavado de manos; que es una medida sencilla pero fundamental.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Peya Gascóns, M. Afrontar la gripe AH1N1 1.a parte. En: Revista: Nursing. 2009, Volumen 27, Número 5.
2. Organización Mundial de la salud. Explosión de contagios de nueva gripe AH1N1 [en línea] 2009 [fecha de acceso 1 de setiembre 2011]; URL disponible en:

<http://lavanguardiaelsalvador.wordpress.com/category/influenza-h1n1/>
3. Organización Mundial de Salud. Datos tomados del reporte de situación de la pandemia de influenza AH1N1 en Centro y Sudamérica. Secretaria de Salud [en línea] 2010 [fecha de acceso 1 de setiembre 2011]; URL disponible en:

http://www.who.int/crs/don/2010_01_08/inindex.html.
4. Noticias Bolivianas Decesos con gripe AH1N1 en Bolivia aumentan a 20: Ultimas Noticias de Bolivia - Hoy». 2011.
5. Parte Epidemiológico. Resumen/Situación Epidemiológica de Bolivia Enero-octubre 2011.
6. Dirección Regional de Salud (Diresa) de Puno. Pandemia de gripe AH1N1. agosto 2010.
7. Avila J. y Col. Conocimientos y prácticas sobre la nueva influenza AH1N1 en trabajadores de salud y pacientes Ambulatorios, Perú (mayo 2009) Rev Peru Med Exp Salud Publica. 2009; 26(3): 328-32.
8. Duque S. Dimensión del cuidado de enfermería a los colectivos: un espacio para la promoción de la salud y la producción de conocimiento. Facultad de Enfermería, Universidad de Antioquia 2010.
9. Rodríguez-Guerrero et. al “Conocimientos y actitudes de la población ante la gripe A H1N1” Unidad Docentede AtenciFamiliar ComunitariadeToledo, Toledo,España Semergen.2010;36(10):547–553
10. Organización Mundial de la Salud. Estudio de Conocimiento, actitudes y prácticas Gripe A H1N1. Informe Final de investigación. Uruguay. 2010
11. Apiñaniza A, et. al. Estudio transversal basado en la población sobre la aceptabilidad de la vacuna y la percepción de la gravedad de la gripe AH1N1: opinión de la población general y de los profesionales sanitarios. Gaceta Sanitaria Vol.24 n.4 Barcelona jul.-ago. 2010
12. Ávila J. Conocimientos y prácticas sobre la nueva influenza AH1N1 en trabajadores de salud y pacientes ambulatorios, Perú (mayo 2009) Rev Perú Med Exp Salud Publica. 2009; 26(3): 328-32.

13. Mendoza M. “Factores de riesgo asociados a la Influenza AH1N1 en pacientes diagnosticados en el Hospital III ESSALUD” [TESIS] Facultad de Medicina. UNA Puno 2009.
14. Martínez B. Apuntes didácticos: Intervención social [en línea] 2009 [fecha de acceso 20 de setiembre 2011]; URL disponible en:

<http://www.divulgaciondinamica.es/dd/apuntes/definicion-intervencion-social.pdf>
15. Rangel Ruiz de la Peña A. Los orígenes del concepto “intervención educativa”: Reflexiones para mejorar la eficacia social en los programas educativos [en línea] 2005 [fecha de acceso 20 de setiembre 2011]; URL disponible en:
16. <http://www.licenciaturas.upnlapaz.edu.mx/.../Laintervencioneducativaasociadaasusmbits>
17. Duque S. Dimensión del cuidado de enfermería a los colectivos: un espacio para la promoción de la salud y la producción de conocimiento [en línea] 2005 [fecha de acceso 21 de setiembre 2011]; URL disponible en:

<http://tone.udea.edu.co/revista/mar99/dimension.htm>
18. Negrete T.J. La intervención educativa. Un campo emergente en México. Universidad Pedagógica Nacional, Sede Ajusco. Revista de Educación y Desarrollo, 13. Abril-junio México. 2010
19. Yañez M. Protocolo de la Intervención Educativa. Unidad Insuficiencia Cardíaca Multidisciplinaria y Integrada Protocolo de Intervención Educativa [en línea] 2006 [fecha de acceso 22 de setiembre 2011]; URL disponible en:

<http://www.parcdesalutmar.cat/mar/protocol%20educatiu%20programa%20IC%20Hospital%20de1%20Mar%20cast.pdf>
20. Duque S. Dimensión del cuidado de enfermería a los colectivos: un espacio para la promoción de la salud y la producción de conocimiento [en línea] 2005 [fecha de acceso 22 de setiembre 2011]; URL disponible en:
21. <http://tone.udea.edu.co/revista/mar99/dimension.htm>
22. Giraud N. Educación y promoción de la salud (EPS). Centro de Medicina Familiar y Comunitaria [en línea] 2008 [fecha de acceso 23 de setiembre 2011]; URL disponible en: <http://es.scribd.com/doc/7093638/Educacion-Para-La-Salud>
23. Marqués F. Métodos y medios en promoción y educación para la salud. Primera Edición en español. Editorial UOC, Barcelona 2004. P. 50-52.
24. Bautista E. Repercusiones de la aplicación de técnicas expositivas y el uso de los medios audiovisuales en el proceso de capacitación del personal operativo de las

- empresas de distribución de bebidas carbonatadas. [Tesis] Universidad de San Carlos de Guatemala Facultad de Humanidades. Guatemala 2002.
25. Gálvez J. Métodos y Técnicas de Aprendizaje. Tercera Edición. Cajamarca - Perú. 1992. pág. 439,340.
 26. Herramientas participativas. En Reflex [en línea] 2009 [fecha de acceso 29 de octubre 2012]; URL disponible en: <http://www.reflect-action.org/es>
 27. Yapunfé C. Los procesos pedagógicos en la sesión de aprendizaje [en línea] 2009 [fecha de acceso 10 de abril del 2012]; URL disponible en: Disponible en: <http://carlosyampufe.blogspot.com/2009/04/los-procesos-pedagogicos-en-la-sesion.html>
 28. Vargas L. Técnicas participativas para la educación popular. Serie documentos de Educación Comunitario # 3. Universidad de Antioquia. p.8
 29. Monroy de Velasco A. Kupferman Silberstein E. Dinámica de grupos: Técnicas y Tácticas. Editorial Pax México, 2004.
 30. Hung, L. “Modulo de dinámica de Grupo” Universidad Nacional Abierta Febrero 2005
 31. Calivá J. Manual de Capacitación para Facilitadores. Centro de Liderazgo para la Agricultura Dirección de Liderazgo Técnico Gestión del Conocimiento Instituto Interamericano de Cooperación para la Agricultura (IICA) Febrero 2009
 32. Monroy de Velasco A. Kupferman Silberstein E. Dinámica de grupos: Técnicas y Tácticas. Editorial Pax México, 2004.
 33. Rojas M. Guía de métodos y técnicas didácticas. Curso de Formación de Tutores II Grupo 16. Presentation Transcript. 2009-2010.
 34. Técnicas para Dinamizar los Procesos Grupales [en línea] 2010 [fecha de acceso 10 de abril del 2012]; URL disponible en: <http://virtual.funlam.edu.co/repositorio/sites/default/files/repositorioarchivos/2010colonbia.pdf>
 35. Salazar Y. “Conocimientos del personal de enfermería sobre las medidas de bioseguridad en las técnicas de Administración de medicamentos” Universidad de San Carlos de Guatemala Facultad de Ciencias Médicas [Tesis] Escuela Nacional de enfermeras de Guatemala “Escuela Nacional de Enfermeras/os de Guatemala. 2008.

36. Chaparro F. Corporación Colombia Digita. Apropiación Social del Conocimiento, Aprendizaje y Capital Social. Corporación Colombia Digital. 2003.
37. Ministerio de Educación. Diseño Curricular Nacional de Educación Básica Regular. Proceso de articulación. 2005. P. 25,26.
38. Moreira M.A, Masini, E.A.F.S. Aprendizaje Significativo: La teoría de David Ausubel. São Paulo, Centauro. 2ª ed. 2006.
39. Moreira M. Organizadores Previos y Aprendizaje Significativo. Revista Chilena de Educación Científica, Vol. 7, Nº. 2, 2008 , p. 23-30.
40. Karam Toumeh, D. et. al. Prevención, Diagnóstico y Tratamiento del virus de la Influenza A Porcina H1N1. Guía de Práctica Clínica, Instituto Mexicano de Seguridad Social.
41. Ministerio de Sanidad. Información importante sobre la gripe A (H1N1) [en línea] 2009 [fecha de acceso 12 de abril del 2012]; URL disponible en:
<http://www.msc.es/servCiudadanos/alertas/preguntasFrecuentes.htm#enlaceva>.
42. Zamboni, Daniela de la Rosa. Infectóloga del Centro de Investigación de Enfermedades Infecciosas, del Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias (INER). Argentina. 2009.
43. Stollenwerk N, Harper W, Sandrock C. Infecciones virales comunes en la unidad de cuidados intensivos - Vinculación de la fisiopatología de la presentación clínica, cuidado crítico; 2008, Vol.12 (219) págs. 1-9.
44. Vivanco N, Durán Ma. Nueva Influenza A H1N1 2009. universidad Autónoma de Nayarit. España 2009.
45. Ministerio de Sanidad. Información importante sobre la gripe A (H1N1) [en línea] 2009 [fecha de acceso 13 de abril del 2012]; URL disponible en:
<http://www.msc.es/servCiudadanos/alertas/preguntasFrecuentes.htm#enlaceva>.
46. Ministerio de Sanidad. Información importante sobre la gripe A (H1N1) [en línea] 2009 [fecha de acceso 13 de abril del 2012]; URL disponible en:
<http://www.msc.es/servCiudadanos/alertas/preguntasFrecuentes.htm#enlaceva>.
47. Organización Mundial de la Salud. Medidas Preventivas Gripe A (H1N1). 2009.
48. Ministerio de Salud. Gripe A(H1N1) [en línea] 2009 [fecha de acceso 15 de abril del 2012]; URL disponible en:
<http://www.minsa.gob.pe/portada/Especiales/2009/AH1N1/index.html>

49. Ación P. La gripe A H1N1 en embarazadas [en línea] 2011 [fecha de acceso 20 de abril del 2012]; URL disponible en:
http://www.sego.es/Content/pdf/Gripe_A_embarazadas_sego.pdf
50. Lifshitz A. Grupos de Riesgo a Gripe A (H1N1) [en línea] 2011 [fecha de acceso 20 de abril del 2012]; URL disponible en:
<http://www.gripea-h1n1.com/v-grupos-de-riesgo.htm>
51. Organización Mundial de la Salud. Medidas Preventivas Gripe A H1N1. 2009.
52. Organización Mundial de la Salud. Tratamiento con medicamentos antivirales. Capitulo 6 [en línea] 2009 [fecha de acceso 22 de abril del 2012]; URL disponible en: <http://www.neumoped.org/docs/GripeA6.pdf>
53. Organización Mundial de la Salud. Plan mundial de la OMS de preparación para una pandemia de influenza. Función y recomendaciones de la OMS para las medidas nacionales antes y durante la pandemia [en línea] 2005 [fecha de acceso 25 de abril del 2012]; URL disponible en:
<http://www.paho.org/spanish/ad/dpc/cd/vir-flu-planmundial-oms.pdf>
54. OPS/OMS. ¿Cómo cuidar a un familiar enfermo con GRIPE A en casa? Consejo Nacional para la Reducción de Riesgo y Atención de Desastres [en línea] 2008 [fecha de acceso 30 de abril del 2012]; URL disponible en:
http://www.ops.org.bo/et/influenza_a_h1n1/artefrafico/cuidar_familiar_enfermo.pdf
55. Sistema Nacional de Salud. Gripe A: La prevención es la mejor medida [en línea] 2010 [fecha de acceso 5 de mayo del 2012]; URL disponible en:
http://www.ibermutuamur.es/IMG/pdf/Folleto_gripe_a_castellano_baja.pdf
56. Ministerio de Sanidad. Información importante sobre la gripe A (H1N1) [en línea] 2009 [fecha de acceso 8 mayo del 2012]; URL disponible en:
<http://www.msc.es/servCiudadanos/alertas/preguntasFrecuentes.htm#enlaceva>
57. National Institute for Biological Standards and Control (Reino Unido), Centro de Evaluación e Investigación Biológica de la Administración de Alimentos y Medicamentos (Estados Unidos), New York Infectious Diseases Research Laboratory (Australia) 2009.
58. Organización Mundial de la Salud. Vacunación Segura. Salud Familiar y Comunitaria Inmunización Integral de la Familia. Documento de Trabajo 2009.
59. USAID. Vacunación Contra la Influenza H1N1: Capacitación Modelo para Adaptación Nacional. E.E.U.U. 2010.

ANEXOS



ANEXO 01

UNIVERSIDAD NACIONAL DEL ALTIPLANO

FACULTAD DE ENFERMERÍA

CUESTIONARIO

Dirigido a comerciantes del Mercado Bellavista para obtener información sobre el conocimiento de la Gripe AH1N1. Puno

INSTRUCCIONES:

Sr. Sra el presente cuestionario tiene fines de investigación, por ello le pedimos responder con mucha sinceridad lo que Ud. sabe sobre la Gripe AH1N1, Lea cuidadosamente y responda marcando con una X dentro del recuadro la respuesta que Ud. considera verdadera.

DATOS GENERALES:

Nº de cuestionario _____ Fecha _____

Edad: _____ Sexo _____

Grado de instrucción _____

Tiempo que trabaja en el comercio _____

Capacitación sobre la gripe A Si () No ()

CONOCIMIENTOS SOBRE GRIPE AH1N1.**¿Qué es la gripe AH1N1?**

Es una enfermedad infecciosa del aparato digestivo. ()

Es una enfermedad infecciosa aguda de las vías respiratorias. ()

Es una enfermedad crónica no transmisible. ()

¿La gripe AH1N1 es causada por?

Bacteria. ()

Hongos. ()

Virus. ()

¿Cómo se contagia el virus de la gripe AH1N1?

Por las gotitas de saliva de la persona enferma que tose, estornuda o habla. ()

Se contagia directamente por las heces. ()

Se contagia por la orina. ()

¿Cuáles son las personas con riesgo de enfermarse con la gripe AH1N1?

Las personas jóvenes. ()

Personas que no viajan. ()

Personas que viajan y trabajan en sectores de atención al público. ()

¿Cuál es el grupo de personas con mayor riesgo de enfermarse con la gripe AH1N1?

Las embarazadas. ()

Todas las personas. ()

Ninguna. ()

¿Cuál es el signo principal de la gripe AH1N1?

Fiebre alta. ()

Dolor estomacal. ()

No presenta fiebre. ()

¿Cuáles son los signos ocasionales que se presentan en la gripe AH1N1?

Estreñimiento. ()

Diarrea y vómitos. ()

Cólico. ()

¿Cuáles son los síntomas que nos avisan que la gripe se agrava?

Dificultad para respirar. ()

Escalofrío. ()

Ninguna. ()

¿Qué se puede hacer para prevenir el contagio de gripe AH1N1?

Abrigarse adecuadamente. ()

Lavarse las manos frecuentemente ()

Beber líquidos tibios. ()

¿Qué tenemos que hacer si tenemos la gripe AH1N1?

Abrigarse y seguir trabajando. ()

Guardar reposo en casa y tomar abundantes líquidos y alimentación sana. ()

Lavarse las manos con agua y jabón y seguir trabajando. ()

¿Qué hacer en casa si un familiar enferma con gripe AH1N1?

Abrigarlo bien y debe tomar mates. ()

Decirle que ya pasará. ()

Se avisará o acudirá al centro de salud más cercano. ()

¿Qué deben hacer las embarazadas para protegerse y evitar contagiarse con la gripe AH1N1?

La embarazada debe evitar el contacto cercano con personas enfermas. ()

Deben de hacer una vida normal. ()

Ninguna de las anteriores. ()

¿Quiénes deben vacunarse para no enfermar de la gripe AH1N1?

Todas las personas sin excepción alguna. ()

Personas que viajan y Trabajadores que atienden al público. ()

Ninguna de las anteriores. ()

¿Para qué sirve la vacuna contra la gripe AH1N1?

No tiene ningún beneficio. ()

Quizá nos proteja de alguna forma. ()

Evita que se adquiere la enfermedad. ()

ANEXO 02**TÉCNICA DE MOTIVACIÓN ROMPEHIELO****“Conocer y Saludar”****OBJETIVO:**

Fomentar un ambiente de confianza, fraternidad, comunicación y participación de los integrantes del grupo.

TIEMPO:

De 5 a 10 minutos.

PARTICIPANTES:

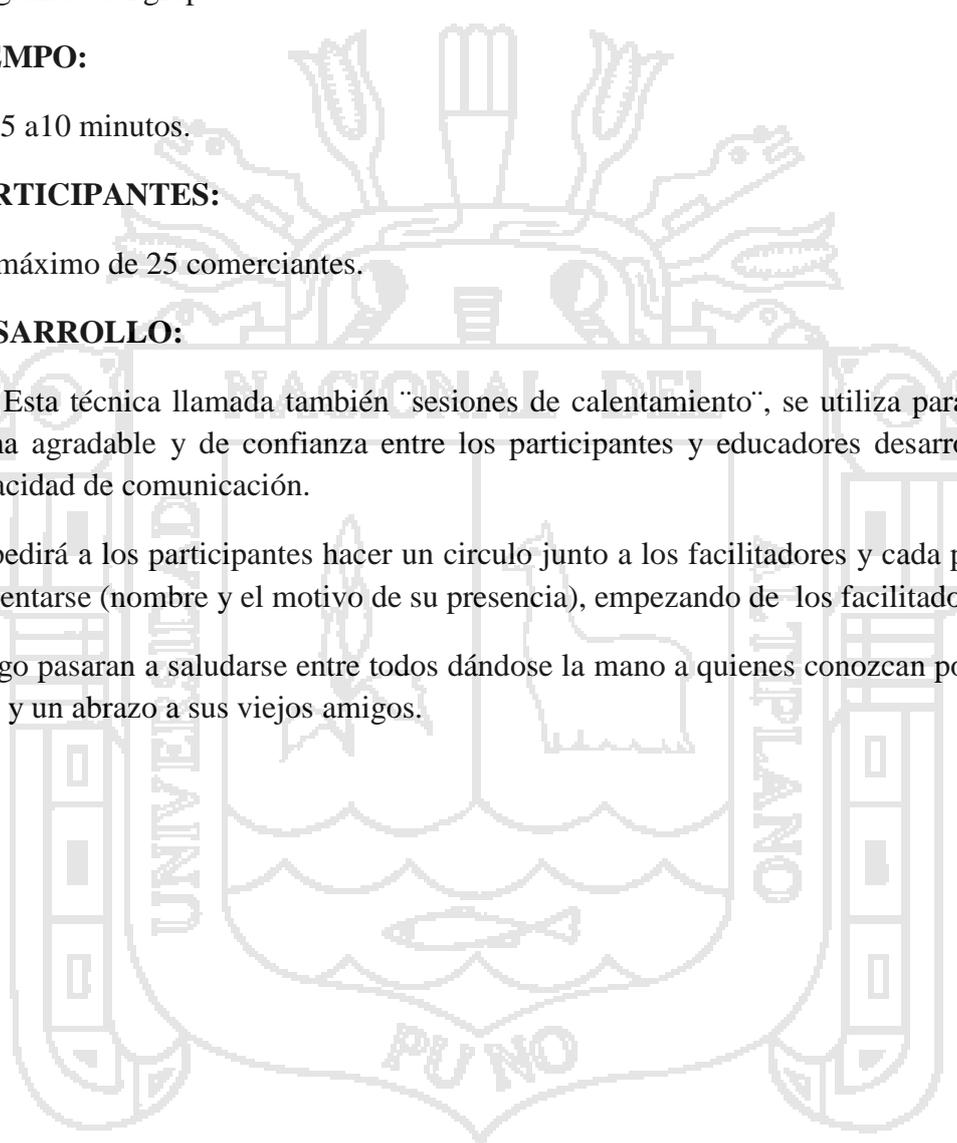
Un máximo de 25 comerciantes.

DESARROLLO:

Esta técnica llamada también “sesiones de calentamiento”, se utiliza para crear un clima agradable y de confianza entre los participantes y educadores desarrollando la capacidad de comunicación.

Se pedirá a los participantes hacer un círculo junto a los facilitadores y cada persona se presentará (nombre y el motivo de su presencia), empezando de los facilitadores.

Luego pasaran a saludarse entre todos dándose la mano a quienes conozcan por primera vez y un abrazo a sus viejos amigos.



TÉCNICA DE MOTIVACIÓN RELATO DE UNA HISTORIA

“La luz apagada”

OBJETIVO:

Despertar el interés y atención de los participantes.

Reflexionar sobre el relato de la historia.

TIEMPO:

De 5 a 10 minutos.

PARTICIPANTES:

Las comerciantes.

DESARROLLO:

La historia será presentada o narrada por una de las ejecutoras de la sesión de aprendizaje. Al final del relato de la historia se procederá a reflexionar.

“Había una señora llamada Julia, que no podía quedar embarazada entonces ella preocupada y con ansias de tener un hijo, hizo todo lo posible; buscaban tratamiento para su infertilidad junto a su esposo. Entonces finalmente logró quedar embarazada para ella era una gran alegría al igual para su esposo. Se preparaba para recibir al nuevo ser, se miraba como le crecía la panza, tenía tantas ganas de acariciar al bebé cuidarlo y protegerlo; pero viajó junto a su esposo a la ciudad de Lima, en donde pasaron junto a su esposo en la gran capital; pero a su regreso la señora empezó a sentirse mal, tenía dolor de cabeza y tenía tos, pero la fiebre se intensificaba entonces ellos pensaron que ya pasará. Pero como no mejoraba su esposo lo llevó a un hospital donde los médicos lo vieron e informaron a su esposo que la señora tenía la gripe AH1N1 y que estaba muy grave porque la señora tenía fiebre persistente y ya no podía respirar. Los médicos y las enfermeras hicieron todo lo posible para salvarla, entonces a la madrugada siguiente la señora Julia falleció junto a su bebé” FIN.

ANEXO 03

UNIVERSIDAD NACIONAL DEL ALTIPLANO

FACULTAD DE ENFERMERÍA

PLAN DE INTERVENCIÓN EDUCATIVA DE ENFERMERÍA EN EL CONOCIMIENTO DE LA GRIPE A H1N1 EN COMERCIANTES DEL MERCADO BELLAVISTA PUNO**JUSTIFICACIÓN:**

La gripe AH1N1 es una infección del tracto respiratorio que puede afectar a personas de todas las edades y que ocasionan graves complicaciones que pueden llevar a la muerte al individuo.

En este contexto adquiere especial relevancia la prevención y la promoción de una vida activa y saludable en la población en general y en los grupos de riesgo, como las personas dedicadas al comercio por estar expuestos a constante riesgo por interactuar con público y manipular dinero producto de las ventas.

Capacitar a la población e informarle sobre la importancia de la práctica de las medidas preventivas sería la clave para prevenir nuevos contagios de la Gripe AH1N1, bajo este precepto la intervención de enfermería a través de la educación juega un rol importante, basada medicina preventiva para limitar el daño y la diseminación del virus.

DATOS INFORMATIVOS

TEMA : Gripe o Influenza AH1N1.

LUGAR : Local de reunión de las comerciantes.

MÉTODO : Expositivo-Participativo

EJACUTORES : Bach. Victoria Calla Ticona

: Bach. Ana Ccuno Aruquipa

GRUPO BENEFICIARIO : Comerciantes del mercado Bellavista.

DURACIÓN : Dos sesiones educativas.

RECURSO DIDÁCTICO: Trípticos, afiches, láminas, material de lavado de manos.

OBJETIVOS

Al término de la sesión educativa los comerciantes estarán en la capacidad de:

Verbalizar la definición de la gripe AH1N1.

Reconocer los medios de transmisión de la gripe A H1N1.

Enumerar y reconocer los signos y síntomas De la gripe A H1N1

Nombrar las medidas preventivas

Demostrar el lavado de manos correcto y la forma de protección al estornudar

METODOLOGÍA

Método expositivo.

Método participativo.

CONTENIDO DE LAS SESIONES EDUCATIVAS

Gripe AH1N1

Es una enfermedad infecciosa aguda, causada por el nuevo virus de influenza A H1N1, que se transmite de humano a humano a través del contacto directo o indirecto con personas infectadas o sus secreciones respiratorias y que tiene una gran variabilidad clínica, desde casos asintomáticos hasta graves y fatales.

Transmisión

La enfermedad se transmite por contacto directo, entre los contactos cercanos, incluyendo al personal de salud y familiares. Los mecanismos de transmisión son:

Inhalación de gotitas infecciosas o núcleos de gotitas.

Contacto directo con personas enfermas.

Contacto indirecto con secreciones respiratorias y auto inoculación en el tracto respiratorio alto o mucosa conjuntival.

Signos y síntomas:

Fiebre alta, que perdura durante dos o tres días, aunque existen casos en los que puede durar de uno a siete días.

Tos seca (ocasionalmente con esputo): Presente desde el comienzo de los síntomas y que permanece durante la convalecencia, haciéndose más intensa al final del período febril.

Dolor de garganta: Con enrojecimiento y congestión de la faringe pero sin exudado (seca).

Dolores musculares: Síntoma característico de la clínica gripal. Los dolores musculares afectan a todo el organismo, pero se acentúan más en la espalda (región lumbar) y piernas (pantorrillas), aumentando el decaimiento y la postración.

Cefalea: Síntoma característico que a menudo coincide con la elevación de la temperatura. Es un dolor es localizado y muy intenso (detrás de los ojos) que se acentúa al dirigir la mirada hacia los lados.

Rinorrea: (salida de moco por la nariz)

Escalofríos

Diarrea y vómito (ocasional)

Grupos de riesgo:

Personas mayores de 60 años de edad.

Personas adultas y niños con afecciones crónicas en los sistemas pulmonar y cardiovascular

Pacientes con enfermedades metabólicas (diabetes), insuficiencia renal, hemoglobinopatías e inmunosupresión.

Niños ó adolescentes que están bajo terapia prolongada con ácido acetilsalicílico (aspirina).

Grupos de personas que pueden transmitir la gripe a personas de alto riesgo: médicos, enfermeras y aquellos que en hospitales o cuidados domiciliarios tienen contacto con grupos de alto riesgo.

Empleados de instituciones geriátricas y entidades de cuidados crónicos que tienen contacto con pacientes.

Personas que conviven con pacientes inmunosuprimidos.

Embarazadas que están cursando el segundo ó tercer trimestre de gestación durante las épocas de influenza.

Niños de riesgo entre los 6 meses y los 2 años: nacidos prematuros, prioritariamente con peso menor a 1500 gramos y especialmente si tiene displasia broncopulmonar.

Niños de 6 a 23 meses de edad que viven en hogares con necesidades básicas insatisfechas.



Medidas preventivas

Se recomienda no llevarse las manos a la cara, ojos nariz y boca, y lavarse las manos más de diez veces al día, dado a que el virus entre en el cuerpo al ponerse por el contacto, al darse la mano o besarse en la mejilla, y por la nariz, boca y ojos.

Cuando una persona tose o estornuda, el virus puede quedar en las superficies lisas, como manijas, dinero, papel, documentos, siempre y cuando haya humedad.

Al no poder esterilizar el ambiente se recomienda extremar la higiene de las manos.

Se recomienda que al toser o estornudar, no poner la palma de la mano delante de la boca, sino la parte contraria, para evitar contagios al darse la mano con otras personas.

El factor más importante para que se fije el virus es la humedad, la mucosa de la nariz, boca y ojos. En una superficie lisa, el virus vive hasta diez horas, y normalmente no alcanza más de un metro en distancia.



Pasos del lavado de manos

Importancia: Lavarse las manos es el mejor camino para prevenir enfermedades y contagiar a otras personas; la mejor manera de terminar la transmisión de gérmenes es mantener las manos limpias.

Lavarse las manos deberá hacerse tantas veces como sea posible. Especialmente:

Después de ir al baño.

Después de estornudar o toser en sus manos.

Antes y después de comer.

Después de estar en contacto con fluidos corporales como sangre, saliva y mucosidad.

Después de haber tocado mascotas, pañales sucios o basuras.

Después de haber saludado de mano a otras personas.

Después de haber tocado cosas que han sido tocadas por mucha gente.

PASOS:

Mojarse las manos con agua.



Depositar en la mano jabón líquido o enjabonarse.



Frótese las palmas de las manos entre si y entrelazados los dedos.



Frótese cada palma contra el dorso de la otra y entrelazando los dedos.



Frótese las puntas de los dedos.



Alrededor de los pulgares.



Las muñecas.



Enjuague las manos con agua a chorro.



Secar las manos con una toalla limpia o toalla desechable.



Forma correcta de estornudar o toser

Al toser o estornudar taparse la boca y la nariz con un pañuelo desechable y arrojarlo al basurero pero nunca al suelo, luego lavarse las manos inmediatamente.



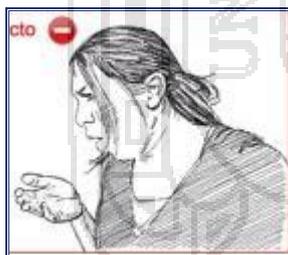
En caso de no tener pañuelo, cubrirse la boca y la nariz con el brazo o el ángulo interno del codo.



Lo que no debe hacer:

Taparse con las manos al toser o estornudar.

Reutilizar los pañuelos.



DESARROLLO DEL PLAN EDUCATIVO

El Plan educativo se desarrollará en el salón de reuniones de los comerciantes del Mercado Bellavista Puno.

El método a utilizarse será el Método expositivo y participativo.

Se impartirán 2 sesiones educativas según la planificación establecida haciendo un total de 2 sesiones educativas.

1ra sesión educativa

Se realizó la motivación, con la técnica de “Rompehielo”, la que fomentó un clima agradable y de confianza; en un tiempo de 5 minutos.

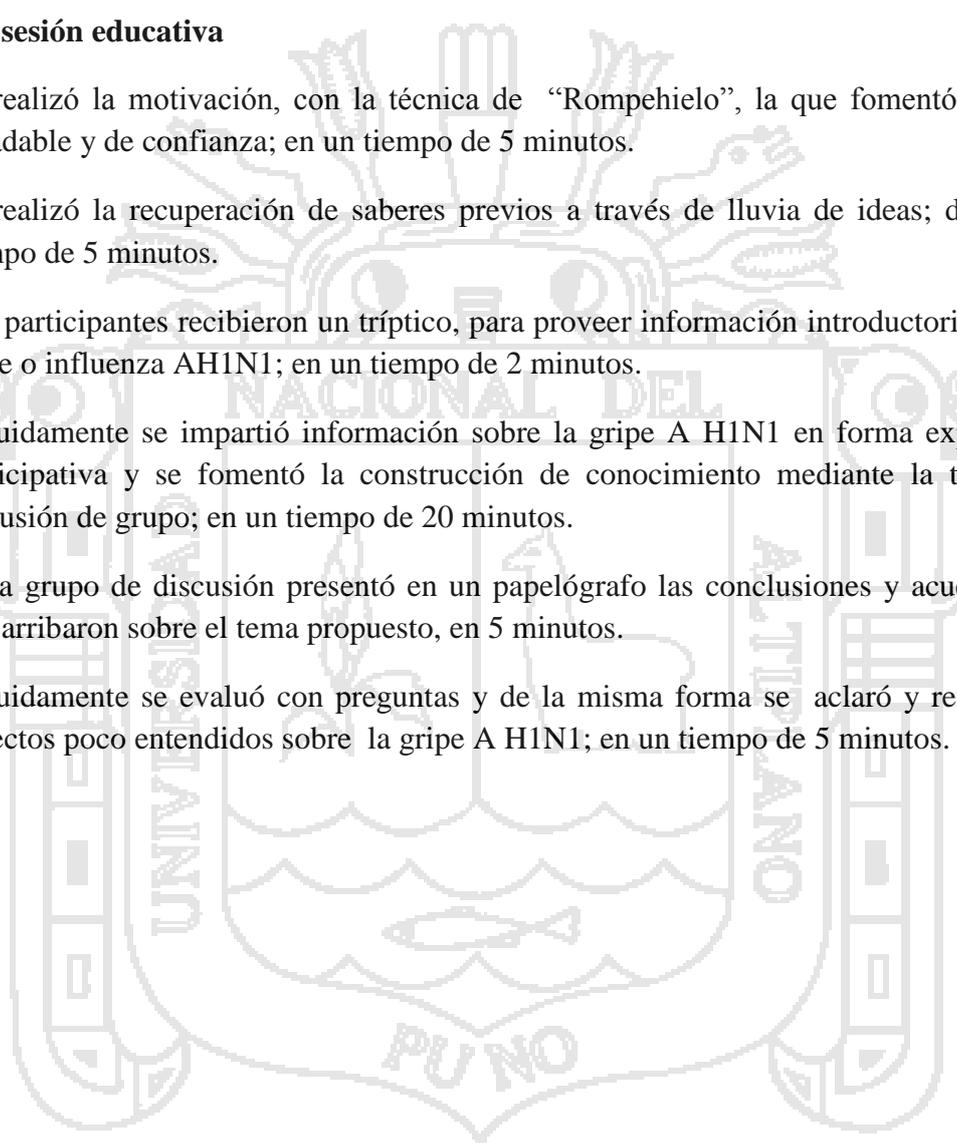
Se realizó la recuperación de saberes previos a través de lluvia de ideas; durante un tiempo de 5 minutos.

Los participantes recibieron un tríptico, para proveer información introductorio sobre la gripe o influenza AH1N1; en un tiempo de 2 minutos.

Seguidamente se impartió información sobre la gripe A H1N1 en forma expositiva y participativa y se fomentó la construcción de conocimiento mediante la técnica de discusión de grupo; en un tiempo de 20 minutos.

Cada grupo de discusión presentó en un papelógrafo las conclusiones y acuerdos a la que arribaron sobre el tema propuesto, en 5 minutos.

Seguidamente se evaluó con preguntas y de la misma forma se aclaró y refuerza los aspectos poco entendidos sobre la gripe A H1N1; en un tiempo de 5 minutos.



2da sesión educativa “Medidas de Prevención y Protección”

Se realizó la motivación haciendo un relato de una historia “La luz apagada”; en un tiempo de 5 minutos.

Se realizó la recuperación de saberes previos referentes a las medidas de prevención y protección; mediante la lluvia de ideas. En 5 minutos.

Se hizo entrega de un tríptico sobre medidas preventivas y se solicitó que hagan lectura y reflexionen sobre el contenido. En un tiempo de 5 minutos.

Se instruyó sobre la importancia de la prevención y se fomentó la construcción del conocimiento, aplicando la técnica de la demostración sobre las medidas preventivas, realizando el procedimiento correcto sobre del lavado de manos y forma correcta de cubrirse al estornudar; en un tiempo de 20 minutos,

Se formularon conclusiones y acuerdos, enumerando los pasos que deben realizarse en el lavado de manos y la forma correcta de cubrirse al estornudar en un tiempo de 5 minutos.

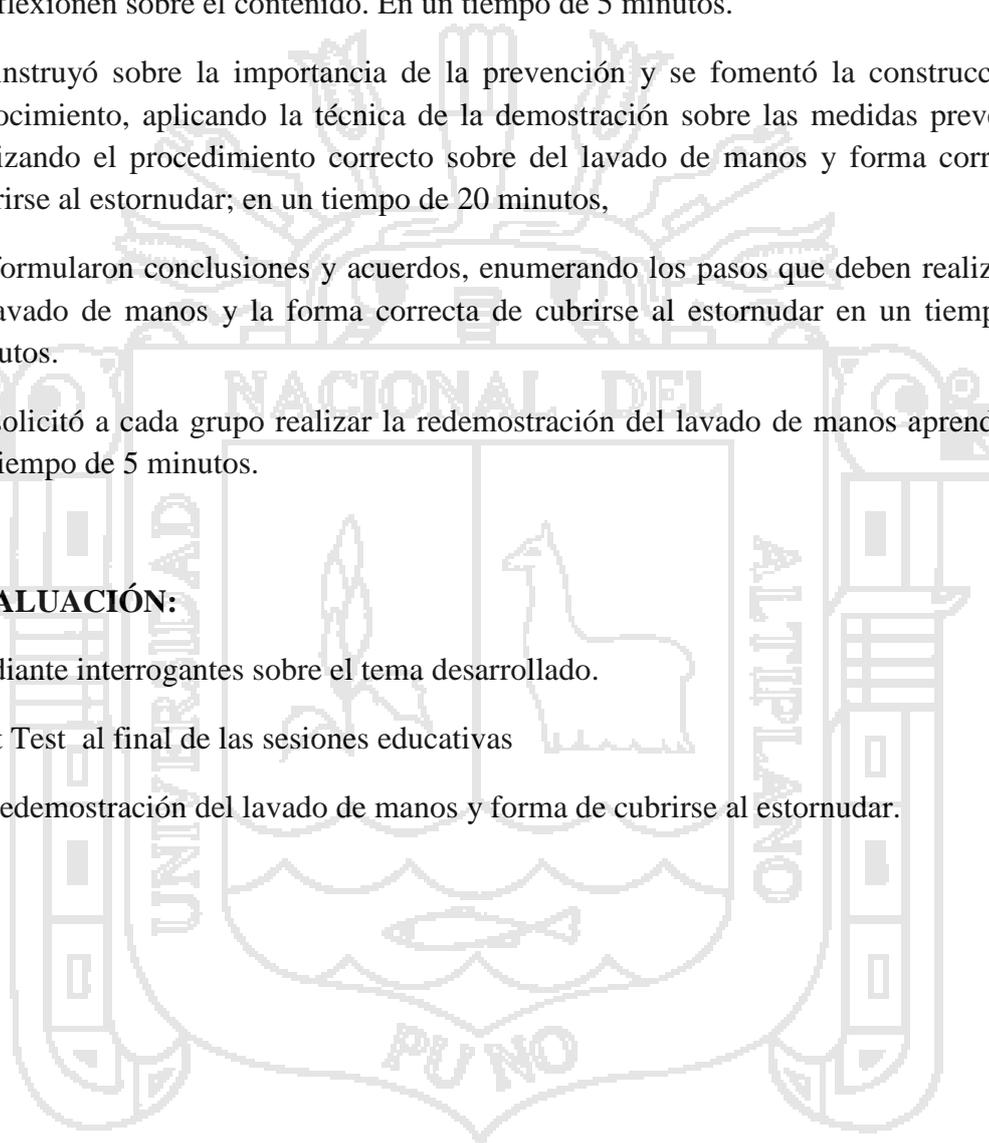
Se solicitó a cada grupo realizar la redemonstración del lavado de manos aprendido; en un tiempo de 5 minutos.

EVALUACIÓN:

Mediante interrogantes sobre el tema desarrollado.

Post Test al final de las sesiones educativas

La redemonstración del lavado de manos y forma de cubrirse al estornudar.



ANEXO 04**LLUVIA DE IDEAS****OBJETIVO:**

Explorar al máximo el conocimiento previo de las comerciantes sobre la gripe AH1N1.

TIEMPO:

Un tiempo de 5 minutos.

PARTICIPANTES:

Comerciantes y facilitadoras.

MATERIALES:

Papelógrafos.

Plumones.

DESARROLLO:

La coordinadora de la sesión educativa pregunta a cada uno de las participantes sobre sus saberes previos referentes al tema.

Luego cada participante debe decir una idea sobre lo que sabe.

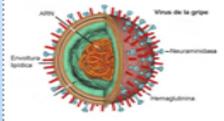
Estas ideas son escritas por el coordinador en un papelógrafo, seleccionándolo de acuerdo a la semejanza del significado de la idea.

Quedaran así varias columnas escritas.

Luego se procede a analizar columna por columna y sacar la conclusión junto a los participantes y facilitadores.

ANEXO 05

TRÍPTICO SOBRE GRIPE A HINI

| | | |
|--|---|--|
| <p style="text-align: center;">Grupos de riesgo</p> <p>Ciertas características personales aumentan el riesgo de contagiarse de esta enfermedad:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Personas que trabajan en lugares muy concurridos. • Personas que se trasladan en servicios de transporte público. • Personas que trabajan en sectores de atención al público. • Personas que viajan. • Trabajador de salud.  | <p style="text-align: center;">Grupos de mayor riesgo</p> <p>Existen ciertos riesgos de personas que pueden contagiarse rápidamente estos son:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Personas con enfermedades pulmonares. • Enfermedades del corazón. • Personas mayores de 60 años. • Mujeres embarazadas. • Personas con diabetes. • Niños y adolescentes con tratamiento prolongado con aspirina. • Personas con VIH. • Personas con cáncer. • Personas con bajas defensas. • Personas con asma.  | <p style="text-align: center;">UNIVERSIDAD NACIONAL DEL ALTIPLANO FACULTAD DE ENFERMERÍA</p>  <p style="text-align: center;">¿Qué es la gripe o influenza AH1N1?</p>   <p style="text-align: center;">¡ Combatir la gripe AH1N1 es ! Responsabilidad de todos</p> |
|--|---|--|

| | | |
|---|--|---|
| <p style="text-align: center;">GRIPE O INFLUENZA AH1N1</p> <p>Es una enfermedad altamente contagiosa que ataca a las vías respiratorias del hombre, es causado por un virus llamado AH1N1.</p> <p>La gripe AH1N1 puede ser confundido con el gripe estacional porque ambas enfermedades son causadas por un virus; pero son muy distintos.</p>  | <p style="text-align: center;">¿Cómo se contagia el virus de la gripe AH1N1?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Por vía respiratoria, a través de gotitas de saliva que se esparcen en el aire y al toser o estornudar una persona enferma. • Por contacto directo con personas infectadas, al saludar de manos o besos. • Por contacto indirecto con objetos contaminados con secreciones respiratorias. • No hay contagio por comer carne de cerdo.  | <p style="text-align: center;">Signos y Síntomas</p> <p>La gripe AH1N1 se puede confundir con el resfriado común; pero existen algunos signos y síntomas característicos de la gripe AH1N1:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Fiebre superior a 38 - 41°C, que puede durar de 3 a 7 días. • Dificultad para respirar; aspecto azulado o amoratado de la piel y de los labios. • En casos ocasionales puede presentarse diarrea y vómito. <p style="text-align: center;">Otros signos comunes</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tos. • Estomudo. • Dolor de garganta. • Dolores musculares y articulares. • Dolor de cabeza extremo escalofríos. • Secreción nasal. • Malestar general. |
|---|--|---|

Medidas preventivas en embarazadas

- Las embarazadas son susceptibles al contagio debido a que su sistema inmunológico esta disminuido de manera natural.
- La embarazada debe evitar en lo posible el contacto con personas enfermas con gripe AH1N1.
- Debe estar bien informado.



Quiénes deben de vacunarse

Se deben vacunar aquellas personas que están en mayor riesgo en contraer la enfermedad.

La vacuna proporciona protección contra la gripe AH1N1 y evita que se adquiera la enfermedad.



UNIVERSIDAD NACIONAL DEL ALTIPLANO

FACULTAD DE ENFERMERÍA



¿Cómo prevenir y protegernos contra la gripe AH1N1?



Es responsabilidad nuestra protegernos con la gripe AH1N1!

Medidas para prevenir el contagio

Debido a que es imposible dejar de tocar cosas o personas, entonces lo primordial es lavarse las manos frecuentemente con agua y jabón al menos durante 20 segundos.



Lavate las manos.



Al toser o estornudar

- Nunca colocar la palma de la mano delante de la boca.
- La OMS recomienda cubrirse la boca y la nariz con pañuelo de papel y tirarlo al basurero, nunca al piso.
- En caso de no tener pañuelo cubrirse con el ángulo interno del codo.
- No frotarse los ojos, la nariz ni la boca con la mano.
- Limpiar con frecuencia superficies de mesas, sillas u objetos de uso común con productos de limpieza



Que hacer si tenemos un familiar enfermo

- Si sospechamos que nuestro familiar o nosotros presentamos signos y síntomas de la gripe AH1N1:
- No acudir al lugar de trabajo.
- Acudir de inmediato al centro de salud, para recibir tratamiento oportuno.
- Guardar reposo en casa, beber abundante liquido y alimentación equilibrada.
- Disponer de una habitación individual y bien ventilado.



ANEXO 06**DISCUSIÓN DE GRUPO****OBJETIVOS:**

Fomentar la construcción de conocimiento óptimo.

Llegar a conclusiones y acuerdos concretos.

TIEMPO:

En un tiempo de 10 minutos.

PARTICIPANTES:

Comerciantes, distribuidos en 5 grupos, cada grupo con 5 integrantes.

MATERIALES:

Un papelógrafo para cada grupo y plumones.

DESARROLLO:

Después del desarrollo de las sesiones educativas, se procede a formar los grupos de discusión.

A cada grupo se asigna un tema para su discusión.

El grupo elige su representante y secretario.

Luego cada uno de los integrantes participará democráticamente con sus opiniones y sacan sus propias conclusiones y acuerdos.

Cada representante del grupo sustenta la conclusión a la que arribaron frente a otros grupos.